

Creencias de indígenas chiapanecos en torno a la diabetes y posibilidades de atención intercultural

Sergio Lerin Piñón / Clara Juárez** / Diana Reartes****

RESUMEN

El presente artículo pretende recuperar la dimensión crítica de la integración-exclusión hacia los pueblos indios en el ámbito de la salud, en tanto los índices más negativos los siguen presentando quienes menos tienen y quienes reciben una atención deficiente y no adecuada a sus especificidades culturales. Como antecedente se revisa la reglamentación internacional sobre el derecho a la salud de los pueblos indígenas y las iniciativas interculturales. Posteriormente se ilustran los daños de un problema emergente para la población mexicana como lo es la Diabetes mellitus tipo 2 (DM-T2). y se trata de manera particular, con datos cualitativos, las dificultades del padecer esta enfermedad entre un grupo maya-hablante del sureste mexicano. Recomendamos la capacitación intercultural para el personal de salud proponiendo un modelo intercultural para los grupos de ayuda mutua (GAMs) en zonas indígenas, como estrategia adecuada culturalmente

PALABRAS CLAVE: Salud intercultural; Diabetes tipo 2; auto ayuda; Grupos de ayuda mutua (GAMs); pueblos indios.

ABSTRACT

The aim of the present article wants to recover the critic dimension of the integration-exclusion of the indigenous peoples in the field of health, while the most negative rates are still present in the people who have less resource and receive a deficient and unsuitable attention to their cultural needs. To have a reference it is necessary to search the international regulations about health rights in indigenous peoples and intercultural initiatives. Subsequently, the damage of an emerging problem as diabetes type 2 is shown in Mexican society, and the difficulties of this illness are treat them as qualitative data in a Mayan speaking group of the Mexican southeast. We recommended an intercultural training for health personnel, proposing an intercultural framework to those groups in indigenous zones as an appropriate strategy.

KEYWORDS: intercultural health, Diabetes type 2, mutual aid support groups, Self-aid, indigenous peoples.

* Centro de investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS D.F.)

** Instituto Nacional de Salud Pública (INSP)

*** Instituto de Pensamiento y Cultura en América Latina (IPECAL)

Fecha de recepción: 19 de marzo de 2015

Fecha de aprobación: 7 de mayo de 2015

Integración-exclusión: supuestos derechos humanos en salud

El objetivo de este documento es describir las experiencias en torno a padecer diabetes tipo 2, en un grupo de pacientes indígenas de los Altos de Chiapas, México, en el marco de los derechos a la salud.

La población indígena en las Américas ha sufrido constantemente de registros negativos en materia de salud, a ello se suma la violencia biológica, de género, racial y armada en distintas regiones. Diversas instituciones a nivel nacional e internacional se han ocupado y continúan haciéndolo de los derechos y el respeto a la diversidad cultural. Una de esas instituciones es la Organización Mundial de la Salud (OMS) que se ha despegado de las políticas integracionistas del indigenismo clásico, dando impulso en los últimos 20 años al reconocimiento de los derechos más elementales de los grupos indios de la región, como la salud, la alimentación y su incorporación al desarrollo.

Desde hace algunos años la Organización Panamericana de la Salud (OPS) que orienta no sin tropiezos las políticas en salud en la región (algunos gobiernos no aceptan los lineamientos del organismo como el caso de México para el periodo 2002-2006), ha insistido en la promoción de la “salud intercultural” que respete la cosmovisión indígena en relación a la salud y la enfermedad y revitalice el trabajo de los médicos tradicionales, e incluso va más allá, estimulando a las instituciones de salud que trabajan en contextos indígenas para que adecuen culturalmente los servicios de salud con el fin de brindar un trato digno a los indígenas enfermos.

Actualmente, se impulsa la formación de nuevos recursos locales en salud; los auxiliares de salud

se transforman en facilitadores interculturales en salud, por medio de capacitaciones, de programas educativos y particularmente a través de diplomados y maestrías en Gestión Intercultural en Salud, como son: el programa a distancia de la Universidad de la Frontera en Temuco, Chile y la Universidad Huracán en Nicaragua, por citar algunos casos.

La Organización de los Estados Americanos (OEA) viene promoviendo, por medio de becas y reuniones, el diálogo entre los pueblos indígenas del continente. La Organización de las Naciones Unidas por conducto de varios de sus organismos como la UNESCO, la OIT, el FIDA y la FAO, también ha motivado proyectos y estimulado el intercambio de experiencias entre el gobierno y las organizaciones de pueblos indígenas.

Cabe mencionar la iniciativa de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), que promovió desde 1989 el convenio núm. 107, modificado para convertirse en el número 169, ratificado por el gobierno mexicano. Este convenio plantea, como marco general, que deben ser los propios pueblos indígenas los que tienen el derecho a mantener y promover su integridad cultural, lingüística y territorial.

En los años recientes, algunas instituciones de salud de la región, como en Costa Rica, vienen formulando los derechos humanos en salud, en términos de garantizar la integridad y el respeto a la cultura, el trato digno y respeto a los espacios en donde se promueve la salud y se brindan cuidados. Desde esta perspectiva para hacer efectivo el derecho a vivir con salud es condición consolidar una práctica que tenga como proyecto no sólo resolver la enfermedad, sino construir la salud y el bien-estar (Quirós, 2002).

Se debe acotar que las recomendaciones de expertos y organismos internacionales se alejan del indigenismo clásico pero van a contra corriente en nuestra región. La orientación integracionista de corte economicista que fomentan los organismos financieros internacionales, como el Banco Mundial (BM) y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) han orientado sus apoyos a través de préstamos a México y otros países, proponiendo un Modelo Focalizado y de Alto Impacto en salud, alimentación y educación, sin alentar la participación de los sectores a quien van dirigidas tales acciones.

Es decir que estos planes de desarrollo se implementan si contar con la participación social de los “beneficiarios-indígenas” ni tampoco vigilando su ejecución en términos de la pertinencia cultural.

