

Salud y malnutrición en pueblos originarios

Políticas y estrategias para la atención
y la educación médica inclusiva

Salud y malnutrición en pueblos originarios

Políticas y estrategias para la atención
y la educación médica inclusiva



RENÉ CRISTÓBAL CROCKER SAGASTUME
VYLIL GEORGINA GARCÍA SERRANO
JOSÉ LUIS VÁZQUEZ CASTELLANOS
JULIO CÉSAR GÓMEZ FERNÁNDEZ

Coordinadores



ASOCIACIÓN MEXICANA DE ESCUELAS Y FACULTADES DE MEDICINA

Título: Salud y malnutrición en pueblos originarios. Políticas y estrategias para la atención y la educación médica inclusiva

Coordinadores: René Cristóbal Crocker Sagastume, Vylil Georgina García Serrano, José Luis Vázquez Castellanos, Julio César Gómez Fernández.

Autores: René Cristóbal Crocker Sagastume, Vylil Georgina García Serrano, José Luis Vázquez Castellanos, Julio César Gómez Fernández, Javier García de Alba, Aurora Hernández Herrera, Blanca Alicia Varelas Blanco, Gabriela Luna Hernández, Teresa de Jesús Pérez Patiño, Jennifer Alejandra Guzmán Rivera, Patricia Muñoz López, Emmanuel Zúñiga Romero, Karla Mariel Gómez Cervantes, Mario Arturo Valencia Velasco, Diana Castro González, Melissa Karina Navarro Flores, Juan Carlos Muñoz Navarro, Karen Jacqueline Reynaga Berumen.

D.R. © 2018, Asociación Mexicana de Escuelas y Facultades de Medicina (AMFEM)
Calle Manuel López Cotilla, Colonia del Valle
Ciudad de México, México.

D.R. © 2018, Programa de Educación en Salud, Ambiente y Nutrición
en Comunidades (Proesanc)
Instituto Regional de Investigación en Salud Pública (IRISP)
Departamento de Salud Pública
Centro Universitario de Ciencias de la Salud
Universidad de Guadalajara
Sierra Mojada núm. 950
Centro Médico, Colonia Independencia
Guadalajara, Jalisco, México

D.R. © 2018, Universidad Guadalajara Lamar
Avenida Vallarta núm. 3273-1
Colonia Vallarta Poniente
Guadalajara, Jalisco, México.

D.R. © 2018, Fondo Editorial Universitario
Carrer La Murta 9-18
07820 San Antonio de Portmany
Ibiza, España

ISBN: 978-84-17523-30-5

CONTENIDO

Presentación	9
Julio César Gómez Fernández	
Introducción	11
René Cristóbal Crocker Sagastume	

PARTE I

LA SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA: EL CASO DEL PUEBLO WIXÁRIKA

Factores asociados a la anemia en el grupo materno-infantil de la etnia wixárika de México	17
René Cristóbal Crocker Sagastume, Vylil Georgina García Serrano, José Luis Vázquez Castellanos, Teresa de Jesús Pérez Patiño, Blanca Alicia Varelas Blanco, Jennifer Alejandra Guzmán Rivera, Emmanuel Zúñiga Romero y Karla Mariel Gómez Cervantes	

Prevalencias de anemia y estado nutricional en niños de la etnia wixárika: evolución del problema de 2010 a 2017	37
Vylil García-Serrano, René Crocker-Sagastume y Mario Arturo Valencia-Velasco	

La nueva epidemia en pueblos originarios: obesidad, diabetes e hipertensión	51
René Cristóbal Crocker Sagastume, José Luis Vázquez Castellanos, Aurora Hernández Herrera, Vylil Georgina García Serrano, Emmanuel Zúñiga Romero y Diana Castro González	

PARTE II

LA SITUACIÓN CULTURAL: PERCEPCIONES DE LOS PROBLEMAS DE SALUD Y MALNUTRICIÓN EN EL PUEBLO WIXÁRIKA

Coincidencias y contradicciones en la percepción de la anemia entre el personal de salud y la comunidad wixárika de México	69
René Cristóbal Crocker-Sagastume, Karen Jacqueline Reynaga-Berumen, Vylil Georgina García-Serrano, José Luis Vázquez-Castellanos y Teresa de Jesús Pérez-Patiño	

Creencias sobre la diabetes mellitus tipo 2 de la etnia wixárika del occidente de México	85
Vylil García-Serrano, René Crocker-Sagastume y Javier García de Alba	

PARTE III

POLÍTICAS PÚBLICAS MULTISECTORIALES PARA EL ABORDAJE DE LA MALNUTRICIÓN Y LA MEDICINA INTERCULTURAL EN PUEBLOS ORIGINARIOS

Políticas públicas en medicina intercultural. Una visión crítica	111
René Crocker Sagastume, Vylil Georgina García Serrano, Melissa Karina Navarro Flores y Juan Carlos Muñoz Navarro	
Políticas públicas incluyentes. Declaración de Colotlán para el análisis y propuestas de solución de la problemática de la anemia y malnutrición del pueblo wixárika	135

PARTE IV

LA EDUCACIÓN MÉDICA INCLUSIVA

El currículum simétrico en la educación universitaria con los pueblos originarios: la experiencia con la etnia wixárika de México	147
René Cristóbal Crocker Sagastume, Patricia Muñoz López, Teresa de Jesús Pérez Patiño y José Luis Vásquez Castellanos	
La medicina tradicional, alternativa y complementaria en la práctica médica. Estudio de caso de las representaciones sociales sobre su uso en estudiantes de medicina de dos universidades del estado de Jalisco	161
Vylil Georgina García Serrano, René Cristóbal Crocker Sagastume y José Manuel Torres Moreno	
Estrategias educativas para multiculturalizar la formación del médico en un modelo de atención intercultural en salud	215
René Crocker Sagastume y Julio César Gómez Fernández	
Acerca de los autores	227

PRESENTACIÓN

México es un país reconocido a escala mundial por la riqueza y diversidad cultural de sus pueblos indígenas, que se expresa en su arte culinario, la diversidad de sus expresiones en vestuario, lenguas, danzas, etc. Los pueblos originarios constituyen parte del patrimonio cultural de la humanidad, reconocido por la UNESCO y sus derechos se documentan en las leyes, normas y códigos nacionales e internacionales.

Sin embargo, cuando esos derechos se aplican en políticas, estrategias y acciones de gobierno, tanto a nivel federal como estatal, no se aplican con el rigor como se formulan en los discursos y en documentos, ya que con frecuencia los pueblos originarios no participan en su construcción, se desvían los recursos para los que fueron etiquetados y al final han originado una situación de pobreza que se expresa en indicadores y estadísticas de salud, educación y desarrollo social.

Las publicaciones que integran el libro que se presenta han sido construidas por trabajo colaborativo transdisciplinar entre equipos de investigación de dos universidades, una pública y otra particular: la Universidad de Guadalajara y la Universidad Guadalajara Lamar, que forman parte de nuestra asociación, que a la vez son miembros del Cuerpo Académico de la Asociación Mexicana de Escuelas y Facultades de Medicina, vinculadas con el Instituto Mexicano del Seguro Social y apoyadas con fondos de la Secretaría de Educación Pública federal.

En el libro se documenta con datos epidemiológicos y socioculturales el abismo que existe entre los pueblos originarios y el resto de la población del país respecto a sus indicadores de salud, ya que padecen una transición epidemiológica polarizada, en donde sus niños y mujeres en edad fértil continúan con problemas de desnutrición proteicoenergética y anemia, asociadas a carencias crónicas de alimentos y enfermedades diarreicas y parasitarias, y los adultos se han incorporado

gradualmente a la alimentación occidental que origina patologías no transmisibles como la obesidad, diabetes e hipertensión arterial. Esta problemática se analiza también desde sus expresiones y creencias, las cuales son diferentes a las que tiene el equipo de salud occidental que atiende su morbilidad y comorbilidad.

En el libro también se documentan las formas de respuesta médico-sociales a los problemas mencionados, en donde prevalecen políticas y estrategias construidas desde una visión occidental y de asimilación cultural en salud. Estos aspectos se expresan en los programas de medicina intercultural de las instituciones de salud, por lo que una riqueza de los trabajos científicos que se presentan en el documento es la *Declaración de Colotlán*, como un ejemplo de construir políticas públicas participativas.

Un elemento central de las investigaciones realizadas lo constituyen los aportes para desarrollar la educación médica inclusiva, tanto en las universidades interculturales en los pueblos originarios, como en propuestas para multiculturalizar e interculturizar la formación del médico a partir del análisis de sus prácticas relacionadas con la medicina tradicional, alternativa y complementaria, estudiadas a través de las representaciones sociales que tienen los estudiantes de medicina de dos universidades del estado de Jalisco.

El libro constituye un aporte valioso para la solución de los problemas a escala comunitaria, regional y nacional, soluciones analizadas y construidas con los pueblos originarios y es de lectura obligada para construir nuevas políticas públicas en medicina intercultural desde la cosmovisión de los pueblos indígenas del país. Es también recomendable para rediseñar los currícula para formar nuevos médicos con una visión intercultural que supere las visiones monoepistémicas y occidentalizadas que prevalecen en la educación médica de nuestros países.

DOCTOR JULIO CÉSAR GÓMEZ FERNÁNDEZ
Presidente de la Asociación Mexicana de Escuelas
y Facultades de Medicina (AMFEM)

INTRODUCCIÓN

La presente publicación es una construcción colectiva interprofesional y transdisciplinar, elaborada a partir de la gestión y transferencia social del conocimiento con los pueblos originarios de la etnia wixárika en la zona norte del estado de Jalisco y sus vínculos interculturales con el Cuerpo Académico UDG-820 “Epidemiología, Cultura y Educación en Salud, Alimentación y Ambiente” del Instituto Regional de Investigación en Salud Pública del Departamento de Salud Pública del Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara, en convenio con la Unidad de Investigación de la Universidad Guadalajara Lamar y en colaboración con la Unidad de Investigación Social, Epidemiológica y de Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social del estado de Jalisco y el Cuerpo Académico de la Asociación Mexicana de Escuelas y Facultades de Medicina (AMFEM).

El propósito de la publicación es sistematizar la experiencia científica de diálogo interétnico cultural entre los sabios, estudiantes y trabajadores del Sistema de Salud de la etnia wixárika con investigadores de institutos y unidades de investigación, trabajadores de la salud, estudiantes y organizaciones educativas de la etnia mestiza, que permitan generar reflexiones y propuestas que impacten la problemática de salud y nutrición que padecen los pueblos originarios, así como la formación de profesionales de la salud de Mesoamérica, con énfasis en la educación médica inclusiva.

La obra está organizada en cuatro partes. En la primera se generan tres productos de investigación cuantitativa para analizar el perfil epidemiológico de salud-enfermedad de uno de los pueblos originarios arcaicos como lo es el pueblo wixárika, en donde se analizan los factores asociados a las anemias en el grupo materno-infantil, se abordan los cambios en la prevalencia de anemias en niños menores de seis años

y se analiza la emergencia de una nueva epidemia en este pueblo: la obesidad, diabetes e hipertensión.

En la segunda parte del documento se presentan dos estudios cualitativos relacionados con los retos y contradicciones que tienen los miembros de los servicios de salud con las comunidades vinculados con la anemia y se analizan las creencias de la diabetes tipo 2 que tiene el pueblo wixárika.

En la tercera parte del libro se analizan las políticas públicas en medicina intercultural que se implementan a escala nacional e internacional por el Estado mexicano y los organismos internacionales y se presentan las propuestas de política pública multisectoriales, construidas por los actores sociales participantes en los estudios, en donde aportan sus saberes los sabios indígenas, estudiantes universitarios y trabajadores de salud de la etnia wixárika con investigadores, estudiantes y trabajadores de salud pertenecientes a la sociedad occidental.

En la última parte del documento se presentan dos trabajos de investigación y un ensayo científico relacionados con: el desarrollo de la propuesta de currículum simétrico para la construcción del plan de estudios para formar licenciados en salud y alimentación, como parte de la propuesta para construir la Universidad Intercultural Wixárika; el análisis de las representaciones sociales sobre la medicina tradicional, alternativa y complementaria (MTAC) que tienen los internos de medicina de la Universidad de Guadalajara y la Universidad Guadalajara Lamar; se concluye este apartado con una reflexión realizada por dos miembros del Cuerpo Académico de la Asociación Nacional de Escuelas y Facultades de Medicina, relacionada con las estrategias educativas para multiculturalizar los diseños curriculares de las escuelas y facultades de medicina para interculturalizar la práctica y la educación médica del país.

La perspectiva epistemológica que sustenta las partes de la obra se apoyan en el enfoque de lo posmodernidad crítica, una propuesta epistemológica que tiene una mayor apertura a las construcciones identitarias de estos pueblos en su lucha poscolonial. Desde esta perspectiva epistemológica, la configuración de nuestras sociedades es incompleta y podemos suplementarla indefinidamente, por lo que se rechaza la comprensión de la realidad a partir de un centro fijo —la modernidad

europizante—. La posmodernidad crítica permite flexibilizar las categorías con las que pensamos y analizamos, reconociendo el carácter histórico regional de nuestras conclusiones, así como la importancia de estar permanentemente inventando nuevas formas de construir la realidad y la necesidad de renovar permanente el pensar, el hacer política y el imaginar nuevas utopías.

La perspectiva de la posmodernidad crítica poscolonial da testimonio de las fuerzas desiguales y disparejas de la representación cultural, implicadas en la disputa por la autoridad política y social dentro del orden del mundo moderno. La perspectiva crítica poscolonial emerge del testimonio colonial de países del Tercer Mundo y de los discursos de las “minorías”, dentro de las divisiones geopolíticas de este y oeste, norte y sur. Intervienen en esos discursos ideológicos de la modernidad que intentan dar una “normalidad” hegemónica al desarrollo desigual y las historias diferenciales, a menudo desventajosas, de naciones, razas, comunidades y pueblos.

Desde la perspectiva metodológica, los trabajos se construyen desde diversas metodologías particulares de acuerdo con las características de cada objeto de estudio; sin embargo, en el eje metodológico articulador es la investigación acción participativa, ya que las propuestas se analizan y discuten en el Foro de Colotlán, en donde participan la mayor parte de actores para construir propuestas de transformación que se traducen en políticas y estrategias para resolver los problemas de salud y malnutrición que padece el pueblo wixárika como actor central en las propuestas para pueblos originarios.