Así, las grandes acciones han impactado durante los últimos 18 años de forma negativa en los derechos a una salud intercultural que se deben implementar para y con los pueblos indígenas en materia de salud y educación. Persiste para todo el periodo un modelo que excluye el derecho a la participación social y se niega a ampliar la cobertura geográfica (inmuebles físicos) de los servicios de salud en zonas rurales, se privilegia la ampliación de cobertura a través de equipos itinerantes en salud que no reciben capacitación intercultural estratégica para el respeto a la lengua, las creencias y los valores de los pueblos originarios.

Es bien difícil hablar de Derechos Humanos en salud cuando los sectores populares y la población indígena no tiene acceso garantizado a lo más básico, como al saneamiento ambiental y a medicamentos esenciales, e incluso como señala Vincent: “¿por qué discutir formas alternativas de lidiar con la salud cuando gran parte de las clases

populares todavía no tienen una atención satisfactoria en los locales de salud pública?” (2000:92).

El Sistema de Protección Social en Salud a través de su brazo operativo el Seguro Popular otorga un aseguramiento público en salud para población de bajos recursos económicos. Afiliarse al Seguro permite tener atención médica para un paquete básico de enfermedades, incluidos los medicamentos y la hospitalización (Secretaría de Salud, 2002). Sin embargo, en términos generales el déficit mayor del sistema de salud tiene que ver con la salud pública, en tanto hay pocos recursos humanos capacitados para las grandes acciones que requieren los problemas más apremiantes, como la obesidad y la diabetes de la población mexicana, además de que el reto más grande que enfrenta el sistema es la mala percepción de los usuarios sobre la baja calidad con que se otorgan los servicios de salud, aspectos reconocidos por las autoridades y evidenciados en las evaluaciones de los programas del sector salud (Puente-Rosas et al. 2005; SSA-DGED, 2009).

Se encuentra en el olvido la obligatoriedad de ajustar los programas de salud a la cultura local, haciendo pertinentes culturalmente los mensajes y las prescripciones médicas cuando se trata de población rural e indígena.

Como fórmula Langdon para Brasil, teóricamente no debería presentarse conflicto entre el sistema médico y el de los indios y curadores. Los pueblos indios saben e incorporan los medicamentos a sus tratamientos; sin embargo, el personal de salud ignora los valores culturales de los usuarios indígenas. Por ello: “es importante que la formación de los profesionales que trabajan con la salud indígena dediquen suficiente tiempo a la comprensión en profundidad del concepto de cultura.

El profesional de la salud debe estar familiarizado con la naturaleza del sistema indígena de salud y con la idea de que sus prácticas forman parte de su cultura, entendida como un sistema simbólico compuesto de valores, representaciones y significados interrelacionados” (2000:113).

Acotaciones sobre las iniciativas de salud intercultural

Como se ha mencionado, desde la década de los noventa, varias instancias internacionales han promovido y siguen haciéndolo, el reconocimiento de los derechos en materia de salud de los pueblos originarios. El BID creó en 1992 el Fondo para el desarrollo de los Pueblos Indígenas de América Latina y el Caribe, cuya sede actual está en La Paz, Bolivia. Debe señalarse también el largo trabajo de la Fundación Interamericana de Desarrollo, que ha colaborado directamente con las organizaciones de base de las distintas regiones indígenas de México.

En el campo de la salud todos los cambios en el contexto sociopolítico de las reformas constitucionales y jurídicas incluyen desde el reconocimiento de las medicinas tradicionales indígenas hasta la autonomía en la gestión de la salud. En el marco jurídico internacional, el Convenio 169 y las resoluciones CD.37.R5 y CD.40.R6 de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (ratificadas por todos los países de la región) establecen directrices que faciliten la incorporación de las medicinas y terapias indígenas en la atención de la salud.

En el Programa de Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas (SAPIA) de la OPS se establece como enfoque integral de la salud: el derecho a la autodeterminación de los pueblos; el respeto y revitalización de las culturas indígenas; el enfoque integral de la salud; la necesaria reciprocidad en

las relaciones y derecho a la participación sistemática de los pueblos indígenas.

Es innegable el papel de liderazgo que los organismos rectores internacionales cumplen en el diseño de las políticas de interculturalidad en salud en la región a la que se le asignan un conjunto de atributos que en nuestra opinión son un aporte importante respecto de los planteamientos que le dieron origen, impulsando su desarrollo y su actual vigencia, sin embargo se obvia el proceso conflictivo y antagónico, de hegemonía y subalternidad que se presenta generalmente entre el sistema institucional y local en salud.

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

Por lo regular, el personal de salud descalifica los saberes de los grupos sociales subalternos porque no son adecuados a sus acciones en salud, en tanto que los sujetos construyen acciones en pro del cuidado y reestablecimiento de su salud desde el ámbito sociocultural (Breilh, 2003; Langdon, 2000; Menéndez, 2009).

Desde nuestro punto de vista es imprescindible estrechar los vínculos entre los programas de salud y la comunidad en zonas indígenas, mediante estrategias que aproximen de manera complementaria las acciones sociosanitarias y el saber

local a través de una verdadera epidemiología sociocultural. Ello implica construir modelos que articulen de qué enferma y muere la gente con las condiciones en que ello ocurre, de tal suerte que se acerquen la dimensión técnica de la enfermedad y la dimensión sociocultural del padecer (Breilh, 2003; Menéndez, 2008).

A lo largo de las últimas dos décadas en los países de la región se ha avanzado de manera desigual (aunque la constante en las Américas son los índices negativos en salud que presenta la población indígena) en el reconocimiento, el fomento y la garantía de los derechos a salud de los pueblos indígenas. En algunos, ello se ha materializado en políticas públicas y en otros casos se da la situación inversa, es decir, un claro rechazo y estigmatización a las nociones y visiones terapéuticas locales, que son útiles al menos en el nivel preventivo y de cuidado.

El enfoque intercultural en salud ha sido apropiado en el discurso de instancias gubernamentales de educación y de salud y aplicado de manera ecléctica en programas enfocados a la salud materno-infantil, en la capacitación a parteras y médicos tradicionales, pero se ha capacitado poco al personal sanitario y a sus cuadros directivos.

Todavía hoy persisten barreras de todo tipo que juegan un papel negativo en la relación de los indígenas con las instituciones públicas de salud. De parte de los usuarios se manifiesta una resistencia al uso de los servicios y pervive una desconfianza hacia la medicina occidental, con frecuencia las nociones del proceso salud-enfermedad chocan aunque también se da una complementación entre los conceptos científicos que constituyen la alopatía moderna y las nociones nativas, lo que genera relaciones contradictorias y conflictivas entre los distintos modelos de atención (Menéndez, 1990).

El lenguaje médico, es uno de los elementos cruciales en la comunicación intercultural, utilizado sin adecuarlo al horizonte cultural del paciente, dificulta la relación e imposibilita la empatía y confianza. La escasa información que se da a la persona indígena sobre el propósito y la necesidad de algunas intervenciones, como la extracción de sangre para medir la glucosa y explicar el significado de enfermedad crónica terminan por distanciar en momentos cruciales a los actores del proceso terapéutico.

Médico y paciente no sólo hablan idiomas distintos por la lengua materna, sino por visiones del mundo a menudo contrapuestas, el personal de salud frecuentemente descalifica las prácticas tradicionales y populares de atención a la salud y a menudo tilda de mitos las creencias sobre la causalidad de la diabetes de parte del paciente.

Históricamente en nuestro país la aplicación de un enfoque intercultural pasó por incorporar al personal de salud local a los servicios institucionales, las múltiples estrategias llevadas a cabo por las instituciones tuvieron un corte de sujeción y subalternidad. También se realizaron esfuerzos para formular estrategias compartidas en las que el médico alópata y el médico tradicional atiendan los padecimientos de manera conjunta en espacios hospitalarios. Fue así como se crearon en el país hospitales interculturales de segundo nivel, en Cuetzalan, Puebla, en la zona totonaca; el de la mesa del Nayar, en la zona Cora-Huichola de Nayarit y dos más de reciente creación en el estado de Chiapas, el hospital de San Andrés Larráinzar, levantado con el apoyo de la OPS en el 2008 y el Hospital de las Culturas en San Cristóbal de las Casas (2012).

El problema de la diabetes tipo 2 en México. Algunos números

La DM-T2 se caracteriza por el déficit relativo de producción de insulina, es muy frecuente asociarla con la obesidad y la inactividad física. En México, en las dos últimas décadas se han incrementado las cifras de esta enfermedad. En 1990, la diabetes tipo 2 ocupaba el lugar número 10 en mortalidad prematura por años de vida perdidos, en 2010 pasó al lugar número dos (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2015). Estadísticas nacionales de 2012 señalan que la cifra de incidencia por esta enfermedad se elevaron en todo el país, en algunos estados el doble en comparación a mediciones semejantes en 2006 (Hernández-Avila y Gutiérrez, 2012). A partir de este año hubo un aumento del 24.2% de prevalencia en el diagnóstico entre personas menores de 40 años, de acuerdo a esta cifra la diabetes dejó de ser una condición física relacionada solamente con la población de la tercera edad (Jiménez-Corona et al. 2013).

Estudios recientes sobre carga de la enfermedad evidencian la relación entre factores de riesgo y enfermedades como la diabetes tipo 2. Para 2010 y en población general, los índices elevados de glucosa en sangre, presión arterial alta y consumo de alcohol, están vinculados al 64.7% del total de las muertes en el país y del 64.5% de los años de vida saludables perdidos (AVISA) (Lozano et al., 2014).

Metodología

La salud en situación intercultural se estudió a partir de tres aspectos: a) los discursos de la gente (padecer), b) las causalidades de la enfermedad y c) la realización de investigaciones acotadas en contextos locales. Todos estos aspectos de una u otra manera se encuentran en el proceso de

construir una epidemiología sintética o sociocultural (Bibeau, 2001).

Los resultados de la investigación que presentamos se inscriben en el campo de la antropología médica aplicada. Los datos cualitativos se derivan de la investigación: “Situación de los grupos de autoayuda para diabéticos en los servicios públicos de salud y propuesta para mejorar la participación de los enfermos”, desarrollada durante el periodo 2009-2011 en tres estados del país, Coahuila, Guanajuato y Chiapas con financiamiento del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología de México (CONACYT).

El trabajo de campo se realizó en la zona denominada los Altos de Chiapas, área que concentra el mayor porcentaje de población indígena del estado (más del 85%) habitada por varias etnias, siendo las mayoritarias la Tsotsil y la Tseltal.

El diseño metodológico contempló la utilización de métodos mixtos de investigación de tipo secuencial: entrevistas de carácter biográfico, encuestas, grupos focales y video filmaciones realizadas en la zona Tzotzil de los altos de Chiapas (Johnson et al., 2007).

Los informantes fueron pacientes diabéticos que transitaban por los servicios de salud. Se eligieron los poblados de San Andrés Larráinzar y San Juan Chamula. Las entrevistas se realizaron en lengua materna y fueron traducidas por alumnos de la Universidad intercultural de Chiapas y auxiliares de salud vinculados a los servicios.

La muestra fue intencionada, se construyó a partir del registro de personas diabéticas de las unidades de atención primaria (UAP) de esas localidades. Los criterios de inclusión fueron: ser mayores de 18 años; hombres y mujeres; tener al menos un

año de padecer la enfermedad; participar en la estrategia de control de la enfermedad de la UAP denominada grupo de autoayuda (GAM) y aceptar participar en el estudio. Se identificó un listado de posibles informantes y a cada uno se les pidió su consentimiento informado, mismo que recibieron en su lengua materna. Fueron informados que podían dejar en cualquier momento el estudio, el permiso incluyó la utilización de sus imágenes para la creación de materiales audiovisuales.

De esta manera, en San Andrés Larráinzar aceptaron participar nueve pacientes diabéticos (cinco mujeres y cuatro hombres), todos vinculados al GAM de la UAP que sesionaba una vez al mes pero no de manera regular. La edad osciló entre los 37 y los 57 años. El rango de tiempo que tenían de padecer la enfermedad fue de uno a 10 años.