Las propuestas para desarrollar el currículum simétrico para formar profesionales de la salud y la alimentación, como parte de la propuesta para crear la Universidad Intercultural en la región wixárika, fueron consensuadas con sabios, trabajadores de la salud y en asambleas con las comunidades de la etnia.

Las propuestas críticas de la medicina intercultural y los aportes para multiculturalizar e interculturalizar la educación médica que se realiza en las escuelas de medicina son discutidas en diversos congresos y reuniones con directivos y miembros de la Asociación Mexicana de Escuelas y Facultades de Medicina.

Los coordinadores y autores de la presente publicación agradecen a los sabios, estudiantes y trabajadores de la salud de los pueblos originarios su disposición al diálogo de saberes para construir propuestas participativas que beneficien a sus comunidades, que permitan construir sociedades inclusivas para desarrollar Estados-nación multiétnicos, interculturales y plurilingües de unidad nacional.

DOCTOR RENÉ CRISTÓBAL CROCKER SAGASTUME
Coordinador general del megaproyecto de investigación

PARTE I

LA SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA: EL CASO DEL PUEBLO WIXÁRIKA

FACTORES ASOCIADOS A LA ANEMIA EN EL GRUPO MATERNO-INFANTIL DE LA ETNIA WIXÁRIKA DE MÉXICO

RENÉ CRISTÓBAL CROCKER SAGASTUME
VYLIL GEORGINA GARCÍA SERRANO
JOSÉ LUIS VÁZQUEZ CASTELLANOS
TERESA DE JESÚS PÉREZ PATIÑO
BLANCA ALICIA VARELAS BLANCO
JENNIFER ALEJANDRA GUZMÁN RIVERA
EMMANUEL ZÚÑIGA ROMERO
KARLA MARIEL GÓMEZ CERVANTES

Resumen

En el estudio se analizan los factores asociados a la anemia en el grupo materno-infantil de la etnia wixárika que habita en el occidente de México.

Se utiliza un diseño epidemiológico transversal analítico en una muestra segmentada de las tres comunidades que habitan el estado de Jalisco, México, en donde se seleccionan a 221 familias a quienes se les aplica una encuesta estructurada en donde se toman datos antropométricos, hemoglobina, frote periférico y examen de heces fecales, que se combinan con el estudio de los hábitos de consumo alimentario y saneamiento básico en el hogar.

En los resultados del estudio sobresalen: una prevalencia de anemia en niños menores de seis años de 67% y de 51.2% en mujeres de edad fértil; estos datos son tres veces más que las medias nacionales; la anemia es secundaria a déficit de hierro y ácido fólico por el bajo consumo de carnes y vegetales de hojas verdes y debido a que la mitad de la población ha disminuido el consumo de frijol; en los niños hay una asociación estadísticamente significativa entre anemia y diarrea crónica producida por *Giardia Lamblia* ($P = 0.004$), un protozooario que habita en aguas contaminadas para el consumo humano.

Palabras clave: anemia, materno-infantil, indígenas, México.

Introducción

Se investigan los factores asociados a las anemias nutricionales en el grupo materno-infantil de la etnia wixárika que habita en la región norte del estado de Jalisco en el periodo 2016-2017.

La población indígena en México representa 14.9% de la población total del país (CESOP, 2011). En Jalisco hasta el año 2010 se cuenta con un registro de casi 100 mil habitantes indígenas en total (INEGI, 2010). El municipio de Mezquitic, Jalisco, es considerado de predominancia indígena y cuenta con una población indígena total de 13,971 habitantes, principalmente de la etnia wixárika, de quienes el grupo de 0 a 4 años representa el 16% de la población total. Por otro lado, la población de mujeres en edad reproductiva reportada (15-24 años) representa el 10.4% (CDI, 2010).

La población indígena en México ha vivido en condiciones económicas desfavorables (CDI, 2010; Rivera, 2003). México es un país en vías de desarrollo que presenta inequidad social de origen estructural, a lo que se agregan estilos de vida inapropiados que conducen a problemas nutricionales (Shaman-Levy, 2009). La ingestión insuficiente de micronutrientes se hace presente, siendo uno de los problemas nutricionales más relevantes (Villalpando, 2012).

La deficiencia de hierro (Fe^+) es una de las carencias nutricias con mayor prevalencia en los países en desarrollo y la causa más común de anemia (Winter, 1970; Martínez, 1995; Pérez, 2005; Sadighi, 2009; Shamah-Levy, 2009; Beristain, 2010; De la Cruz, 2012). Otros micronutrientes también pueden estar involucrados en el desarrollo de anemia, tales como deficiencias de: cobalamina (vitamina B_{12}), ácido fólico (vitamina B_9), vitamina A, riboflavina (vitamina B_2) y vitamina C. Algunos otros factores nutrimentales implicados en el desarrollo de anemia son las infecciones parasitarias (Bortollini, 2010; De la Cruz, 2012).

El mayor riesgo de deficiencia de Fe^+ se presenta durante periodos de rápido crecimiento, específicamente en los primeros meses de vida, adolescencia y cuando aumentan las demandas nutricionales como en el embarazo y edad reproductiva de las mujeres (Beristain, 2010). Los grupos con mayor riesgo de padecer anemia por deficiencia de Fe^+

corresponden, entonces, a niños menores de dos años de edad y mujeres en edad reproductiva (12 a 49 años) (Villalpando, 2012; Shamah-Levy, 2009; Orozco, 2007).

Desde hace más de 10 años que se reporta la prevalencia de deficiencia de Fe⁺ en zonas rurales, comparada con la prevalencia de zonas urbanas (Orozco, 2007). Diversos artículos mencionan que un factor social que afecta a la deficiencia de Fe⁺ es el nivel socioeconómico, así como la pertenencia a alguna etnia indígena, grado de educación de la madre y del padre, y el número de habitantes en el hogar (Orozco, 2007; Huamán-Espino, 2006; Rivera, 2003). La anemia representa uno de los principales problemas que afectan a pueblos indígenas en condiciones de exclusión social y pobreza extrema (Huamán, 2006; Shamah-Levy, 2009).

De acuerdo con los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut 2012) la prevalencia de anemia en preescolares es de 23.3%, en escolares de 10.1% y en mujeres en edad reproductiva, 17.9% embarazadas y 11.6% no embarazadas. La mayor prevalencia de anemia se presenta en edad de 12 a 23 meses de edad en preescolares, cinco años en escolares y en mujeres en edad reproductiva de los 12 a 19 años (Villalpando, 2012). En la zona indígena de Tuxpan de Bolaños y Santa Catarina Cuexcomatitlán, en el norte de Jalisco, se observa prevalencia de anemia del 84 y 65% por grupos de edad en niños menores de un año y niños de uno a cinco años, respectivamente (Crocker, 2011).

Como parte de la prevención y manejo en salud pública se han tomado medidas como promover la lactancia materna y controlar la infestaciones parasitarias (Sadighi, 2009). Además existen programas enfocados en reducir la prevalencia de anemia por deficiencia de micronutrientes con estrategias como fortificación de alimentos para cada grupo vulnerable, la mayoría de estos programas no han tenido éxito debido a una intervención tardía (Shamah-Levy, 2009; De la Cruz, 2012). Esto se confirma en el periodo 2006-2012, ya que la anemia no disminuyó en forma importante en general, aunque sí en niños de uno a 12 meses de edad y se atribuye este resultado a que la mayor parte de los programas han dirigido sus acciones preferentemente a este grupo de población.

Si el objetivo real de los programas de salud pública es el control de la anemia, el problema no puede resolverse simplemente con el objetivo

de reducir la deficiencia de Fe⁺. Las nuevas opciones deben comprender la orientación alimentaria fomentando el consumo de una dieta con alto contenido de Fe⁺ y bajo consumo de alimentos que interfieran con la absorción del hierro, con una orientación comunitaria para la autogestión alimentaria como parte de la seguridad alimentaria y además considerar los factores sociales, ambientales, culturales, demográficos y económicos.

La deficiencia de Fe⁺ tiene implicaciones adversas en procesos metabólicos, cognitivos y psicomotores. Se dice que el hipocampo es la parte más vulnerable a la deficiencia de Fe⁺ (Beristain, 2010). La asociación de la deficiencia de Fe⁺ con alteraciones en el desarrollo del sistema nervioso central, en etapas tempranas de la vida, es la consecuencia más importante de la deficiencia de Fe⁺ (Orozco, 2007). En niños en edad preescolar el desarrollo de las capacidades físicas e intelectuales debe ser óptimo, por lo que se tiene que enfatizar al correcto consumo de hierro en la dieta, de lo contrario los daños colaterales pueden perjudicar a los niños físicamente, retardar su crecimiento y comprometer sus defensas inmunológicas haciéndolos más susceptibles a enfermedades además de que limita su desarrollo social y empobrece su papel en actividades escolares (Reboso, 2005). En las mujeres en edad fértil la anemia impacta el crecimiento principalmente en las mujeres adolescentes, lo que genera desnutrición crónica valorada por peso/talla y es un indicador de riesgo de bajo peso al nacer (FAO, 2000).

El estudio explicativo orientado a problemas en etnias es muy poco estudiado y publicado; además la ausencia de estudios epidemiológicos interétnico-culturales hace necesario el análisis de la causalidad del problema de anemias en la población materno-infantil de la etnia wixárika, para posteriormente plantear soluciones conjuntas con las instituciones de salud y los miembros de dicha etnia. Por lo anterior es necesario identificar los factores que se ven implicados en el desarrollo de la anemia y factores que limitan la toma de decisiones adecuadas, planeación y diseño de políticas públicas interculturales que garanticen el pleno desarrollo de todas las comunidades y personas que contribuyan a mejorar la salud pública de la población mexicana.

Material y métodos

En la investigación se aplica un diseño epidemiológico, transversal, analítico; debido a que es una población elusiva y dispersa, no existen datos confiables en el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) y en las instituciones de salud de la Región Sanitaria I del estado de Jalisco, que permitan realizar un cálculo muestral aleatorizado, por lo que se decide aplicar un muestreo segmentado, en donde se seleccionan tres localidades por cada una de las tres grandes comunidades que forman parte del pueblo wixárika que habitan la región norte del estado de Jalisco: San Sebastián Teponahuaxtla, Santa Catarina Cuexcomatitlán y San Andrés Cohamiata, con base en los criterios siguientes: localidades grandes que tienen un mayor acceso a servicios y comunicación terrestre; localidades medianas y pequeñas, que tienen dificultades de acceso terrestre y menos servicios. En cada localidad se estudia entre el 30 a 50% de las familias, seleccionadas al azar.

Con base en los criterios de selección, se estudia a 221 familias de las tres comunidades de la etnia wixárika. Se selecciona a los miembros del grupo materno-infantil de esta población, 223 son mujeres en edad fértil de 15 a 49 años y 215 niños de cero a seis años de edad.

De cada comunidad se selecciona una localidad grande (Pueblo Nuevo, El Celoso, Tatei Kie y Mesa del Tirador) una localidad mediana (Tuapurie, Bajío del Tule y San José del Tesorero) y una pequeña (Socónita, Colonia Rivera y Cohamiata). Las familias de comunidades grandes son 120, de comunidades medianas 66 y de comunidades pequeñas 35 familias.

Para la toma de datos se aplica una encuesta estructurada, que fue piloteada previamente en la población de estudio y estandarizada por el equipo de encuestadores, que incluye datos de anemia y factores asociados para analizar las siguientes variables: sexo, edad, peso, talla, hemoglobina, frote periférico, frecuencia de consumo de alimentos, lactancia materna, ablactación, suplementación y complementación alimentaria, parásitos en heces fecales, saneamiento básico de agua, manejo de excretas, medidas de higiene y para el caso de las mujeres en edad fértil se

toman datos de riesgo de anemias relacionados con hemorragias menstruales, embarazos, partos y abortos.

En la recolección de datos en las familias participan promotores de salud interculturales, quienes apoyan la negociación de puerta de entrada comunitaria y familiar, así como en la traducción en la toma de datos individuales. Para la toma de datos antropométricos se utilizan básculas y estadímetros marca Seca; para la toma de datos de hemoglobina capilar se utiliza un analizador HB Hemocue 201.

Para la tabulación de datos de antropometría se utilizan las tablas de la OMS; para la tabulación de datos de hemoglobina se utilizan los patrones de referencia de la OMS para diferentes edades, los cuales se ponderan con las tablas de altitud sobre el nivel del mar de CDC de Atlanta (OMS, CDC).

Las muestras de heces fueron recolectadas en cada localidad y transportadas con cadena de frío para su preservación. Los exámenes de heces se procesan en laboratorio siguiendo la técnica de análisis directo en fresco en donde se observan quistes y huevos de los parásitos intestinales.

Los frotos sanguíneos se obtienen de sangre periférica, los cuales son tomados y extendidos en el momento de la punción, los cuales se fijan con metanol para su preservación. Los frotos se trasladan con medidas de seguridad al laboratorio universitario en donde son teñidas con técnica de Wright y observados por un equipo asesorado por hematólogos.

El estudio se apega al reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud en el artículo 17, por lo que se considera con riesgo mínimo. Para la recolección de datos se realiza un consentimiento informado verbal en idioma wixárika por medio de un traductor (en el caso de las personas de la etnia, que no hablan el idioma español). Para el manejo de residuos peligrosos biológico-infecciosos (RPBI) la investigación se apega a la norma NOM-087-ECOL-SSA1-2002, que determina el cumplimiento de la legislación en materia de salud y medio ambiente.

Resultados

Existe una prevalencia total de anemia en 58.8% de los casos estudiados; las mujeres en edad fértil presentan una prevalencia de 51.2% y los niños menores de seis años de 67%, estos últimos presentan un riesgo relativo en comparación con las mujeres de $ODR = 1.9$ y $RR = 1.3$. Al realizar el análisis por grupos etarios, en la población infantil la mayor prevalencia de anemias es en niños de uno a dos años con 90% con una diferencia significativa respecto a las demás edades ($P = 0.007$). En los grupos de edad de mujeres, el grupo etario más afectado es el de adolescentes con 64.7%, pero no existe una diferencia significativa ($P = 0.23$) respecto a los grupos etarios de mujeres en edad fértil (cuadro 1).