En San Juan Chamula aceptaron participar ocho pacientes (cinco mujeres y tres hombres) también usuarios del GAM que hasta el 2012 no funcionaba. El rango de edad estuvo entre 37 y 70 años y tenían entre dos y 19 años de vivir con diabetes.

En este documento se reportan parte de los resultados de las entrevistas de carácter cualitativo. Para realizarlas se construyeron guías de entrevistas semiestructuradas, los temas explorados fueron: a) el origen o la causalidad de la enfermedad; b) el desarrollo o problemas causados por la enfermedad; c) el tratamiento y control de la diabetes tipo 2 mediante diagnóstico médico o atención de curadores locales; y d) la percepción de la atención que recibían del médico y de los curadores populares.

Las entrevistas se realizaron a cada paciente en tres o cuatro momentos distintos de su cotidianidad, algunas en sus hogares y otras en la UAP.

Los nombres que se presentan en los testimonios son ficticios.

La dimensión cultural del padecer y enfermar. La perspectiva del actor: así comenzó todo

Uno de los principales problemas relacionados con la diabetes tipo 2 es lo relativo a la identificación de los primeros síntomas, dado que el paciente en general se enteró del diagnóstico años después de cursar con el padecimiento.

Técnicamente se caracteriza por: orinar con frecuencia, tener mucha sed y mucha hambre aunque esto socioculturalmente no siempre se percibe así para los pacientes. Por lo cual el diagnóstico es complicado en las comunidades indígenas dado que sus habitantes no asisten con frecuencia a los centros de salud, salvo cuando se presentan eventos que no pueden ser solucionados por los recursos locales en salud o cuando se manifiesta claramente o de manera grave la enfermedad.

“Empezó su enfermedad con dolor de cabeza, ya no quería ruido, estaba triste, enojada, le dijo a una hermana que probablemente tenga diabetes, le compró medicamentos y empezó a sentirse bien, siguió con el tratamiento y después ya no le hizo efecto, aumentó el dolor de cabeza. Luego acudió a la clínica y ahí le diagnosticaron que tenía 279 de azúcar, por los medicamentos ahora bajó a 151” (Martha).

Podemos afirmar no sin reservas que en la construcción del padecer se encuentran distintas entidades enfermantes algunas naturales y otras sobre naturales, pero que se sintetizan en dolencias, angustias, sufrimiento y sobre todo susto, que resulta ser una de las principales causas atribuidas por los entrevistados al desarrollo de la diabetes.

A Doña Tomasa, la diabetes se le presentó porque frecuentemente se asustaba. Su suegra cada noche le decía: “Tomasa me estoy muriendo, yo digo que es por eso, porque me asustaba así pensando que se va a morir, pero que quiere que haga si no quiere ir al médico, yo sentí que de esos sustos se me presentó la diabetes” (Tomasa).

El susto, la tristeza, la debilidad, la angustia, la vergüenza son emociones que los mayas de los altos y de las tierras bajas identifican como parte de la causalidad de una multiplicidad de padecimientos, entre ellos, la diabetes. El susto, el enojo, la impresión, las peleas, el estar en el momento menos indicado entre las corrientes de aire, e incluso comer cierto tipo de alimentos, que asociado con corajes les hace sentir mal, son con frecuencia eventos señalados como causa o consecuencia de la ‘subida y bajada’ del azúcar.

“A mí me dio más que nada por hacer un coraje, no fue mucho mi coraje pero hice mi coraje, después comí huevo, creo que eso me hizo mal, fue tanto mi enojo, es que me mandaron llamar y me dieron una multa de \$ 1 500, dije que estaba bien que lo iba pagar, tenía yo hambre me fui a comer a la taquería, pedí tres huevos y una coca, dentro de unos quince minutos me dio sed como si hubiera tomado trago un día antes” (Juan).

Otra entrevistada dijo: “Me dio la diabetes porque me asusté mucho, el marido de mi hermana se quitó la vida, ahí estaba colgado, lo llegue a ver y me espanté. Ahí empezó, por los tres días ya no sentía esta parte de la cara, la tenía toda como dormida, ahí empecé a sentir poco a poco, dolor de cabeza, dolor de pies, zumbido de mis oídos, le dije al médico que me espanté, pero ellos no saben qué hacer con eso” (Ana).

La atención medica local: los recursos populares en salud

Particularmente entre los indígenas de origen maya, las “almas” y los acontecimientos que suceden a las diferentes entidades anímicas que configuran la persona han sido recogidos en diversos estudios y monografías que acuciosamente describen, incluso en términos iconográficos, el perfil de dichas entidades (Pitarch, 1996. Citado por Fernández, 2004:279).

Las distintas nociones de las entidades que provocan daño entre los mayas de los Altos del Estado de Chiapas propician un sinnúmero de malestares como: el cansancio, la fatiga, la pérdida del alma, los nervios, que son en conjunto la mayor causa de visitas al “Iloletik”, quien posee el “don” y maneja recursos terapéuticos locales para reestablecer el equilibrio físico, mediante el rezo y la palabra, configurando un ritual mágico-religioso de gran complejidad.

La pérdida o extravío del “alma” entre los mayas de los altos ha sido recurrentemente estudiada por especialistas (Guiteras Holmes: 1961, entre otros) y es tal vez el padecimiento que con mayor frecuencia tratan los médicos tradicionales, yerbateros, ya que es una entidad o estado de ánimo de múltiples facetas. Los riesgos o peligros que corre el “alma” deben ser tratados por especialistas, o brujos quienes deben buscar mediante la palabra (rezaderos) retornar el “alma” o las “almas”. Uno de los grandes hallazgos respecto de este síndrome de filiación cultural tiene que ver con la palabra, se documenta que entre la etiología y la terapéutica para sanar, el arte de platicar va más allá de la comunicación entre las personas, es ante todo una forma diagnóstica que pone en

juego los distintos orígenes del problema de salud en este caso, y sobre todo es la forma de encontrar soluciones, aunque momentáneas, parciales y/o de contención.

“Le duele la cabeza, escucha que cantan dentro de su cabeza, piensa que le echaron brujería, lleva como un año escuchando cantos y no se le quita, hay momentos en que escucha una voz de hombre y otra de mujer que le dicen: ‘Asunción, Asunción en la tierra. Asunción en el cielo, Asunción en la gloria’. Fue con un curandero, pero no ha encontrado un buen curandero que la cure” (Verónica).

Una de las características del Modelo Médico Hegemónico es la descalificación de todo saber y práctica local en la atención de la enfermedad, no se acepta ninguna otra explicación en términos de diagnóstico-curación que no sea la científica, por lo que la visión del mundo de la enfermedad, y en especial de las causas que llevan a la pérdida de la misma, son frecuentemente explicadas por los médicos en términos técnicos descalificando e ignorando los saberes locales en salud, que como sistema de transacciones incorporan tanto los recursos populares como la medicación prescrita por el personal de salud (Menéndez, 1984).

En los distintos parajes Tsotsiles está presente el recurso terapéutico local como el primer nivel de atención incluso antes de acudir al médico.

“Cuando regresé de E.U ya tenía la enfermedad, la gente me recetaba plantas medicinales como la sábila, avena, papa, nopal y con eso fui mejorando, lo tomaba dos o tres vasos de yerbas, cuando me sentí bien dejé de aplicarme la insulina, ya tiene un año que no me la aplico, actualmente tomo guarumbo rojo, como agua de día y me siento bien” (Juan).

En estos testimonios encontramos constantes importantes, primero: el saber local juega un papel preponderante y estructurante en el cuidado a la salud, que resulta ser el primer nivel real de atención al padecer, ya que casi todos los pacientes indígenas con diabetes reconocieron que fueron sus familiares o amigos quienes les indicaron que podían estar afectados por el azúcar y de los peligros de la diabetes. Una segunda constante es que casi todos consultaron a médicos populares, curanderos o brujos y utilizaron o utilizan remedios caseros y preparados de herbolaria contra la diabetes.

“Me contó una señora y me dijo que unas plantas que están en el cerro la curan, con esas se curó el papá de la señora, fui a buscar las plantas con la señora, las tomaba tres veces al día, y tenía que dejar refresco, café, dulce, arroz con leche, pero solo aguanté medio año y volví a comer, pero me sintió bien” (María).

En estos contextos la medicina tradicional aparece como un sistema real de “...transacciones práctico-ideológicas, que los conjuntos sociales subalternos sintetizan para poder actuar colectiva e individualmente sobre los padecimientos que los afectan... dicha sintetización supone un proceso de continuas transacciones relacionales” (Menéndez, 1990: 205).

“No voy con curandero, me curo yo solita con rezo, yo sé que el curandero no me puede curar de esta enfermedad, sólo las plantas me curan, la planta que tomo es el hinojo, tomo todo el día. Hay días en que me siento bien, pero de repente tomo refresco porque me invitan y me siento mal” (Rosa).

En una historia de vida clásica elaborada por Pozas (1998) de Juan Pérez Jolote, indígena tsotsil, se narra la utilización de los recursos populares en salud, cuando cuenta que él también estuvo enfermo:

“Vino un “Ilol”, me tomó el pulso y me dijo que tenía “komel”:

-Mañana vengo a curarte. Traigan las velas de cera y de sebo, copal, un litro de trago, un gallo y las flores.....

El “ilol” me dijo que había quedado un poco maltratado mi chulel y que no quedaría bien luego. Pero, poco a poco, me fui poniendo bueno hasta que sané” (Pozas, 1998:97).

Otra importante dimensión del sistema de creencias y explicaciones del padecer y del enfermar entre los tsotsiles es la triada sueño-enfermedad-contención. El sueño entre los tsotsiles es revelador de indicios buenos y malos augurios, es premonitor de venturas y desgracias y sobre todo de revelaciones de males contraídos y estrategias de sanación, para distintos padecimientos, males, hechizos, envidias o accidentes físicos y sobre naturales.

Así lo relata un entrevistado originario de San Juan Chamula:

“Yo me sentía mal, muy triste andando de allá para acá, yo no decía nada a nadie, solo con mi tristeza. Me soñé caminando entre los caminos viejos, entre montes. Allí atrás en los cerros lejos de la gente, me crucé con unos amigos vestidos de traje tradicional Chuk y sombrero de fiesta, estaban bebiendo y platicando, cuando me acerqué uno de ellos me dijo cómo estás Juan? me palmeó la espalda y me dijo te veo mal, yo le dije que no

le conté a nadie estoy malo de la azúcar en mi sangre, pero yo sólo me encomiendo al padre sol al más poderoso y a nadie más, y en tos yo lloré y recé ante dios padre y le dije, pues yo soy de ti, si tú quieres que sea así, así sea tu voluntad señor, soy de ti mi señor...” (Juan).

La perspectiva institucional y la estrategia de los grupos de ayuda mutua

Desde el enfoque biomédico, el manejo inicial del paciente con diabetes mellitus 2 debe estar a cargo de un equipo multidisciplinario compuesto por un médico, una enfermera y una nutricionista capacitados, que lleven a cabo consultas/controles de cada paciente. Lo ideal es que al médico le corresponda hacer una evaluación clínica completa, analizar resultados de exámenes de laboratorio básicos, formular un diagnóstico y prescribir el tratamiento (Lara *et al.*, 2009).

La principal función del equipo de salud consistiría en informar al paciente sobre los aspectos básicos de su enfermedad y el autocuidado. En primera instancia una alimentación adecuada junto con actividad física, son la base del tratamiento no farmacológico de la diabetes.

Los GAM son grupos organizados y supervisados por un miembro del equipo sanitario y tienen como principal fin lograr la adherencia terapéutica. La dinámica de estos grupos consiste en reuniones periódicas, donde se imparten pláticas, se realiza ejercicio físico, se dan consejos, y los asistentes platican sobre los problemas que se les presentan con los tratamientos prescritos.