Respecto a la presencia de anemia por comunidades, el mayor porcentaje de casos con anemia en niños es en San Andrés Cohamiata con 71.4%, sin una diferencia significativa entre ellas con una $P = 0.31$. Para el caso de las mujeres, la comunidad de Santa Catarina tiene la mayor prevalencia de casos con 66.7%, la cual es significativa ($P = 0.006$) respecto a las otras dos comunidades estudiadas (cuadro 2).

En cuanto a la presencia de anemia por tamaño de las localidades, se observa que en las pequeñas hay mayor prevalencia con 65.2% pero no hay una diferencia significativa respecto a las localidades medianas y grandes ($P = 0.77$). En el caso de las mujeres en edad fértil, las localidades grandes son las que presentan menor prevalencia de anemia con 41.5% donde existe una diferencia significativa respecto a las comunidades pequeñas y las medianas con una prevalencia de anemia de 51.3 y 62.3%, respectivamente ($P = 0.04$) (cuadro 3).

Se realizan frotos periféricos para analizar el tipo de anemia predominante, encontrándose los siguientes resultados: la anemia predominante en niños es la anemia microcítica por deficiencia de hierro con una media en las tres comunidades de 77.07%, en segundo lugar la anemia mixta por deficiencia de hierro y ácido fólico (microcítica y macrocítica) con una media de 20.34%, y macrocítica (por deficiencia de ácido fólico) con una media de 2.59%. En las mujeres en edad fértil predomina la anemia microcítica por deficiencia de hierro con una media de 50.11%; en segundo lugar la anemia mixta por deficiencia combinada de hierro y

ácido fólico con una media de 46.97%, y por último la anemia macrocítica por deficiencia de ácido fólico con una media de 2.91% (cuadro 4).

En relación con el estado nutricional de los niños menores de seis años, se observa que el 79.1% tienen un peso normal pero hay una presencia de anemia en el 64.6% sin una diferencia significativa ($P = 0.58^*$); en el caso de las mujeres, el 53.3% presentaron un peso normal, de quienes el 61.1% tienen anemia con una diferencia significativa de $P = 0.02$. Existe una prevalencia de sobrepeso y obesidad de 43.6% (cuadro 5).

En cuanto al retraso del crecimiento diagnosticado por el indicador de talla para la edad, los niños presentan talla baja en 54 % y de este grupo el 69.7% tiene anemia, pero no hay una diferencia significativa ($P = 0.23$). En las mujeres, el 23.5% presenta una talla normal, mientras que el 76.0% tienen talla baja y de estas el 50% presentan anemia, mas no hay una diferencia significativa entre los grupos con una P de 0.59 (cuadro 5).

En el estudio se analiza la relación de la anemia con los hábitos de consumo alimentario en los niños y en las familias en general; respecto a la lactancia materna, el 67.3% son destetados antes de cumplir el primer año de vida y predomina la ablactación tardía, con un 66.9%; sin embargo, estos factores no tienen una asociación significativa con la prevalencia de anemia en la población menor de dos años ($P = 0.86$ y $P = 0.31$, respectivamente) (cuadro 6).

En relación con la frecuencia de consumo de alimentos ricos en nutrientes que son fuente de hierro y folatos, en su orden los alimentos con mayor frecuencia son: el frijol, con un consumo diario de 57.5% de las familias, el huevo con un consumo diario de 24% y las lentejas con 14%; es poco frecuente el consumo de vegetales de hojas verdes, como las acelgas, los quelites y verdolagas (de 1 a 5%) los guajes (variedad de leguminosa nativa) se consume en la época de cosecha (14.5%); otros alimentos con menor consumo son las carnes y las galletas fortificadas (cuadro 7).

Un dato relevante del estudio es que cuando se relacionan los casos de familias que tienen un consumo mayor de carnes y galletas fortificadas, se encuentra una asociación significativa con la disminución de la prevalencia de anemia ($P = 0.03$ y $P = 0.003$, respectivamente) (cuadro 8).

Al analizar los factores de saneamiento básico de las familias y su relación con la anemia, el estudio identifica la siguiente situación epi-

demiológica: 45.8% de las familias estudiadas defecan al aire libre y de éstas, 66.7% presentan algún caso de anemia en niños y/o mujeres, pero la prevalencia es similar en las familias que tienen baño de agua (47.7%) ya que tienen un 63.1% de anemia, con una P de 0.47, por lo que no hay una asociación significativa (cuadro 9).

En el lavado adecuado de manos con agua y jabón después de ir al baño, el 78.7% de las familias refirieron hacerlo, 62.9% del total que lo hacían presentan anemia en algún niño o mujer; el 76.1% de las familias que no hacían el lavado adecuado de manos también presentaron algún caso de anemia, pero no hay una asociación significativa entre ambos casos ($P = 0.22$).

La presencia de diarrea en los últimos tres meses en los niños fue de 53%, en los cuales el 75.5% de los que dijeron haber tenido diarrea presentaron anemia, con una P de 0.004, por lo que existe una asociación significativa de diarrea crónica y anemia (cuadro 9).

La fuente principal de agua para consumo humano son los ojos de agua con un 41.9%, en segundo lugar el consumo de agua intubada (agua de la llave) con 32.7%; sin embargo, el factor que tiene mayor asociación con la presencia de anemia es el consumo de agua entubada ($P = 0.03$), por lo que en futuros estudios habrá que realizar análisis de este factor asociado y sus vínculos con diarrea crónica y anemia para tener mayores evidencias (cuadro 10).

Para analizar la asociación de anemia con la presencia de parásitos, se procesan y analizan un total de 85 muestras de heces de niños menores de seis años en las tres comunidades estudiadas. Existe presencia de parásitos intestinales en 44 niños (52%); 32 niños están parasitados por *Giardia Lamblia* y otros protozoarios no patógenos, dos niños tienen sólo helmintiasis y siete niños están parasitados por protozoarios y helmintos. Los helmintos predominantes son *Ascaris Lumbricoides* (seis casos) *Hymenolepsis Nana* (dos casos) y *Uncinarias* (un caso).

Se analiza la relación entre giardiasis (se excluyen otros protozoarios encontrados no patógenos) y helmintiasis con anemia y de estas parasitosis con diarrea crónica, encontrándose las siguientes relaciones de asociación causal: no existe relación de asociación causal entre las giardiasis y las helmintiasis con la prevalencia de anemia ($P = 0.46$) pero sí existe

una relación de asociación causal entre la giardiasis y la prevalencia de diarrea crónica en niños ($P = 0.03$) (cuadro 11).

Discusión de resultados

La prevalencia de anemia es tres veces más alta en el grupo materno-infantil en relación con las medias nacionales publicadas como parte de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut, 2012) y constituye un problema grave de salud pública en las comunidades de la etnia wixárika, que no se ha modificado de acuerdo con los estudios realizados por el equipo de investigación en el año 2010, que afecta al grupo etario materno-infantil, pero principalmente a los niños de entre uno y dos años y a las mujeres adolescentes. La prevalencia del problema no tiene diferencias significativas en los niños de las tres comunidades, lo que no sucede con las mujeres de edad fértil, en donde el problema es mayor en la comunidad de Santa Catarina Cuexcomatitlán.

Se realizan frotos periféricos para analizar el tipo de anemia predominante, encontrándose que la mayor parte de la población materno-infantil tiene anemia microcítica relacionada con deficiencia de hierro, secundariamente anemia mixta microcítica-macroscítica relacionada con deficiencia de hierro y folatos, y existen pocos casos de anemia macrocítica por deficiencia de folatos con serias implicaciones en el desarrollo del sistema nervioso de los niños y en la prevalencia de anomalías del tubo neural en mujeres en edad fértil (Beristain, 2010; Orozco, 2007).

El problema de la anemia en la población materno-infantil en las comunidades estudiadas de la etnia wixárika no está asociado con desnutrición aguda, valorada por peso/talla en niños y el índice de masa muscular en mujeres en edad fértil, en donde se ha realizado un esfuerzo por las instituciones de salud y desarrollo social para prevenirlo y disminuirlo; sin embargo, las tasas de desnutrición crónica persisten altas, por arriba de las medias nacionales y estatales y en donde un factor asociado, entre otras causas, es la anemia (Ensanut, 2012).

El consumo de alimentos en la dieta habitual de las familias wixárika es pobre y de baja calidad biológica, a base principalmente de frijol, en

donde el consumo de carnes, vegetales de hojas verdes es bajo y constituye el principal factor asociado a la alta prevalencia de anemia en la población materno-infantil de las tres comunidades estudiadas. Las localidades de las tres comunidades más afectadas por el problema son las comunidades pequeñas y dispersas, en donde existen dificultades de abastecimiento de alimentos ricos en hierro y folatos, como huevos y carne, así como la complementación alimentaria que realizan las instituciones de beneficencia social a base de galletas fortificadas, como lo señalan Shamah-Levy en 2009 y De la Cruz en 2012 al analizar la problemática de los pueblos indígenas en México, en donde comentan que se carece de programas enfocados a reducir la prevalencia de anemia por deficiencia de micronutrientes con estrategias como fortificación de alimentos para cada grupo vulnerable, la mayoría de estos programas no han tenido éxito debido a una intervención tardía o inexistente como sucede en las comunidades de la etnia wixárika, respecto a la anemia.

Un dato preocupante en los niños menores de dos años es el abandono temprano de la leche materna antes del primer año de vida y la ablactación tardía que se produce después del primer año de vida en más de la mitad de niños, que se asocia con la alta prevalencia de anemia en los niños lactantes, pero no es el factor principal asociado a este problema.

Un factor asociado a la anemia es la mala calidad del agua de consumo humano, principalmente de agua entubada y el fecalismo al aire libre, pero no fue posible establecer una asociación causal, porque no se realizaron estudios microbiológicos de la calidad del agua; sin embargo, la alta infestación por *Giardia Lamblia* como factor causal de diarrea crónica asociada a las altas prevalencias de anemia nos permite inferir una asociación entre este protozoario como factor de anemia; no son problema de salud pública las infestaciones por helmintos hematófagos como la *Uncinaria*. Estos hallazgos coinciden con los estudios de Sadighi en el año 2009, quien propone que la prevención y manejo en salud pública se deben tomar medidas como promover la lactancia materna y controlar las infestaciones parasitarias.

De acuerdo con las observaciones etnográficas realizadas como parte del estudio cualitativo de esta investigación que se presentan en otro artículo que se publica, la mayor parte de las familias cuentan con

servicios sanitarios para la deposición de excretas, pero no las utilizan debido a que dependen del agua para su uso y en la mayor parte de las familias existe déficit de agua en el hogar, por lo que habrá que pensar en otras alternativas como las letrinas secas aboneras, cuyo uso es marginal en las comunidades de este pueblo.

Referencias bibliográficas

- Beristain-Manterola, R., Pasquetti-Ceccatelli, A., Meléndez-Mier, G., Sánchez-Escobar, O. A., y Cuevas-Covarrubias, S. A. (2010). Evaluation of iron status in healthy six month old infants in Mexican population: Evidence of a high prevalence of iron deficiency. *e-SPEN, the European e-Journal of Clinical Nutrition and Metabolism*, núm. 5, pp. e37-e39.
- Bortolini, G. A., y Regina-Vitolo, M. (s/f). Relationship between iron deficiency and anemia in children younger than 4 years. *J Pediatr.*, 86(6): 488-492.
- CESOP. (2011). *Situación de los indígenas. Descripción sociodemográfica de la población hablante de lengua, autoadscrita como indígena y el resto de la población, a partir de los datos del Censo de Población y Vivienda 2010, Indicadores estadísticos*. Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública, pp. 6-53.
- Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI). (2010). *Indicadores sociodemográficos de la población indígena, Mezquitic*, pp. 1-3.
- Crocker-Sagastume, R., Orozco, R. P., Vázquez-Castellanos, J. L., Loreto-Garibay, O., García-Serrano, V. G., González-González, J. A., De la Cruz-González, A. M., Villanueva-Morales, F., y Vargas-Reynaga, I. J. (2011). Impacto de los programas en el proceso alimentario-nutricio de los niños en zona indígena. *Del asistencialismo a la autogestión alimentaria*, 1ª edición. México: Universidad de Guadalajara, pp. 165-180.
- De la Cruz-Góngora, V., Villalpando, S., Robollar, R., Tech, C., Shamah-Levy, T., y Méndez-Gómez, I. (2012). Nutritional causes of anemia in Mexican children under 5 years. Results from the 2006 National Health and nutrition survey. *Salud Pública de México*, 54(2): 108-115.
- Huamán-Espino, L., y Valladares, C. (2004). Estado nutricional y características del consumo alimentario de la población aguaruna, Amazonas, Perú. *Rev Perú Med Exp Salud Pública*, 23(1): 12-21.

- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). (2013). *Censo de Población y Vivienda 2010*. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/>. Última revisión: 22 febrero 2013.
- Instituto Nacional de Salud Pública. (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012: Resultados nacionales*. Cuernavaca, Morelos, México.
- Martínez, H., González-Cossío, T., Flores, M., Rivera-Dommarco, J., Lezana, M. A., y Sepúlveda-Amor, J. (1995). Anemia en mujeres de edad reproductiva. Resultados de una encuesta probabilística nacional. *Salud Pública de México*, 37(2): 108-119.
- Orozco-Alatorre, L. G., Romero-Velarde, E., Vásquez-Garibay, E. M., y Nápoles-Rodríguez, F. (2007). Factores socioeconómicos y dietéticos asociados a deficiencia de hierro en preescolares y escolares de Arandas, Jalisco. *Bol Med Hosp Infant Méx.*, núm. 64, pp. 370-376.
- Pérez-Expósito, A. B., Villalpando, S., Rivera, J. A., Griffin, I. J., y Abrams, S. A. (2005). *Ferrous sulfate is more bioavailable among preschooler than other forms of iron in milk-based weaning food distributed by Progres National Program in México*.
- Reboso-Pérez, J., Cabrera, E., Pita, G., y Jiménez, S. (2005). Anemia por deficiencia de hierro en niños de 6 a 24 meses y de 6 a 12 años de edad. *Rev Cub Sal Púb.*, 31(4): 1-12.
- Rivera, J. A., Monterrubio, E. A., González-Cossío, T., García-Feregrino, R., García-Guerra, A., y Sepúlveda-Amor, J. (2003). Estado nutricional de los niños indígenas menores de 5 años de edad en México: Resultados de una encuesta nacional probabilística. *Salud Pública de México*, núm. 45 (suplemento 4), pp. 1-11.
- Sadighi, J., Mohammad, K., Sheikholeslam, R., Amirkhani, M. A., Tobar, P., Salehi, F., y Abdolahi, Z. (2009). Anemia control: Lessons from the flour fortification programme 2009. *Public Health.*, núm. 123, pp. 794-799.
- Shamah-Levy, T., Villalpando-Hernández, S., García-Guerra, A., Mundo-Rosas, V., Mejía-Rodríguez, F., y Domínguez-Islas, C. P. (2009). Anemia in Mexican women: Results of two national probabilistic surveys. *Salud Pública de México*, núm. 51 (suplemento 4), pp. S515-S522.
- Villalpando, S., Shamah-Levy, T., De la Cruz, V., Mundo, V., y Mauricio, E. R. (2012). Anemia en niños y adolescentes. En: Instituto Nacional de Salud Pública, *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, resultados oficiales*, pp. 154-167.
- Winter, D. A., Taboada, H., Galofre, A., Maíz, A., y Arteaga, A. (1970). Prevalencia de anemia ferropriva y deficiencia de hierro en una población materno-infantil del área sur oriente de Santiago de Chile. *Rev Chilena Pediatr.*, 45(1): 53-61.