Si bien podemos estar de acuerdo con estas estrategias de atención primaria a la salud, debemos señalar algunos puntos que son motivos de crítica y reflexión a partir de los hallazgos. Un primer

aporte de esta estrategia es que reconoce como importante el campo de la ayuda mutua. Hay que señalar que el modo en que son implementados los GAM, evidencia la vigente hegemonía del modelo médico en las estrategias de prevención y atención, en la que el diagnóstico, pronóstico y control se orientan técnicamente en el nivel de las consecuencias y la medicación.

En términos de modelo, la medicina alopática tiende a hegemonizar distintas prácticas de cuidado que le son útiles y descalifica a otras e incluso las estigmatiza como los saberes populares de atención. En este caso, la ayuda mutua expresada en los GAM sólo es posible bajo el control del equipo de salud y es parte de la denominada expansión del Modelo Médico Hegemónico (Menéndez, 1988:13).

Este conjunto de acciones orientadas a construir una “cultura médica” no farmacológica del paciente diabético es y será un campo pertinente siempre y cuando se reconozca la diversidad cultural del paciente, es decir, que el diagnóstico, tratamiento y pronóstico de la enfermedad deben ser explicados desde y para la cultura del paciente indígena. Esto es básico si se quiere reducir los daños a la salud

que aquejan a la población más desprotegida y disminuir la brecha de desigualdad existente en contextos pluriétnicos.

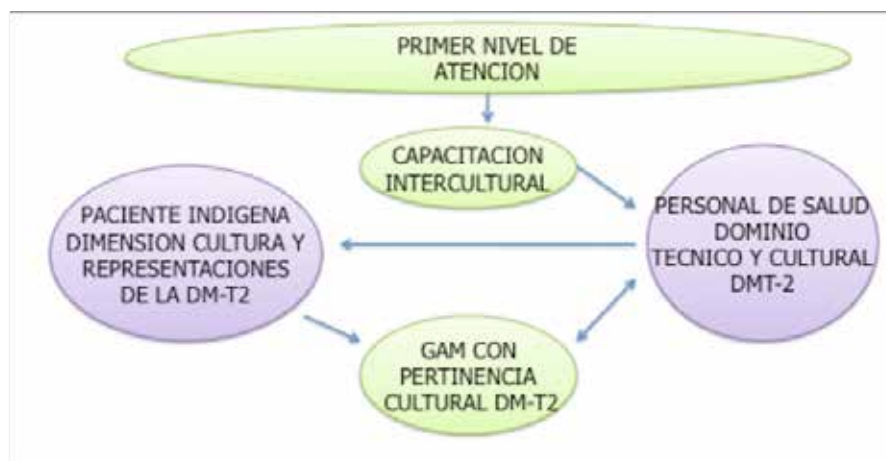
Las dificultades técnicas, teóricas y conceptuales del enfoque interculturalidad implica reconocer que la diabetes tiene una dimensión sociocultural interpretativa y explicativa que involucra a distintos actores y de ello deriva la complejidad.

Además de ser un problema de salud pública, requiere de un tratamiento con pertinencia cultural tanto en la información y atención que se brindan en contextos indígenas como en el seguimiento del paciente en los Grupos de Ayuda Mutua, principal estrategia en la que descansa la propuesta institucional para lograr la adherencia al tratamiento.

Una propuesta provisoria para los GAMS en contexto indígena

A partir de nuestras investigaciones en la región maya de las tierras altas y bajas, los GAM pueden tener un mayor impacto si se orientan transversalmente las acciones de detección-cuidado-control con pertinencia cultural, y se capacita al personal

Figura 1. Modelo intercultural: GAMs en zonas indígenas



de salud técnica e interculturalmente, tal como se presenta en la Figura 1.

Proponemos que estas instancias que fomentan el autocuidado y la adherencia terapéutica alcanzarían mejores resultados si:

- 1.- Reconocieran que existen diferentes significados y prácticas culturales de atención local y regional relacionadas con la identificación y control de la diabetes tipo 2.
- 2.- Aceptaran que existen diferentes prácticas alimenticias locales y regionales que tienen como objeto el control de los niveles de azúcar entre la población.
- 3.- Asumieran que existen distintas trayectorias del padecer diabetes entre la población, en las que se recurre en primera instancia a la ayuda mutua y/o auto ayuda, al médico popular o yerbatero, al culto religioso cercano y siendo el último recurso, el personal de salud.
- 4.- Considerara que la prescripción médica no siempre se recepciona de la misma manera por parte del paciente a causa de obvias diferencias culturales y la lengua.
- 5.- Reflexionara acerca de que no siempre el personal de salud adecua sus métodos, técnicas y conocimientos a la cultura del paciente.
- 6.- Incorporara la figura de un promotor sanitario capacitado para vincular adecuadamente la medicina oficial y la popular o como señalan Kalinsky y Arrúe (1996) capaces de ser intermediadores entre campos semánticos heterogéneos.

Específicamente al incorporar el enfoque intercultural también se debe incidir en la formación del personal de salud, en donde la capacitación, como competencia técnica y humana, tiene mucho que ver en los propósitos de una equidad en salud y una mejor calidad de la atención hacia los usuarios.

Evitar este desencuentro entre culturas, particularmente en los servicios de salud que se proporcionan a la población indígena, especialmente en el primer nivel y segundo nivel de atención, depende en gran parte de la profesionalización y competencia técnica del personal de salud.

En estos dos aspectos se presenta actualmente un déficit muy importante, que puede ser superado mediante la incorporación del enfoque intercultural de la salud como una estrategia adecuada en los programas de capacitación del personal de salud, con el fin de modificar la percepción, los valores y sobre todo, las prácticas del trabajo del equipo de salud en situación intercultural.

La formación de recursos humanos en salud con orientación intercultural supone mejoras en la competencia técnica y humana del personal institucional, incide en el respeto, en el trato adecuado de los usuarios, en el reconocimiento de las tradiciones culturales, en la atención y la equidad en salud.

El gran reto de la interculturalidad no sólo es dar cuenta de la importancia que tiene la cultura del paciente en el diagnóstico y pronóstico del tratamiento en contextos indígenas sino demostrar que el equipo de salud también construye y reproduce nociones culturales del diagnóstico y cuidado de la enfermedad.

Una propuesta estratégica para implementar acciones que contribuyan a abatir los grandes rezagos

entre la población indígena, pasa inevitablemente por la profesionalización del personal de salud a través de la capacitación técnica y sobre todo intercultural, con la que se pretende modificar en primera instancia la percepción y hábitos negativos de los pacientes pero también la de los proveedores de servicios.

Generalmente las acciones de educación intercultural trabajan en torno al cambio en los patrones de conducta de la población y mucho menos en el necesario cambio de conductas del personal de salud. Se piensa que quien debe modificar hábitos, creencias y cultura médica es el paciente en tanto se considera que el personal de salud se capacita técnica y científicamente. La “adecuación cultural” debe pasar, en consecuencia, por la población y no por los profesionales sanitarios (Lerin y Reartes, 2008).

En nuestra opinión, una estrategia viable es la construcción de una medicina intercultural que establezca pautas que guíen las relaciones entre ambas medicinas y permita la articulación de los saberes tradicionales y científicos validados por los propios pacientes (García Vázquez, 2008:311).

A manera de conclusión

La relación contradictoria entre saberes médicos, populares, tradicionales, cultura local y política institucional registran tensión cuando se trata de la detección-prevención-control de enfermedades emergentes, del rezago o pandémicas como la diabetes tipo 2. Para el saber profesional (alópata) la prevención de enfermedades, que no tiene cura por el momento, se basa en construir una cultura médica del paciente (cambios de conducta) que fomente cambios de valores y comportamientos teniendo como principal objetivo el auto cuidado

(la enfermedad es responsabilidad del paciente y su núcleo primario si es que lo tiene).

Sin embargo, la biomedicina generalmente suele descalificar justamente los saberes populares de autocuidado y autoatención: “Considera dichos saberes como factores que frecuentemente inciden en forma negativa sobre los procesos de salud-enfermedad-atención. Los perciben como factores equivocados o incorrectos que deben ser modificados, considerando explícitamente o implícitamente que la población no sólo carece de criterios de prevención sino que incluso rechaza la prevención” (Menéndez, 2009:121).

Mirando al sur del continente nos encontramos con acciones que han tenido una gran continuidad y en las que institucionalmente como en Chile, se incorpora la salud intercultural en la capacitación del personal de salud y la atención a la población mapuche tanto en los territorios originarios como en las rucas de Santiago, en tanto se concibe que a través de la educación intercultural es posible gestionar una nueva convivencia cultural (Sáez, 2008:104).

Estas experiencias nos permiten cuestionar con mayor énfasis la política en salud hacia los pueblos indígenas en México, en el contexto de unos servicios de salud de carácter universales en el que los programas en salud son verticales, no se respetan las diferencias locales o regionales e implantan estrategias sin tener pertinencia cultural para los pueblos indígenas.

Aunque el gobierno mexicano ha firmado a nivel internacional compromisos a favor de los derechos a la salud de la población originaria se siguen orientando las políticas sin tomar en cuenta los mínimos requisitos para el otorgamiento de

servicios respetando los derechos humanos de las poblaciones originarias.

La atención que reciben los usuarios indígenas a su paso por los Centros de Salud en la zona de los altos se caracteriza por ser precaria y de mala calidad en la atención. De nuestros resultados se desprenden tres dimensiones importantes en la construcción de GAM en zonas indígenas: a) capacitar con orientación cultural al personal de

salud y básicamente al médico y personal directivo para que enfrente adecuadamente las condiciones adversas en las que opera; b) que al paciente indígena se le brinde la información sobre diagnóstico, tratamiento, control y pronóstico en su lengua y c) que el trabajo entre los actores del GAM sea colaborativo y no vertical entre personal de salud, principalmente el médico, el paciente y el líder del GAM.

Referencias bibliográficas

- BIBEAU, G. (2001) “¿Hay una enfermedad en las Américas?” En: Pinzón et al. *Cultura y salud en la construcción de las Américas*, Bogotá: Instituto Colombiano de Cultura-Instituto Colombiano de Antropología-Comitato Internazionale per lo Sviluppo dei Popoli, 42-69.
- BREIH, J. (2003). *Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad*, Buenos Aires: Lugar editorial.
- CONSEJO NACIONAL DE POBLACION (CONAPO) (1998). *La situación demográfica de México*, México: CONAPO.
- FERNANDEZ, G. (2004). “Enfermedad del ‘susto’ en el altiplano de Bolivia” En: Fernández, G. (coord.). *Salud e interculturalidad en América Latina: Perspectivas antropológicas*, Quito, Ecuador: Abya-Yala-Agencia Bolhispana.
- GARCIA VÁZQUEZ, C. (2008). “Modelos de interpretación y relaciones terapéuticas: salud mental, hegemonía e interculturalidad” En: García Vázquez, C. (coord.). *Hegemonía e interculturalidad. Poblaciones originarias y migrantes*. Buenos Aires: Prometeo, 281-316.
- GUITERAS HOLMES, C. (1966). *Los peligros del alma*. México: Fondo de Cultura Económica.
- HERNANDEZ-AVILA, M. y GUTIERREZ, J.P. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Evidencia para la política pública en salud. Diabetes mellitus. La urgencia de reforzar la respuesta en políticas públicas para su prevención y control. <http://ensanut.insp.mx> (consultado 1 de marzo del 2015).
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA, GEOGRAFIA E INFORMATICA (INEGI) (1999). *Cinta de mortalidad promedio, 1998-1999*. México: INEGI-SECRETARIA DE SALUD.
- INEGI. XII Censo general de población y vivienda. <http://www.inegi.gob.mx> (consulta 17 de mayo del 2014).
- INI. Información básica sobre los pueblos indígenas de México. <http://www.sedesol.gob.mx> (consulta 20 de julio del 2014).
- INSTITUTE FOR HEALTH METRICS AND EVALUATION. Global burden of disease country profiles. University of Washington. <http://www.healthmetricsandevaluation.org/gbd/country-profiles> (consulta 1 de marzo de 2015).
- INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA (INSP) (1999). *Encuesta nacional de nutrición*. México: INSP.
- JIMENEZ-CORONA, A. et al. (2013). “Diabetes mellitus tipo 2 y frecuencia de acciones para su prevención y control”. En: *Salud Pública de México* 55, supl. 2:S137-S143.
- JOHNSON, R.B. y ONWUEGBUZIE, A.J. (2007). “Toward a definition of mixed methods research”. En: *Journal of mixed methods research* 1, 112-133.
- JUAREZ, C. et. al. (2009). *La diabetes entre la población indígena de la región maya: situación actual y propuesta de adecuación intercultural en los programas de prevención de los servicios públicos de salud*. México: Proyecto con financiamiento CONACYT.
- KALINSKY, B. y ARRUE, W. (1996). *Claves antropológicas de la salud. El conocimiento en una realidad intercultural*. Buenos Aires: Niño y Dávila Editores.
- LANGDON, E. (2000). “Salud y Pueblos Indígenas: Los desafíos en el cambio de Siglo” En: Briceño-León, Roberto; Souza Minayo, María Cecilia y Coimbra Jr., Carlos E. A. *Salud y Equidad: una mirada desde lo social*. Rio de Janeiro: Editorial Fiocruz, 107-117.