Anexo. Cuadros

Cuadro 1
Prevalencia de anemia en mujeres en edad fértil
y niños menores de seis años

Estudio	Población		Casos que presentan anemia	Casos que no presentan anemia	Total de casos
Por familias estudiadas	General		65.1% n 144	34.2% n 77	n 221
Individual (ODR = 1.9 RR = 1.3)*	General		58.8% n 243	41.2% n 170	n 413
	Niños		67% n 134	33% n 66	n 200
	Mujeres		51.2% n 109	48.8% n 104	n 213
Por grupo de edad	Niños P = 0.007**	0-11 meses	72.7% n 8	27.3% n 3	n 11
		1-2 años	90% n 27	10% n 3	n 30
		2-6 años	62.3% n 99	37.7% n 60	n 159
	Mujeres P = 0.23**	15-18 años	64.7% n 22	35.3% n 12	n 54
		19-35 años	48.5% n 50	51.5% n 53	n 103
		35-49 años	48.7% n 37	51.3% n 39	n 76

* ODR y riesgo relativo.

** Prueba U de Mann Whitney.

Cuadro 2
Prevalencia de anemia en mujeres en edad fértil y niños menores de seis años por comunidades estudiadas

Grupo	Comunidades	Casos que presentan anemia	Casos que no presentan anemia	Total de casos
Niños P = 0.31***	San Andrés Cohamiata	71.4% n 35	28.6% n 14	n 49
	San Sebastián	70.8% n 51	29.2% n 21	n 72
	Santa Catarina	60.8% n 48	39.2% n 31	n 79
Mujeres P = 0.006***	San Andrés Cohamiata	39.8% n 33	60.2% n 50	n 83
	San Sebastián	50.7% n 34	49.3% n 33	n 67
	Santa Catarina	66.7% n 42	33.3% n 21	n 63

*** Prueba X2 de homogeneidad.

Cuadro 3
Presencia de anemia en el grupo materno infantil por tamaño de las localidades

Grupo	Tamaño de las localidades	n por tamaño de las localidades	% Presencia de anemia
Niños	Pequeñas	46	65.2% n 30
	Medianas	72	61.1% n 44
	Grandes	97	61.9% n 60
	P = 0.77**		
Mujeres	Pequeñas	39	51.3% n 20
	Medianas	61	62.3% n 38
	Grandes	123	41.5% n 51
	P = 0.04**		

** Prueba U de Mann Whitney.

Cuadro 4
Resultados de frote periférico por comunidades

Volumen	Frotos evaluados de niños con anemia por comunidad					
	Santa Catarina		San Andrés		San Sebastián	
	Número	%	Número	%	Número	%
Microcítico	27	81.82	17	80.95	13	68.42
Mixto	5	15.15	3	14.29	6	31.58
Macroscítico	1	3.03	1	4.76	0	0.00
Total	33	100.00	21	100	19	100

Volumen	Frotos evaluados de mujeres con anemia por comunidad					
	Santa Catarina		San Andrés		San Sebastián	
	Número	%	Número	%	Número	%
Microcítico	15	42.86	9	52.94	6	54.55
Mixto	19	54.29	7	41.18	5	45.45
Macroscítico	1	2.86	1	5.88	0	0.00
Total	35	100.00	17	100.00	11	100.00

Cuadro 5
Estado nutricional y presencia de anemia en niños menores de seis años y mujeres en edad fértil de la etnia wixárika

Grupo	Estado nutricional	% de la muestra	Presencia de anemia	Talla para la edad	% de la muestra	Presencia de anemia
Niños menores de 6 años	Desnutrición grave	0.5% n 1	100%			
	Desnutrición moderada	3.3% n 7	66.7%	Talla baja	54.0% n 114	69.7%
	Desnutrición leve	7.1% n 15	88.3%	Talla normal	44.5% n 94	63.5%
	Normopeso	79.1% n 167	64.6%	Talla alta	1.4% n 3	33.3%
	Sobrepeso	10.0% n 21	70%			
	P = 0.58**			P = 0.23**		
Mujeres en edad fértil	Bajo peso	2.8% n 6	33.3%	Talla baja	76.0% n 165	50%
	Normopeso	53.3% n 113	61.1%	Talla normal	23.5% n 51	53.1%
	Sobrepeso	29.2% n 62	37.1%	Talla alta	0.5% n 1	100%
	Obesidad	14.6% n 31	42.2%			
	P = 0.02**			P = 0.59**		

** Prueba U de Mann Whitney.

Cuadro 6

Alimentación de los niños menores de seis años de las familias de la etnia wixárika y la presencia de anemia en niños y mujeres

Variable		% de las familias estudiadas con niños	% presencia de anemia en niños de familias wixárika
Duración de la lactancia materna	Menos de un año	67.3% n 115	66.7%
	Más de un año	32.7% n 56	33.3%
	P = 0.86**		
Inicio de ablactación	Temprana	33.1% n 58	36.7%
	Tardía	66.9% n 117	63.3%
	P = 0.31**		

** Prueba U de Mann Whitney.

Cuadro 7

Frecuencia de consumo de las familias de alimentos ricos en hierro

Alimento	Frecuencia en que se consume el alimento					
	% Diario	% 3 veces/ semana	% 2 veces/ semana	% En temporada	% Ocasional	% Nunca
Carnes rojas	0.5%	20.4%	1.4%	0.5%	46.2%	28.5%
Pollo	0%	30.3%	1.8%	0.9%	47.5%	15.8%
Huevo	24%	34.4%	23.5%	0.9%	8.1%	5.9%
Galletas	10%	20.8%	7.7%	0%	5%	49.8%
Frijol	57.5%	15.8%	19.9%	0%	1.4%	1.8%
Lentejas	14.5%	27.1%	10.9%	0%	23.5%	19.5%
Guajes	14.5%	12.7%	4.5%	32.6%	14.9%	14.9%
Acelgas	1.4%	2.3%	0.5%	4.5%	4.5%	78.3%
Quelites	5%	12.2%	0.9%	30.3%	15.8%	28.5%
Verdolagas	4.5%	4.1%	0.9%	21.7%	12.2%	48%
Betabel	0.5%	1.8%	0.9%	0%	1.4%	86.4%

Cuadro 8
Consumo de alimentos ricos en hierro de las familias
y la presencia de anemia en niños y mujeres

Alimento		% de las familias estudiadas que consumen	% presencia de anemia en familias wixárika
Consumo de carne roja	Consumo semanal	22.8% n 49	19.1%
	Consumo ocasional	47.9% n 103	47.5%
	No consumen	29.3% n 63	33.3%
	P = 0.03**		
Consumo de galletas fortificadas	Consumo semanal	39.2% n 85	35.0%
	Consumo ocasional	10.1% n 22	3.6%
	No consumen	50.7% n 110	61.3%
	P = 0.003**		

** Prueba U de Mann Whitney.

Cuadro 9
Saneamiento de las familias de la etnia Wixarika y presencia de anemia

Variable		% de las familias	% presencia de anemia
Lugar de deposición de excretas	Baño, Letrina o Fosa	54.2% n 117	53.5%
	Al aire libre	45.8% n 99	46.5%
	P = 0.88****		
Lavado adecuado de manos	Lavado adecuado de manos	78.7% n 170	62.9%
	Lavado inadecuado de manos	21.3% n 46	76.1%
	P = 0.22****		
Presencia de diarrea en los niños en los últimos 3 meses	Con diarrea	33.1% n 53	75.5%
	Sin diarrea	66.9% n 107	50.5%
	P = 0.004****		

**** Prueba X2 con test exacto de Fisher.

Cuadro 10

Fuente de agua para consumo de las familias de la etnia wixárika y presencia de anemia

Agrupaciones	% de las familias estudiadas	% presencia de anemia
Ojo de agua	41.9% n 91	59.3%
De la llave	32.7% n 71	78.9%
Embotellada	14.3% n 31	58.1%
Ríos y lagos	11.1% n 24	58.3%
P = 0.03***		

*** Prueba X2 de homogeneidad.

Cuadro 11

Prevalencia de parásitos en niños menores de seis años en relación con la presencia de anemia y diarrea crónica

Estudio	Población	Casos que presentan anemia	Casos que no presentan anemia	Total de casos
Presencia de parásitos	Presencia de Giardiasis	66.7% n 14	33.3% n 7	n 21
	Helmintiasis	82.4% n 14	17.6% n 3	n 17
****P = 0.46				
Estudio	Población	Casos que presentan diarrea	Casos que no presentan diarrea	Total de casos
Presencia de parásitos	Presencia de giardiasis	23.8% n 5	76.2% n 16	n 21
	Helmintiasis	35.3% n 6	64.7% n 11	n 17
****P = 0.03				

**** Prueba X2 con test exacto de Fisher.

PREVALENCIAS DE ANEMIA Y ESTADO NUTRICIO EN NIÑOS DE LA ETNIA WIXÁRIKA: EVOLUCIÓN DEL PROBLEMA DE 2010 A 2017

VYLIL GARCÍA-SERRANO
RENÉ CROCKER-SAGASTUME
MARIO ARTURO VALENCIA-VELASCO

Resumen

Se comparan en dos periodos diferentes las prevalencias de anemia y estado nutricional en niños menores de seis años de la etnia wixárika en el municipio de Mezquitic, Jalisco.

La población de estudio está constituida por los niños menores de seis años de tres comunidades: Santa Catarina, San Sebastián y San Andrés Cohamiata. El muestreo fue no probabilístico por casos consecutivos, que consiste en estudiar a todos los sujetos accesibles que se identifican durante el tiempo de estudio, en grupos poblacionales móviles elusivos y dispersos. El peso corporal se obtuvo a través de una báscula de piso modelo Seca 872. Para la medición de la talla y/o estatura se utilizan estadímetros portátiles modelo Seca 214; la anemia se valora a través del indicador hemoglobina tomando en cuenta la altitud sobre el nivel del mar con el patrón de referencia de la OMS, mediante la toma de sangre capilar y el analizador portátil (Hemo Cue HB 201).

En los resultados encontrados mejoró la desnutrición global (P/E) en las tres comunidades; San Andrés transita de un 38.1 a 55.1%, presentando un aumento del 17% de 2010 a 2017; Santa Catarina 7% y San Sebastián 12.8%. En los resultados de anemia el problema no sufrió ningún cambio significativo, pero persiste el problema con una media mayor al 60% de niños con anemia en las tres comunidades.

Introducción

En este estudio se comparan en dos periodos diferentes las prevalencias de anemia y estado nutricional en niños menores de seis años de la etnia wixárika en el municipio de Mezquitic, Jalisco.

Actualmente la desnutrición y anemia son un problema de importante magnitud, se estima que la padecen 150 millones de niños en el mundo (Zamudio, 2014). Según la Organización Mundial de la Salud, el problema de la malnutrición en las poblaciones indígenas de América constituye un 24.8% de la población mundial (Rossi, 2014). En México se estiman prevalencias de talla baja para la edad de 17.8%, y de bajo peso para la edad de 7.6%. Además se ha encontrado que el 27.2% de los menores padece anemia por deficiencia de hierro (Zamudio, 2014; Azcorra, 2016) como causa de una marcada inequidad y pobreza; estas patologías afectan mayormente al grupo materno-infantil y se catalogan como un problema de salud pública (Díaz, 2015).

A pesar de la dimensión del problema, se desconoce la situación de salud respecto a la malnutrición en poblaciones indígenas, pues las medias nacionales expresadas en las Encuestas Nacionales de Salud y Nutrición no muestran datos e información al respecto, ya que los sistemas de vigilancia epidemiológica no recolectan, ni informan la variable étnica, por lo que la información respecto a estos padecimientos se encuentra desactualizada. Sin embargo, se reconoce que estos grupos poblacionales son los que presentan mayores prevalencias de anemia y desnutrición (Díaz, 2015).

El problema de la desnutrición y anemia infantil en pueblos originarios trasciende por las consecuencias que se manifiestan a lo largo de todo el ciclo de vida de quienes las padecen. Estas patologías tienen impacto negativo inmediato con mayor probabilidad de ocurrencia de otras enfermedades o muerte prematura en niños menores de cinco años; por otra parte, afecta la capacidad psicomotora y de aprendizaje, además del desempeño escolar y la capacidad de trabajo en la vida adulta (Flores-Bendezu, 2015).

En cuanto al problema expresado anteriormente, es prioritaria la prevención y control de la desnutrición y anemia, ya que se debe res-

guardar la seguridad de los medios de subsistencia de los pueblos originarios, en primera instancia por ser un derecho humano que la normatividad jurídica internacional así lo demanda (FAO, 2011). Asimismo, se reconoce la contribución de los pueblos indígenas al desarrollo social y económico por los conocimientos, técnicas y prácticas tradicionales en sus formas de producir, que aportan al desarrollo sostenible y sustentable para hacer frente a los impactos climáticos y de promover la seguridad para la soberanía alimentaria del país (FAO, 2011).

La etnia wixárika es un pueblo indígena de origen yuto-azteca que habita la Sierra Madre Occidental en los municipios de Mezquitic y Bolaños, al norte del estado de Jalisco en México (Crocker, 2010). Las poblaciones indígenas en este país han padecido y siguen padeciendo el impacto de los procesos globalizadores; este fenómeno ha transformado la cultura del comer adoptando los modelos occidentales y como consecuencia se han abandonado las formas tradicionales de producir y de alimentarse, lo que ha significado (entre otros muchos aspectos) un deterioro en el estado nutricional y de salud, situación que repercute en costos y pérdidas económicas, sociales y culturales a la familia y a la sociedad (Flores, 2015). Por lo anterior descrito, esta investigación aporta información sobre la vigilancia epidemiológica de un problema de salud que no ha sido abordado por el sistema sanitario y que impacta a un grupo vulnerable.

El objetivo de este estudio es comparar las prevalencias de anemia y estado nutricional en niños menores de cinco años en el periodo 2010-2017 de la etnia wixárika en Jalisco.

Sujetos y métodos

Se analizan y comparan los datos procedentes de los estudios realizados por el equipo de investigación en los años 2010 y 2017, en ambos casos se trata de diseños transversales con muestras estratificadas de la población de la etnia wixárika en Jalisco, México.

La población de estudio está constituida por tres comunidades: Santa Catarina, San Sebastián y San Andrés Cohamiata y cada comunidad se

conforma por diferentes localidades. En este estudio se seleccionó la muestra por estratos de la siguiente forma: de la comunidad de Santa Catarina se seleccionaron las localidades de Pueblo Nuevo, El Celoso, Soconita, Tuapurie, Pochotita; de la comunidad de San Andrés las localidades fueron Cohamiata, San José del Tesorero, Tateikie, Popotita, San Miguel Huestita; y de la comunidad de San Sebastián se eligieron las localidades Bajío del Tule, Mesa del Tirador y Colonia Rivera Aceves. Las muestras por comunidad fueron: en San Andrés 378 en 2010 y 49 en 2017; Santa Catarina 247 en 2010 y 69 en 2017, y en San Sebastián 160 en 2010 y 60 en 2017.

El muestreo fue no probabilístico por casos consecutivos, que consiste en estudiar a todos los sujetos accesibles que se identifican durante el tiempo de estudio y es importante enfatizar que la población de estudio es considerada altamente elusiva, es decir, grupos poblacionales móviles, deficientemente definidas por el INEGI, que clasifica a la población por arriba de los tres años de edad hasta adultos y no clasifica por grupos etarios, además de la situación geográfica accidentada, localidades dispersas y procesos migratorios, situación que dificulta tener un marco muestral y una selección aleatoria, además una cultura diferente con resistencia de la población indígena a la interacción con el mestizo.

En este estudio se incluyeron niños menores de seis años, es decir, hasta de cinco años, 11 meses, 29 días de haber nacido y no se incluyeron niños que padezcan enfermedad grave que interfiera el crecimiento y se excluyen a niños que por alguna circunstancia no completaron la toma de las pruebas.

La recolección de los datos se realiza por un grupo de encuestadores entrenado y estandarizado previamente para la medición antropométrica y la toma de muestra de sangre capilar.

El peso corporal se obtuvo a través de una báscula de piso modelo Seca 872 con función madre/bebé, para los niños que no tienen la bipedestación o menores de dos años a partir de la técnica convencional, con la menor cantidad de ropa posible y sin zapatos conforme la cultura de las personas de la etnia lo permitieran.

Para la medición de la talla y/o estatura se utilizan estadímetros portátiles modelo Seca 214 e infantómetros modelo Seca 210 con técnicas convencionales para medir talla y estatura.

Los valores de peso y talla se comparan con índices de peso/edad, peso/talla y talla/edad de acuerdo con patrones de referencia de la OMS, para valorar estado nutricional general, agudo y crónico, respectivamente.

La anemia se valora a través del indicador hemoglobina tomando en cuenta la altitud sobre el nivel del mar con el patrón de referencia de la OMS mediante la toma de sangre capilar y el analizador portátil (Hemo Cue HB 201).

Los criterios para contrastar los resultados están de acuerdo con lo establecido por CDC-OMS de 1978, los cuales fueron utilizados en la Encuesta de Salud y Nutrición realizada en México (Ensanut 2006) y que se utilizaron en el primer corte de 2010 para comparar mismos indicadores con las medias estatales y nacionales y se utilizó también en el segundo corte de 2017 para poder comparar con resultados anteriores.

La captura y análisis de la información se realizó en el programa estadístico SPSS versión 23 para Windows (Statistical Product and Service Solutions). Mediante el mismo programa se diseña una base de captura y los análisis correspondientes a las variables de interés a través de porcentajes, frecuencias, y cuando fue pertinente la aplicación de pruebas estadísticas para variables categóricas se utilizó χ^2 .

Esta investigación se apega al reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, artículo 17, en el que este estudio se considera con riesgo mínimo. Para la recolección de datos se realiza un consentimiento informado verbal en idioma wixárika a través de un traductor (en el caso de las personas de la etnia, que no hablan el idioma español). Para el manejo de residuos peligrosos biológico-infecciosos (RPBI), la investigación se apega a la norma NOM-087-ECOL-SSA1-2002, que determina el cumplimiento de la legislación en materia de salud y medio ambiente.

Resultados

Prevalencia de estado nutricional

En desnutrición global (P/E) se encontró que en las tres comunidades aumentó el porcentaje de niños con un estado nutricional dentro de la normalidad; San Andrés transitó de 38.1 a 55.1%, presentando un aumento del 17% de 2010 a 2017; Santa Catarina 7% y San Sebastián 12.8% (cuadro 1). Respecto a la desnutrición de cualquier tipo, San Andrés es la comunidad que presenta una prevalencia más baja, tanto en 2010 como en 2017 con porcentajes de 58.7 y 42%, respectivamente; en San Sebastián se encontró que el 70% de los niños en 2010 presentaban la enfermedad y ésta disminuyó a 55% en 2017. Las prevalencias más altas las presentó Santa Catarina en ambos periodos con 72 y 73.9 % en orden cronológico (cuadro 2). En cuanto a la comunidad que tiene menor prevalencia de la enfermedad, se detectó en la primera etapa para Santa Catarina un OR de 1.8, IC95% (1.2, 2.5) y una $p < 0.05$ y en la segunda etapa un OR de 3.6, IC95%:(1.8, 8.7) y una $p < 0.05$; y en la comunidad de San Sebastián se obtuvieron los siguientes valores: un OR de 1.5, IC95% (1.0, 2.3) y $p < 0.05$ en 2010, y para 2017 OR 1.6, IC95% (0.7, 3.5) y el valor de $p > 0.05$.

Cuadro 1

	Normo peso %		Desnutrición leve %		Desnutrición moderada %		Desnutrición grave %		Sobrepeso y obesidad %	
	2010	2017	2010	2017	2010	2017	2010	2017	2010	2017
San Andrés	38.1	55.1	39.9	32.6	14.3	6.1	4.5	4.1	3.2	2.0
Santa Catarina	19	26.1	23.8	46.4	36.1	21.7	11.6	5.8	8.8	0
San Sebastián	30.5	43.3	47.6	40	15.8	10	6.1	5	0	1.7

Cuadro 2

	Niños con desnutrición		Niños sin desnutrición		Población en riesgo		Prevalencias de desnutrición global (P/E)	
	2010	2017	2010	2017	2010	2017	2010	2017
San Andrés	222	21	156	28	378	49	58.7%	42%
Santa Catarina	178	51	69	18	247	69	72%	73.9%
San Sebastián	111	33	49	27	160	60	70%	55%

En lo que respecta al crecimiento a partir del indicador talla para la edad (T/E) que diagnostica desmedro, los datos reflejan que la mayoría de los niños evaluados presentan desnutrición crónica (talla baja) en ambos periodos; se detecta un incremento importante de 14.6% en la comunidad de San Sebastián, como se observa en el cuadro 2. Los porcentajes encontrados de los niños de Santa Catarina que presentan la enfermedad juntando los indicadores talla baja y ligeramente baja, son de 80 y 78.2%, respectivamente, por etapas; en San Andrés el hallazgo fue de 72 y 74.4% y en San Sebastián se encontró que el 66 y 74.5% de los niños tenían la enfermedad en los diferentes periodos. Las prevalencias más altas las presentó Santa Catarina con un OR de 2.0, IC95% (1.2, 3.1) y un valor de $p < 0.05$ en 2010 y en 2017 presentó un OR de 1.2, IC95% (0.5, 2.9) y un valor de $p > 0.05$ respecto a las demás comunidades estos valores no fueron significativos.

Cuadro 3

	Normal %		Ligeramente baja %		Baja talla %		Talla alta y ligeramente alta %	
	2010	2017	2010	2017	2010	2017	2010	2017
San Andrés	24.1	20.4	28.8	20.4	43.3	55.2	3.7	2.0
Santa Catarina	13.6	17.4	25.2	18.8	53.6	59.4	6.2	4.3
San Sebastián	31.7	25	30.5	23.3	35.4	51.7	2.4	0

También se evaluó la emaciación o desnutrición aguda (P/T), en la cual se observa que más del 60% de los niños se encuentran en un estado nutricional normal en ambos cortes en las comunidades de San Andrés y

San Sebastián (cuadro 3). Destaca la comunidad de Santa Catarina, que incrementó los casos de estado nutricional normal en un 28%, es decir transitó de 51.7 a 79.7% de 2010 a 2017. En cuanto a la desnutrición de cualquier tipo (leve, moderada o severa), Santa Catarina presenta las cifras más elevadas en los dos periodos en relación con las demás comunidades con una prevalencia del 38%, un OR de 4.4, IC95% de (2.9, 6.6) y un valor de $p < 0.05$ en 2010 y un 18% de prevalencia, con un OR de 4.3, IC95% (1.1, 16.0) y una $p < 0.05$ en 2017. Es importante hacer hincapié en que las comunidades de San Sebastián y Santa Catarina han disminuido las prevalencias de desnutrición aguda de forma significativa y San Andrés se ha mantenido sin un aumento importante, como se observa en el cuadro 5. Referente a la categoría de sobrepeso y obesidad, los mayores porcentajes los presenta la comunidad de San Andrés, donde es importante señalar que aumentó en un 12% la prevalencia de 2010 a 2017, esto se puede observar con más detalle en el siguiente cuadro.

Cuadro 4

	Normalidad %		Desnutrición leve %		Desnutrición Moderada %		Desnutrición severa %		Sobrepeso y obesidad %	
	2010	2017	2010	2017	2010	2017	2010	2017	2010	2017
San Andrés	79.8	67.4	9	8.2	2.1	4.1	1.1	0	8	20.0
Santa Catarina	51.7	79.7	26.6	10.1	9.5	7.2	0.7	1.4	9.5	1.4
San Sebastián	64.6	78.3	26.9	6.7	2.4	0	2.4	0	3.7	8.3

Cuadro 5

	Niños con desnutrición (leve, moderada, severa)		Población en riesgo		Prevalencias de desnutrición aguda (P/T)	
	2010	2017	2010	2017	2010	2017
San Andrés	46	6	49	378	12	12.2
Santa Catarina	94	13	69	247	38	18.8
San Sebastián	51	4	60	160	31	6.6

Prevalencias de anemia

Del total de niños estudiados en el año 2010, San Andrés Cohamiata presenta la prevalencia más baja de anemia, que fue de 51.8%, San Sebastián muestra un porcentaje de 67.1% con un OR de 1.8, un IC95% de (1.2, 2.7) y un valor de $p < 0.05$. Por otra parte, Santa Catarina es la comunidad que presenta la prevalencia más alta de las tres comunidades con 70.1%, un OR de 2.2, un IC95% de (1.5, 3.1) y un valor de $p < 0.05$.

Por otra parte, en la evaluación realizada en 2017 fue la comunidad de Santa Catarina quien presentó la prevalencia más baja del 59% de los niños estudiados y que respecto a la evaluación de hemoglobina de 2010 disminuyó en 10.7%. En lo que respecta a la comunidad de San Andrés, que fue la más alta de las tres comunidades, aumentó la prevalencia de anemia a un 75.5% con un OR de 2.1, un IC95% de (0.9, 4.7) y un valor de $p > 0.05$. San Sebastián presenta una prevalencia de 75%, con un OR de 2.0, un IC95% de (0.9, 4.3) y un valor de $p > 0.05$.

Cuadro 6

	2010		2017	
	Sí anemia %	No anemia %	Sí anemia %	No anemia %
San Andrés	51.8	48.2	75.5	24.5
Santa Catarina	70.1	29.9	59.4	40.6
San Sebastián	67.1	32.9	75	25

Discusión

Al comparar las cifras de la Ensanut con los resultados obtenidos en esta investigación en relación con el bajo peso, se observa que mientras las cifras nacionales expresan un 2.8% del problema (Ensanut, 2012); las prevalencias en zona indígena indican que en ambos periodos (2010 y 2017) la desnutrición es un problema de salud pública grave, pues supera a la mitad de la población en riesgo en las comunidades wixaritari. Aunque en algunas comunidades como San Andrés y San Sebastián han disminuido las prevalencias, la desnutrición permea a la mitad de la

población. Por otra parte, se observa que en Santa Catarina la desnutrición por bajo peso no ha cambiado en siete años y que supera de manera importante los porcentajes nacionales.

En cuanto a la baja talla o desmedro, la Ensanut muestra que el 13.6% de menores de cinco años presenta la enfermedad a nivel nacional, pero que esta prevalencia aumenta en la zona sur del país a 19.2% (Ensanut, 2012).

Contrastando los resultados de la Encuesta Nacional con los obtenidos en esta investigación, se muestra que en poblaciones indígenas de Jalisco se triplica el problema respecto a las cifras nacionales de la Ensanut y que no hay cambios significativos de 2010 a 2017.

El problema de la desnutrición en los niños menores de cinco años se encuentra estrechamente relacionada con la condición de pobreza en la que viven y el riesgo de que los niños presenten desmedro es tres veces mayor que en los hogares de más altos ingresos. Esto habla de las serias restricciones que enfrentan los hogares pobres para adquirir los alimentos necesarios para satisfacer sus necesidades nutricionales básicas (Hernández, 2003). Las prevalencias altas que presenta la etnia wixárika respecto a la desnutrición crónica son indicador de la pobreza y el rezago en que viven y han vivido por décadas. A pesar de los programas implementados en estas comunidades por el sistema de salud, no se ha logrado revertir el problema de pobreza, malnutrición y salud.

Respecto al problema de la emaciación o desnutrición aguda, la Ensanut describe que sólo el 1.6% de la población nacional la padece y que éste no es un problema de salud pública (Ensanut, 2012).