- LARA, A. et al. (2009). "Epidemiología de la diabetes mellitus en México 1993-2006. Una visión de los últimos años". En: *3ª Reunión Internacional sobre diabetes*. México: UNAM, 151-162.
- LERIN, S. y REARTES, D. (2008). "Salud mental, un tema olvidado: capacitación intercultural del personal de salud que atiende a población indígena". En: García Vázquez, Cristina, *Hegemonía e interculturalidad. Poblaciones originarias y migrantes*. Buenos Aires: Prometeo, 317-340.
- LERIN S. et al. (2009). *Situación de los grupos de autoayuda para diabéticos en los servicios públicos de salud y propuesta para mejorar la participación de los enfermos*. México: Proyecto con financiamiento CONACYT.
- LERIN, S. et al. (2011). *Presencia de la pertinencia cultural en las estrategias de prevención, diagnóstico y tratamiento de diabetes mellitus tipo 2 en cuatro comunidades yucatecas*. México: Proyecto con financiamiento FOMIX.
- LOZANO, R. et al. (2014). *Carga de la enfermedad en México 1990-2010*. Nuevos resultados y desafíos. México: Instituto Nacional de Salud Pública-Secretaría de Salud.
- MENENDEZ, E. (1990). *Antropología Médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*. México: CIESAS, Cuadernos de la Casa Chata, núm. 179.
- MENENDEZ, E. (2010). *De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en estudios de la salud colectiva*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- MENENDEZ, E. (2010). *La parte negada de la cultura: relativismo, diferencias y racismo*, Rosario: Ed. Prohistoria.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD-ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OPS-OMS) (1997). *Hacia el abordaje integral de la salud. Pautas para la investigación con pueblos indígenas*. Washington, D.C.: OPS-OMS.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD-ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OPS-OMS) (1998). *Incorporación del enfoque intercultural de la salud en la formación y desarrollo de recursos humanos*. Washington, D.C.: OPS-OMS.
- POZAS, R. (1998). *Juan Pérez Jolote*. México: Fondo de Cultura Económica.
- PUENTES-ROSAS, E. et al. (2005). "Trato adecuado: respuesta del sistema mexicano de salud a las expectativas no médicas de sus usuarios". En: *Salud pública de México*, v. 47, supl. 1.
- QUIROS, E. (2002). *Módulo para Promover y Defender el Derecho a la Igualdad, Justicia y desarrollo y Respeto para las Personas que viven con VIH-SIDA*. Costa Rica: Instituto Interamericano de derechos humanos.
- SAEZ ALONSO, R. (2008). "La educación intercultural para una sociedad global". En: García Vázquez, C. (coord.). *Hegemonía e interculturalidad. Poblaciones originarias y migrantes*. Buenos Aires: Prometeo, 103-129.
- SECRETARÍA DE SALUD (SSA) (1997). *Boletín de Información Estadística, vol. 1 "Recursos y servicios", núm. 17*. México: SSA-Dirección General de Estadística e Informática.
- SECRETARÍA DE SALUD (SSA) (1999). *La Estrategia de Extensión de Cobertura. Salud Reproductiva*. México: SSA.
- SECRETARÍA DE SALUD (SSA) (2001). *Programa Nacional de Salud, 2001-2006*, México: SSA.
- SECRETARÍA DE SALUD (SSA) (2001). *Programa de acción: Salud reproductiva*, México: SSA.
- SECRETARÍA DE SALUD (SSA) (2001). *Programa de acción: Salud y nutrición para los pueblos indígenas*, México: SSA.
- SECRETARÍA DE SALUD (SSA) (2002). Reglas de operación e indicadores de gestión y evaluación del Seguro Popular. http://www.funcionpublica.gob.mx/scagp/dgorcs/reglas/2002/r12_salud/completos/ro_seguropopular_2002.htm (consulta 1 de marzo de 2015).
- SECRETARÍA DE SALUD (SSA) (2008). Unidades de primer nivel de atención en los servicios estatales de salud, evaluación 2008. México: SSA-DGED.
- SEPULVEDA, J. (ed.) (1993). *La salud de los pueblos indígenas en México*. México: Secretaría de Salud-Instituto Nacional Indigenista.
- VINCENT VALLA, V. (2000). "Participación social, derechos humanos y salud: procurando comprender los caminos de las clases populares" En: Briceño-León, R.; Souza MINAYO, M. C. y COIMBRA Jr., C. *Salud y Equidad: una mirada desde lo social*, Rio de Janeiro: Editorial Fiocruz, 85-105.