Al comparar los resultados de la investigación con las cifras nacionales, se observa que el problema de la emaciación, aunque es mayor en zona indígena y se quintuplica en la comunidad con menor prevalencia (San Sebastián) respecto a los datos mostrados por Ensanut ha disminuido de forma importante la desnutrición aguda en siete años.

También se evaluó la anemia en niños menores de cinco años y al comparar los datos con la Ensanut 2012, los resultados indican que la zona indígena de Jalisco supera por el doble las prevalencias nacionales de 25.2% (Ensanut, 2012). Las poblaciones indígenas en México son las que más padecen anemia nutrimental como problema de salud pública, debido

a que su dieta diaria es de vegetales, los cuales carecen de hierro de alto valor biológico, es decir, no hay un consumo de alimentos de origen animal porque es costoso y poco accesible en su comunidad (García, 2010).

Referencias bibliográficas

- Adela, M., Solano, L., Concepción, M., y Pabón, M. (2007). Estado nutricional de hierro y parasitosis intestinal en niños de Valencia, estado Carabobo, Venezuela. *Anales Venezolanos de Nutrición*, 20(1): 5-11.
- Alcaraz, G., Bernal, C., y Aristizábal, M. (2006). *Anemia y anemia por déficit de hierro en niños menores de cinco años y su relación con el consumo de hierro en la alimentación*. Turbo, Antioquia, Colombia.
- Azcorra, H., y Vázquez, Adriana. (2016). Crecimiento y estado nutricional en escolares de tres comunidades de Yucatán, México. *Archivo Latinoamericano de Nutrición*, 66(2): 138-145.
- Bolaños, M., Flórez, O., y Bermúdez, A. (2014). Estado nutricional del hierro en niños de comunidades indígenas de Cali, Colombia. *Rev Méd. Risaralda.*, 20(2): 101-106.
- Buitrón, D., Hurtig, A., y San Sebastian, M. (2004). Estado nutricional en niños naporunas menores de cinco años en la Amazonía ecuatoriana. *Rev. Panam Salud Pública*, 15(3): 151-158.
- Calis, J., y Phiri, K. (2008). Severe Anemia in Malawian Children. *Rev. N Engl Med.*, núm. 358, pp. 888-899.
- Cardona, J. A., Rivera, Y., y Carmona, J. (2014). Salud indígena en el siglo XXI: Parásitos intestinales, desnutrición, anemia y condiciones de vida en niños de resguardo indígena: Cañamomo-Lomapieta, cladascolombia. *Rev. Avenferm.*, 32(2): 235-244.
- Castañeda, R. E., Molina, N., y Hernández, J. (2002). Estado nutricional de escolares en una población en el estado de Hidalgo, México. *Revista de Endocrinología y Nutrición*, 10(4):201-205.
- Díaz, A., Arana, A., y Vargas, R. (2015). Situación de salud y nutrición de niños indígenas y niños no indígenas de la Amazonia peruana. *Pan American Journal of Public Health*, 38(1): 49-56.
- Echague, G., Sosa, L., Díaz, V., Funes, P., y Ruiz, I. (2013). Anemia en niños indígenas y no indígenas menores de 5 años de comunidades rurales del Departamento de Caazapá. *Pediatr.*, 40(1): 19-28.
- Echague, G., Sosa, L., Díaz, V., y Funes, P. (2013). Anemia en niños indígenas y no indígenas menores de 5 años de edad de comunidades rurales del Departamento de Caazapa. *Rev. Pediatr.*, 40(N1): 19-28.

- Flores, J., Calderón, J., y Rojas, B. (2015). Desnutrición crónica y anemia en niños menores de 5 años de hogares indígenas del Perú: Análisis de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2015. *Rev An Fac Med.*, 76(2): 135-40. [dx.doi.org/10.15381/anales.v76i2.11139](https://doi.org/10.15381/anales.v76i2.11139).
- García, V., Crocker, R., y Vázquez, J. (2015). Impacto de los programas del Organismo de Nutrición Infantil en la prevalencia de anemias en niños de la etnia wixárika en México. *Rev Española de Nutrición Comunitaria*, 21(1): 11-14.
- Instituto Nacional de Salud Pública. (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012: Resultados nacionales*. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Piña, M., Sánchez, L., y Álvarez, A. (2015). *Caries, IMC y estado nutricional en un grupo de niños de la región Triqui en el estado de Oaxaca*.
- Reyes, U., Reyes, D., López, G., Reyes, U., García, F., y Calleja, M. (2010). Valores de hemoglobina en el diagnóstico de anemia en niños, análisis comparativo de dos periodos. *Rev. Vol Clin Hosp Infant Edo Son*, 27(2): 113-118.
- Rivera, J. A., Monterrubio, E. A., y González, T. (2003). Estado nutricional de los niños indígenas menores de 5 años de edad en México: Resultados de una encuesta nacional probabilística. *Rev. Salud Pública de México*, 45(4): 1-11.
- Rivera, J. A., Sotres, D., y Pierre, J. (2014). Impact of the Mexican Program for Education, Health, and Nutrition (Progresa) on Rates of Growth and Anemia in Infants and Young Children. A Randomized Effectiveness Study. *JAMA*, 291(21), junio.
- Rodríguez, J., y Soto, M. (2016). Riesgo de anemia en niños menores de 5 años de una comunidad rural. *Rev. Tlamati Sabiduría*, 7(1): 446-449, septiembre.
- Rossi, E., Lazarte, S., y Leri, M. (2014). Prevalencia de anemia y deficiencia de hierro, ácido fólico y vitamina B12 en una comunidad Wichí del noroeste Argentino. *Rev Actualización en Nutrición*, 15(1): 10-17.
- Saraiva, B., Soares, M., Santos, L., Pereira, S., y Horta, P. (2014). Iron deficiency and anemia are associated with low retinol levels in children aged 1 to 5 years. *Journal of Pediatr.*, 90(6): 593-599.
- Vega, P., Álvarez, A., Bañuelos, Y., Reyes, B., y Hernández, M. (2015). Estilo de vida y estado de nutrición en niños escolares. *Rev. Enfermería Universitaria*, 12(4): 182-187.
- Velandia, S., y Hodgson, M. (2016). Evaluación nutricional en niños hospitalizados en un servicio de pediatría. *Rev Chil Pediatr.*, 87(5): 359-365.
- Villa Leyva, F. (2010). *Presencia de anemia en niños menores de 6 años en cuatro ciudades del estado de Chihuahua y su relación con el estado nutricional*.

Tesis de licenciatura. Ciudad Juárez, Chihuahua: Universidad Autónoma de Ciudad Juárez-Instituto de Ciencias Biomédicas-Departamento de Ciencias Básicas.

- Winocur, D., Ceriani, J. M., e Imach, E. (2004). Prevalencia de anemia ferropénica en niños preescolares y escolares con necesidades básicas insatisfechas. *Rev Medicina Buenos Aires Argentina*, 64(6): 481-486.
- Zamudio, A., Gasca, C., y Herrera, I. (2014). Alteraciones psicomotrices en niños de tres a seis años de edad, diagnóstico con desnutrición. *Rev. Especialistas en Ciencias de Salud*, 17(2): 81-85.

LA NUEVA EPIDEMIA EN PUEBLOS ORIGINARIOS: OBESIDAD, DIABETES E HIPERTENSIÓN

RENÉ CRISTÓBAL CROCKER SAGASTUME
JOSÉ LUIS VÁZQUEZ CASTELLANOS
AURORA HERNÁNDEZ HERRERA
VYLIL GEORGINA GARCÍA SERRANO
EMMANUEL ZÚÑIGA ROMERO
DIANA CASTRO GONZÁLEZ

Resumen

En este estudio se aborda la frecuencia de tres de las enfermedades crónicas degenerativas no transmisibles con mayor prevalencia en las sociedades de pueblos originarios en transición a la modernidad: la obesidad, la diabetes y la hipertensión.

Se aplica un diseño epidemiológico, transversal, comparativo, de muestreo segmentado por tamaño de comunidades en poblaciones elusivas y dispersas. Con base en los criterios de selección, se estudian 238 casos de 221 familias de las tres comunidades de la etnia wixárika. Para el análisis estadístico comparativo se usan pruebas para muestras no paramétricas y se toma una p significativa de < 0.05 . El análisis del riesgo relativo se calcula con tablas de OR.

Existe una diferencia significativa en la prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas entre las comunidades tradicionales y las comunidades en proceso de occidentalización. La comunidad de Santa Catarina es la más tradicional, por lo que presenta menores riesgos de padecer sobrepeso, obesidad y elevación en los niveles de glucosa.

La transición en salud en la que se encuentran estas poblaciones es de polarización epidemiológica, por ello se debe analizar desde una epidemiología crítica. En las poblaciones wixaritari se presentan procesos de cambio de las condiciones de salud, estos cam-

bios son determinados por grado de desarrollo social, económico y tecnológico, al ser incorporados rápidamente a los procesos de occidentalización.

Palabras clave: enfermedades crónico-degenerativas, diabetes, sobrepeso y obesidad, hipertensión, comunidades wixárika.

Introducción

En este estudio se aborda la frecuencia de tres de las enfermedades crónicas degenerativas no transmisibles con mayor prevalencia en las sociedades de pueblos originarios en transición a la modernidad en la región mesoamericana: la obesidad, la diabetes y la hipertensión. Se estudia la prevalencia de estas enfermedades y se comparan las comunidades tradicionales con las comunidades en proceso de occidentalización más cercanas a localidades mestizas, donde influyen aspectos socioculturales, clínico-epidemiológicos, nutrimentales y moleculares para el desarrollo de las enfermedades crónicas no transmisibles.

Los pueblos wixárika se encuentran ubicados en la Sierra Madre Occidental al norte del estado de Jalisco, parte de Nayarit y una pequeña porción de Durango y Zacatecas. De las cinco comunidades tradicionales wixaritari (huicholas) se estudian tres: Santa Catarina Cuexcomatitlán, San Andrés Cohamiata y San Sebastián Teponahuaxtlán (Villa, *La educación ambiental con el pueblo wixárika*, 1997). Santa Catarina Cuexcomatitlán es una comunidad wixárika caracterizada por ser una sociedad autónoma, que vive apartada de la urbanización, mantiene costumbres tradicionalistas y cerradas al mundo exterior. La comunidad de San Andrés Cohamiata situada en el municipio de Mezquitic en el estado de Jalisco y la comunidad de San Sebastián Teponahuaxtlán son comunidades con mayor vinculación a los procesos occidentales. San Andrés es una de las comunidades que cuenta con plantas de luz utilizadas principalmente para el alumbrado público, el agua potable se extrae de los pozos y la leña sigue siendo el principal combustible (Crocker Sagastume, 2010).

Los hábitos alimenticios y la dieta de los pueblos originarios han cambiado debido al abandono de sus dietas tradicionales y a la incor-

poración del consumo de alimentos industriales y de procesamiento inseguro, la llamada “dieta occidental”; esto, ligado al abandono de los sistemas de producción tradicionales, trae consigo una serie de problemas de salud, relacionados a la acumulación de tejido adiposo excesivo en el organismo, el incremento en la presión arterial, la elevación de los niveles de glucosa en sangre, el sobrepeso y la obesidad, estas son enfermedades que pueden encontrarse aisladas o como parte de un síndrome (Rumrill, 2015; Rodríguez y Sáez, 2008). En conjunto, estos problemas son identificados por los autores como “síndrome de adiposidad”.

Las comunidades indígenas de América Latina también padecen de cambios de transición en los modos de vida y el estado de salud. En los Pehuenches de Alto Biobío en Chile, la presencia de obesidad en la población es alta y la prevalencia de diabetes mellitus tipo II es de 2.14% en hombres y 1.41% en mujeres, esto se asocia a los estilos de vida, bajo porcentaje de sedentarismo y la alimentación ancestral que aún mantienen, situación que podría cambiar dada la occidentalización natural que sufren las poblaciones rurales (Navarrete y Cartes-Velázquez, 2012).

En Perú se realizó un estudio en personas con edad promedio de 47.4 años con el objetivo de determinar la prevalencia de hipertensión arterial y obesidad en cinco comunidades asháninkas de la región Junín en la selva con limitado contacto con la cultura occidental. La prevalencia de hipertensión fue de 14.5% y de obesidad según índice de masa corporal 4%. No hubo diferencias en niveles de presión arterial por grupos de edad. Sin embargo, la prevalencia de obesidad fue baja. Estos hallazgos constituyen un llamado para no desatender la situación de las enfermedades crónicas no transmisibles en las poblaciones indígenas de la Amazonía de Perú (Romero y Zavaleta, 2014).

La comunidad de Emberá-Chamí de Colombia, en adultos de un resguardo indígena presenta una prevalencia de hipertensión arterial de 33.8% y diabetes de 8.6%. Se realizó un estudio con el objetivo de evaluar la asociación de factores de riesgo cardiovascular con la prevalencia de hipertensión arterial, con edad igual o superior a 18 años. Se hallaron diferencias significativas de la presencia de hipertensión arterial con dislipidemia, obesidad central y ocupación. La presión arterial sistólica fue estadísticamente diferente según la actividad física, el grupo etario

y la obesidad. Se concluye que es necesario la realización de acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad con el fin de disminuir la morbilidad en comunidades indígenas (Cardona y Llanes, 2013).

En Venezuela, en un pueblo llamado Pokemon Kamarakoto, se hizo una sistematización de una experiencia dialógica intercultural acerca de la amenaza que representan las enfermedades crónicas en contextos vulnerables y la construcción colectiva de un criterio útil para la prevención de la diabetes mellitus, donde se encontró que dicho padecimiento se manifiesta en un abanico de 10 aspectos o factores inmanentes y en una relación que advierte la necesidad de prevenir para evitar una situación crítica en un futuro próximo: el incremento de casos de diabetes, la falta de vigilancia epidemiológica, la coexistencia de dos racionalidades médicas, la falta de interculturalidad en la medicina hegemónica, la falta de prevención, el factor genético, el tipo de diabetes mellitus presente, la baja actividad física, el factor alimentario y el cambio cultural (Bautista, 2014).

A nivel nacional también se observa estos cambios en la prevalencia de enfermedades crónicas. En los indígenas otomíes de Querétaro se observa que la prevalencia de enfermedades crónico degenerativas y los factores de riesgo para la diabetes mellitus (DM) e hiperlipidemias en personas aparentemente sanas, es de 4.4%, el IG, los triglicéridos y la presencia de hipertensión arterial aumentan con la edad (Alvarado-Osuna, 2001). En Huautla, Oaxaca, con el fin de estimar la prevalencia de diabetes en una comunidad indígena mazateca y los factores de riesgo relacionados se realizó un estudio transversal donde observa una prevalencia de diabetes de 2.01%. La prevalencia se incrementó con la edad; la prevalencia fue un poco mayor en las mujeres (2.2%) que en los hombres (1.6%). Se observó una relación con la obesidad, la distribución de la grasa corporal, los antecedentes familiares y la hipertensión arterial (Castro y Escobedo).

En San Cristóbal de las Casas, Chiapas, en la comunidad maya de Tenejapa y Chamula la situación de un número considerable de diabéticos y sus familiares sin antecedentes previos de diabetes se vincula a un intenso consumo de refresco previo a la aparición de la sintomatología para la génesis y agravamiento de la obesidad y la diabetes (Page-Pliego,

2013). En Yucatán, México, se realizó un estudio en la población rural maya donde se analizan los factores de carácter sociodemográfico y cultural y su relación con el desbalance nutricional en esta población. La combinación de cultura indígena en Yucatán y la modernidad originó nuevos estilos de vida provocando un impacto negativo en la condición nutricia de sus habitantes. Entre los problemas de salud más importantes está el sobrepeso y obesidad. Se encontró que la incidencia de sobrepeso y obesidad es alta en todas las regiones del estado de Yucatán. Sin embargo, se observa que la región con menor índice de sobrepeso y obesidad es la región oriente la cual es la más alejada de la ciudad de Mérida, donde se concentra un alto porcentaje de la población total (Asián y Cervera, 2017).

En 2012 se realizó un estudio que tuvo como objetivo determinar la frecuencia de sobrepeso y obesidad en indígenas nahuas de Ixtaczoquitlán, Veracruz, México. Se trató de un estudio transversal entre los años 2010-2011, donde se calculó el índice de masa corporal (IMC). Según los lineamientos de la OMS, la proporción de nahuas con sobrepeso fue de 41%, y de obesidad 36.5%; y según la NOM fue de 11.4 y 69.2%, respectivamente. En conclusión, la frecuencia de sobrepeso y obesidad en indígenas nahuas es alta y se deben realizar estudios enfocados en determinar la prevalencia y factores de riesgo, y con ello desarrollar estrategias de prevención que mejoren la calidad de salud de estas poblaciones (Herrera-Huerta y García-Montalvo, 2012).

En un estudio donde se pretende evaluar el posible impacto del medio ambiente en las prevalencias de obesidad y diabetes mellitus se recopilaron datos sobre miembros de una población de ascendencia pima que viven en una ubicación remota montañosa en el noroeste de México, con un estilo de vida que contrasta notablemente con eso en Arizona con los pima que viven ahí. Las mediciones de peso, talla, grasa corporal (bioimpedancia), presión arterial, niveles plasmáticos de glucosa, colesterol y HbA1c. Esta investigación preliminar muestra que la obesidad y la diabetes, son menos frecuente entre las personas de herencia pima que viven un estilo de vida “tradicional” que entre las pimas que viven en un ambiente “próspero”. Estos hallazgos sugieren que, a pesar de una predisposición genética potencial similar a estas con-

diciones, un estilo de vida tradicional, caracterizado por una dieta que incluya menos grasa animal y carbohidratos más complejos y un mayor gasto de energía en el trabajo físico, puede proteger contra el desarrollo de factores de riesgo de enfermedad cardiovascular, obesidad y diabetes (Ravussin y Valencia, 1994).

Respecto a los datos nacionales, según la Ensanut mc 2016 la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad en zonas urbanas es de 72.5%; mientras que en zonas rurales es de 71.6%. En cuanto a la prevalencia de diabetes (9.4%), las mujeres reportan mayores valores (10.3%) que los hombres (8.4%); en zonas rurales es de 9.5% en mujeres y 8.9% en hombres. La prevalencia de hipertensión es de 25.5%; se presenta ligeramente más en mujeres (26.1%) que en hombres (24.9%). El grupo de edad menos afectado es el de 20 a 29 años, mientras que la prevalencia más alta está en el grupo de 70 a 79 años. No hubo diferencia significativa en la presencia de hipertensión entre regiones de la República Mexicana o por tipo de localidad (zona rural o urbana) (Instituto Nacional de Salud Pública, 2016).

Desde el paradigma convencional de la salud pública, para analizar los cambios en la prevalencia de la problemática que se analiza se utiliza el concepto de transición epidemiológica, que está referido al cambio socioeconómico, político, cultural, epidemiológico que experimentan las comunidades. La salud de las poblaciones comprende dos dimensiones: las condiciones de salud y la respuesta que se da a dichas condiciones; ambas categorías corresponden a una transición epidemiológica y a una transición de la atención sanitaria, respectivamente. La transición epidemiológica se define, como “el proceso de cambio a largo plazo de las condiciones de salud de una sociedad, constituido por variaciones en los patrones de enfermedad, discapacidad y muerte”. Por su parte, la transición de la atención sanitaria se define como la transformación que experimentan los patrones de la respuesta social organizada, a las condiciones de salud. Dichos cambios están determinados en cada región por su grado de desarrollo social, económico y tecnológico, y deberían dar respuesta a la transición epidemiológica. La transición en salud propone un peculiar estado de polarización epidemiológica, no sólo entre los países, sino entre

diferentes áreas geográficas y entre las clases sociales de un mismo país, estado al que denomina modelo prolongado polarizado (Gómez, 2001).

La epidemiología crítica latinoamericana trabaja en el análisis del paradigma de riesgo, estudia el surgimiento y transformación de la categoría riesgo y su relación con las prácticas médico-sanitarias. La teoría de riesgos reconoce los riesgos colectivos, comunitarios, como una entidad con vida propia, desprovista de una explicación e interpretación integral. La epidemiología crítica, usa sus herramientas práctico-conceptuales para la lucha contra la inequidad, se usa para el “empoderamiento” (*empowerment*) de la subjetividad de los explotados, de los planes, formas organizativas y culturales (Breilh, 2003).

Esto no es un espacio de diálogo intercultural, sino el lugar desde el cual se ha lanzado una intensa ofensiva contra las culturas dominadas por parte de la cultura dominante, en el último medio siglo. Esto se topa con las inercias que genera el contexto de dominación colonial en la que viven los pueblos originarios. La lógica del colonialismo entra en las mentes comunales, lo que genera visiones confusas, esto hace que se pierda el rumbo incluso en las intenciones de liberación y resistencia. El pilar de los pueblos originarios ha sido roto, y esto genera a su vez la migración y organización etnopolítica (Maldonado Alvarado, 2010).

Este estudio tiene como propósito analizar la prevalencia de las enfermedades crónico-degenerativas no transmisibles en la población wixárika para desarrollar una propuesta de comunicación y educación intercultural participativa en la cual, los mismos miembros de las comunidades sean los encargados de prevenir, detectar y tratar estos males, con asesoría y apoyo personal de la salud expertos en el campo. La educación comunitaria tiene como objetivo lograr una atención de calidad a los estudiantes que son miembros de los pueblos originarios, esto con el fin de que puedan obtener una formación sólida y amplia, teniendo la base en su identidad (Maldonado Alvarado, 2010).

Sujetos y metodología

En la investigación se aplica un diseño epidemiológico, transversal, comparativo. Debido a que es una población elusiva y dispersa, no existen datos confiables en el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) ni en las instituciones de salud de la Región Sanitaria I, que permitan realizar un cálculo muestral aleatorizado, por lo que se aplica un muestreo segmentado, donde se seleccionan tres localidades por cada una de las tres grandes comunidades que forman parte del pueblo wixárika que habitan la región norte del estado de Jalisco: San Sebastián Teponahuaxtla, Santa Catarina Cuexcomatitlán y San Andrés Cohamiata, con base en los criterios siguientes: localidades grandes, que tienen un mayor acceso a servicios y comunicación terrestre; localidades medianas y pequeñas, que tienen dificultades de acceso terrestre y menos servicios. En cada localidad se estudia entre el 30 a 50% de las familias, seleccionadas al azar.

Con base en los criterios de selección, se estudian 238 casos de 221 familias de las tres comunidades de la etnia wixárika. Se seleccionan a los miembros mayores de 30 años de esta población, 71% son mujeres ($n = 169$) y 29% hombres ($n = 69$).

De cada comunidad se selecciona una localidad grande (Pueblo Nuevo, El Celoso, Tatei Kie y Mesa del Tirador) una mediana (Tuapurie, Bajío del Tule y San José del Tesorero) y una pequeña (Soconita, Colonia Rivera y Cohamiata), 120 familias son seleccionadas de localidades grandes, 66 de localidades medianas y 35 de localidades pequeñas, donde se estudian 104, 69 y 65 casos, respectivamente.

Para la recolección de datos se aplica una encuesta estructurada, que es piloteada previamente en la población de estudio y estandarizada por el equipo de encuestadores; incluye datos para analizar las siguientes variables: sexo, edad, peso, talla, presión arterial y glucosa en ayunas.

En la aplicación del instrumento en las familias participan promotores de salud interculturales, quienes apoyan en la negociación de puerta de entrada comunitaria y familiar, así como en la traducción para la toma de datos individuales.

La recolección de datos antropométricos se realiza utilizando básculas y estadímetros marca Seca®. La toma de presión arterial se hace con esfigmomanómetros marca Microlife® y para la toma de glucosa se utilizan glucómetros marca One Touch UltraSoft®. La tabulación de datos antropométricos, presión arterial y glucosa en sangre se realiza con base en los criterios de la OMS y las normas oficiales mexicanas (NOM) (Secretaría de Salud, 2010, 2000, 2009).

Para el análisis estadístico comparativo se usan pruebas para muestras no paramétricas y se toma una p significativa de < 0.05 . El análisis del riesgo relativo se calcula con tablas de OR.

La toma de datos y muestras cuentan con la aprobación de las autoridades comunales y los Maracame de cada una de las localidades visitadas. El estudio no presenta en ningún momento algún riesgo a la salud y se basa en los lineamientos éticos de la declaración de Helsinki y en el artículo 100 de la Ley General de Salud en tema de investigación (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2018).

Resultados

Se analiza la prevalencia de sobrepeso y obesidad en los mayores de 30 años de la etnia wixárika con un total de 49% (N = 225) de las comunidades analizadas. Las mujeres son las que presentan mayor presencia de sobrepeso y obesidad con un 51%, mientras que los hombres presentan un 44%. Respecto a la presencia de elevación en los niveles de glucosa capilar, se identifica que existe un 36% (N = 94) de los casos, 32% de los hombres presentan elevación en los niveles de glucosa capilar y las mujeres presentan mayor prevalencia con 38%. La prevalencia en la elevación en la presión arterial en la población wixárika analizada es del 16% (N = 210). El 25% de los hombres presentan elevación en la presión arterial mayor que la prevalencia en mujeres, en un 13% (cuadro 1).

En el análisis comparativo entre las localidades analizadas se identifica que San Sebastián (N = 67) es la localidad que presenta mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población mayor a 30 años con 65%, San Andrés Cohamiata (N = 95) presenta 48% y Santa Catarina (N = 63)

un 33% $p < 0.05$. La prevalencia de elevación en los niveles de glucosa capilar es mayor en la localidad de San Andrés Cohamiata ($N = 46$) con 48%, en segundo lugar Santa Catarina ($N = 18$) con 45% y por último San Sebastián ($N = 30$) con 14% de la población analizada $p < 0.05$. La elevación en la presión arterial es mayor en la localidad de San Andrés Cohamiata ($N = 90$) con 28%, le sigue San Sebastián ($N = 62$) con 10% y por último Santa Catarina ($N = 59$) con 5% de la población $p < 0.05$.

Se realiza un análisis comparativo entre el tamaño de las localidades donde se observa que la prevalencia de sobrepeso y obesidad es mayor en la localidades grandes ($N = 115$) con 58%, las localidades medianas ($N = 70$) y las localidades pequeñas ($N = 40$) presentan 40% de prevalencia en ambos casos $p < 0.05$. La elevación en la glucosa capilar es menor en las localidades grandes ($N = 39$) con 25%, en las localidades medianas ($N = 31$) es de 42% y la mayor prevalencia se observa en las localidades pequeñas ($N = 24$) con un 46% $p > 0.05$. La presencia de elevación en la presión arterial se observa mayor en las localidades grandes ($N = 108$) con 23%, en las localidades medianas ($N = 69$) y en las localidades pequeñas ($N = 34$) es del 9%, en ambos casos $p < 0.05$.

Se hace un análisis de riesgo por tamaño de localidades en el cual se observa que no hay un riesgo relativo entre el tamaño de la localidad y la prevalencia de sobrepeso y obesidad $p > 0.05$; pero si hay un riesgo relativo en la prevalencia de elevación en los niveles de glucosa capilar, las localidades grandes son las que presentan mayor prevalencia (47.8%) respecto a las localidades medianas y pequeñas (25%) $p < 0.05$. La elevación en la presión arterial presenta un riesgo relativo en las localidades grandes (27.8%) en comparación con la prevalencia de las localidades medianas y pequeñas (7.5%) $p < 0.05$ (cuadro 2).

En el análisis de riesgos comparando la comunidad de Santa Catarina con las *comunidades en proceso de occidentalización* (San Sebastián y San Andrés Cohamiata) se observa que existe un riesgo relativo de presentar sobrepeso y obesidad en las *comunidades en proceso de occidentalización* (55.5%) $p < 0.05$. Las *comunidades en proceso de occidentalización* también tienen mayor riesgo de presentar elevación de la glucosa en sangre con 20.53% de prevalencia ($p < 0.05$) (cuadro 3).

Discusión

El sobrepeso y la obesidad en las comunidades wixaritari es menor que en otras comunidades indígenas del país como los nahuas, donde la prevalencia es de 77.5% (Herrera-Huerta y García-Montalvo, 2012). En el análisis por comunidad la prevalencia de sobrepeso y obesidad en la comunidad más tradicional (Santa Catarina) (33.3%). El pueblo wixárika tiene las tradiciones y rituales más presentes en la vida cotidiana, desde sus modelos de producción, hasta sus hábitos de alimentación basados en la producción del coamil (Rumrill, 2015), al perder éstos se puede observar un incremento en las enfermedades crónico-degenerativas.

La prevalencia de elevación de los niveles de glucosa en el pueblo wixárika con una prevalencia de 36%, es mayor que la encontrada en algunas comunidades indígenas de América Latina, como los pehuenches de Alto Biobío en Chile que presentan 2.14% de diabetes en hombres y 1.41% en mujeres (Navarrete y Cartes-Velázquez, 2012; Bautista, 2014) o en Colombia en la comunidad de emberá-chamí que presenta 8% de prevalencia (Cardona y Llanes, 2013). En las comunidades indígenas de México como los otomíes es del 4.4% (Alvarado-Osuna, 2001), en comunidad indígena mazatecas la prevalencia es de 2% de diabetes (Castro y Escobedo). En la población wixárika la elevación en la glucosa se incrementa hasta 36.2% y en las comunidades en proceso de occidentalización 20.53%, cifra significativamente mayor a la prevalencia de la comunidad tradicional con sólo el 5% de los casos estudiados.

El incremento en la prevalencia de sobrepeso, obesidad y diabetes mellitus en los pueblos indígenas está asociado a la elevación en el consumo de refrescos y a los cambios en los estilos de vida (Page-Pliego, 2013). Se observa que en las comunidades en proceso de occidentalización la prevalencia de las enfermedades crónico-degenerativas es mayor, ejemplo de esto son las poblaciones pima (Ravussin y Valencia, 1994) y lo encontrado en el estudio con las comunidades wixaritari. Como se observa en comunidades asháninkas en Perú, la prevalencia de sobrepeso y obesidad disminuye cuando más tradicional es la comunidad (Romero y Zavaleta, 2014), también se observa esto en las comunidades mayas de Yucatán donde las comunidades más alejadas de la ciudad de Mérida

presentan menor prevalencia de sobrepeso y obesidad (Asián y Cervera, 2017); de igual manera se observa en las comunidades wixaritari.

Estos datos no se ven reflejados en las encuestas nacionales de salud, donde la segmentación de las muestras no considera a las poblaciones indígenas en sus estilos de vida y tradiciones. En las poblaciones wixaritari se presentan procesos de cambio de las condiciones de salud, estos cambios son determinados por grado de desarrollo social, económico y tecnológico; al ser incorporados rápidamente a los procesos de occidentalización los modos de vida de las comunidades se ven afectados y ello se refleja en el incremento en la prevalencia de las enfermedades crónico-degenerativas (Gómez, 2001). En estas poblaciones se presenta a su vez una polarización epidemiológica entre las comunidades estudiadas, donde las comunidades tradicionales presentan menor riesgo de padecer enfermedades crónico-degenerativas.

Las condiciones para la vida se producen colectivamente y generan las relaciones sociales y de poder que determinan la distribución del sistema de bienes de los que depende la reproducción social. Es por eso que el conocimiento epidemiológico, para comprender los procesos generativos de la salud, tiene necesariamente que estudiar las relaciones socio-estructurales (Breilh, 2003; Bautista, 2014), por ello surge la necesidad de generar procesos de cuidado de la salud dirigidos por los miembros de las comunidades, para responder a sus propias necesidades.

Conclusiones

Existe una diferencia significativa en la prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas entre las comunidades tradicionales y las comunidades en proceso de occidentalización. La comunidad más tradicional, Santa Catarina, es la que presenta menor riesgos de padecer sobrepeso, obesidad y elevación en los niveles de glucosa. También existe una diferencia significativa en la prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas y el tamaño de las localidades, las comunidades grandes son las que presentan mayor riesgo de presentar elevación en los niveles de glicemia en sangre.

El tamaño de la localidad es un factor determinante para la presencia de enfermedades crónicas, ya que existe mayor acceso a los procesos de occidentalización y los cambios en los modos de vida de los wixaritari, como se ve en las comunidades más cercanas a las poblaciones mestizas, donde el riesgo de padecer estas enfermedades se ve incrementado.

Existe la necesidad de estudiar las relaciones socioestructurales y los procesos de cambios en los modos de vida de las comunidades desde una epidemiología crítica con enfoque intercultural, y así aportar al mejoramiento de la situación de las comunidades indígenas, es necesario desarrollar proyectos en educación participativa intercultural donde los miembros de las comunidades que forman el sistema de salud tradicional sean los encargados de la prevención, detección y tratamiento primario, con asesoría y apoyo personal a la salud del sistema de salud occidental.

Referencias bibliográficas

- Alvarado-Osuna, C. (2001). Prevalencia de diabetes mellitus e hiperlipidemias en indígenas otomíes. *Salud Pública de México*, 43(5): 459-463. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342001000500010&lng=es&tlng=es
- Asián, R., y Cervera, R. (2017). Sobrepeso y obesidad e comunidades indígenas mayas. Economía, cultura y género. *Revista de Estudios Regionales*, pp. 139-163.
- Bautista, F. (2014). Prevención intercultural de la diabetes tipo II en pueblo Pemon Kamarakoto. *Boletín Antropológico*, 32(87): 28-44.
- Breilh, J. (2003). *Epidemiología crítica: Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (2018). *Ley General de Salud: Última reforma publicada DOF 12-07-2018*. Estados Unidos Mexicanos: Cámara de Diputados.
- Cardona, J., y Llanes, O. (2013). Hipertensión arterial y sus factores de riesgo en indígenas embera chamí. *Rev. CES Med*, 27(1): 31-43.
- Castro, H., y Escobedo, J. (s/f). La prevalencia de la diabetes mellitus no dependiente de insulina y factores de riesgo asociados, en población mazateca del estado de Oaxaca, México. *Gac Méd Méx*, 133(6).
- Crocker Sagastume, R. (2010). *La costumbre y la soberanía alimentaria wixárika*. Guadalajara: Tono Continuo.

- Gómez, A. (2001a). La transición en epidemiología y salud pública. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, núm. 19, pp. 57-74.
- . (2001b). La transición en epidemiología y salud pública: ¿Explicación o condena? *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 19(2).
- Herrera-Huerta, E., y García-Montalvo, E. (2012). Sobrepeso y obesidad en indígenas nahuas de Ixtaczoquitlán, Veracruz, México. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 29(3): 345-349.
- Instituto Nacional de Salud Pública. (2016). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016*. México: INSP.
- Maldonado Alvarado, B. (2010). *Comunidad, comunalidad y colonialismo en Oaxaca, México: La nueva educación comunitaria y su contexto*. México, DF: Proefschrift.
- Navarrete, B., y Cartes-Velázquez, R. (2012). Prevalencia de diabetes tipo 2 y obesidad en comunidades pehuenches, Alto Biobío. *Revista Chilena de Nutrición*, 39(3): 7-10. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182012000300001>.
- Page-Pliego, J. (2013). Refresco y diabetes entre los mayas de Tenejapa, San Cristóbal de las Casas y Chamula, Chiapas. *LiminaR*, 11(1): 118-133. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-80272013000100009&lng=es&tlng=es
- Ravussin, E., y Valencia, M. (1994). Effects of a traditional lifestyle on obesity in Pima Indians. *Diabetes Care*, 17(9): 1067-1074.
- Rodríguez, F., y Sáez, G. (2008). Obesidad, hipertensión arterial y diabetes mellitus: ¿Puntos de partida o finales de un mismo problema? *Med Int Mex*, núm. 24, pp. 342-345.
- Romero, C., y Zavaleta, C. (2014). Hipertensión arterial y obesidad en indígenas asháninkas de la región Junín, Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*, 31(1): 78-83.
- Rumrill, R. (2015). *Sistemas alimentarios tradicionales de los pueblos indígenas de Abya Yala*. La Paz: Fondo Indígena.
- Secretaría de Salud. (2000). Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes. *Diario Oficial de la Federación*.
- . (2009). Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-2009, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control. *Diario Oficial de la Federación*.
- . (2010). Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2017, Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad. *Diario Oficial de la Federación*.
- Villa, M. (1997). La educación ambiental con el pueblo wixárika. *Sinéctica, Revista Electrónica de Educación*, núm. 10, pp. 1-7.

Anexo. Cuadros

Cuadro 1

Prevalencia de enfermedades crónicas degenerativas en población wixárika

Variable		n	Porcentaje	Total de la muestra (N)
IMC adultos	1 = Bajo peso	10	4.4%	225
	2 = Riesgo de bajo peso	13	5.8%	
	3 = Normal	91	40.4%	
	4 = Sobrepeso	77	34.2%	
	5 = Obesidad	34	15.1%	
Dx presión arterial	1 = Presión normal	176	83.8%	210
	2 = Presión alta	34	16.2%	
Dx glicemia capilar en ayunas	1 = Normal	60	63.8%	94
	2 = Prediabetes	20	21.3%	
	3 = Diabetes	14	14.9%	

Cuadro 2

Tablas de riesgo por tamaño de la localidad

	Sobrepeso y obesidad	Total	%	OR	IC 95%	X ²
Localidades grandes	46	92	50	0.89	0.52, 1.53	> 0.05
Localidades medianas y pequeñas	65	123	52.8	-	-	-
	Alteración en la glicemia	Total	%	OR	IC 95%	X ²
Localidades grandes	22	46	47.8	2.75	1.14, 6.58	< 0.05
Localidades medianas y pequeñas	12	48	25	-	-	-
	Elevación de la presión arterial	Total	%	OR	IC 95%	X ²
Localidades grandes	25	90	27.8%	4.74	2.09, 10.78	< 0.05
Localidades medianas y pequeñas	9	120	7.5%	-	-	-

Cuadro 3
Tablas de riesgo por comunidad

	Sobrepeso y obesidad	Total	%	OR	IC 95%	X²
Comunidades en proceso de occidentalización	90	62	55.5%	2.5	1.36, 4.59	< 0.05
Santa Catarina	21	63	33.3%	-	-	-
	Alteración en la glicemia	Total	%	OR	IC 95%	X²
Comunidades en proceso de occidentalización	31	151	20.5%	4.82	1.41, 16.44	< 0.05
Santa Catarina	3	59	5.08%	-	-	-
	Elevación en la presión arterial	Total	%	OR	IC 95%	X²
Comunidades en proceso de occidentalización	26	6	34.2%	0.65	0.22, 1.84	> 0.05
Santa Catarina	8	8	44.4%	-	-	-

PARTE II

LA SITUACIÓN CULTURAL: PERCEPCIONES DE LOS PROBLEMAS DE SALUD Y MALNUTRICIÓN EN EL PUEBLO WIXÁRIKA

COINCIDENCIAS Y CONTRADICCIONES EN LA PERCEPCIÓN DE LA ANEMIA ENTRE EL PERSONAL DE SALUD Y LA COMUNIDAD WIXÁRIKA DE MÉXICO

RENÉ CRISTÓBAL CROCKER-SAGASTUME
KAREN JACQUELINE REYNAGA-BERUMEN
VYLIL GEORGINA GARCÍA-SERRANO
JOSÉ LUIS VÁSQUEZ-CASTELLANOS
TERESA DE JESÚS PÉREZ-PATIÑO

Resumen

La anemia representa un problema de salud pública en México, en donde los grupos indígenas destacan como el principal grupo vulnerable. En la investigación se analizan las percepciones que tienen la población y el personal de salud respecto a la anemia en el grupo materno-infantil de la comunidad wixárika en el norte de Jalisco, México.

Se aplica un diseño cualitativo, donde se realizan entrevistas en profundidad a informantes clave de la comunidad y personal de la Secretaría de Salud.

Hay diferencias de percepciones entre las personas que padecen anemia, que la conceptualizan con una visión occidental, a partir de su relación con el personal de salud y los miembros de la comunidad que no la padecen, que la perciben con el nombre de “maxariate” o enfermedad del venado, vinculada a la ausencia del ritual a este animal sagrado. El personal de salud percibe a la anemia como un problema desde la visión occidental de la salud.

A partir de las contradicciones encontradas entre la comunidad y el personal de salud, se infiere que no se está aplicando el modelo de salud intercultural que propone la Secretaría de Salud de

México, situación que contribuye a no solucionar el problema de manera eficaz.

Palabras clave: percepción, anemia, indígenas, México.

Introducción

El estudio de las percepciones del personal de salud y de miembros de la comunidad indígena wixárika del norte del estado de Jalisco en México, forma parte de un proyecto de investigación en donde se analizan los factores asociados de la anemia en el grupo materno-infantil.

Actualmente la anemia nutricional representa un importante problema de salud pública en México, principalmente en niños menores de cinco años y mujeres en edad fértil, donde los grupos indígenas destacan como principal grupo vulnerable, debido a las condiciones de pobreza extrema e inseguridad alimentaria en las que viven y a la escasa comprensión cultural del problema por el personal de los servicios del sistema de salud del estado.

Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (Ensanut) la prevalencia de anemia en niños menores de cinco años es de 23.3% (Instituto Nacional de Salud Pública, 2012). De acuerdo con estudios realizados en la Universidad de Guadalajara (Crocker y cols., 2011; García-Serrano, Crocker y Vásquez-Castellanos, 2015), los niños menores de cinco años de la comunidad wixárika de Santa Catarina Cuexcomatlán, ubicada en el norte del estado de Jalisco en el municipio de Mezquitic, tienen una prevalencia de anemia de 70.1%. Esto significa que el porcentaje de niños con anemia en esta comunidad es tres veces mayor en comparación con los datos registrados a nivel nacional.

La prevalencia nacional de anemia en mujeres no embarazadas en la Ensanut 2012 fue de 11.6%, mientras que la prevalencia en las embarazadas es de 17.9%. En las mujeres en edad reproductiva, la anemia se asocia con mayor mortalidad materna y perinatal, prematuridad y recién nacidos con bajo peso al nacer y con aumento de la prevalencia de anemia en el primer año de vida.

Las secuelas de una anemia sin tratamiento en niños menores de cinco años pueden ser permanentes, entre ellas se encuentran la dis-

minución del desarrollo, capacidad cognitiva y psicomotriz, así como disminución del funcionamiento inmunológico.

En la revisión del estado del conocimiento no se encontraron estudios relacionados con las percepciones de la anemia en pueblos originarios, por lo que se revisan antecedentes relacionados con percepciones de anemia en poblaciones excluidas no indígenas de diversos países y de otros problemas de salud en pueblos indígenas en Latinoamérica para analizar sus percepciones de los padecimientos y de los servicios de salud en sus comunidades.

En Nicaragua (Ailinger, Moore, Pawloskiz y Zamora, 2009) se realizó una investigación con abordaje cualitativo, en donde se analizan los conceptos sobre anemia en 14 mujeres que viven en una comunidad altamente marginal. Los resultados encontrados de las percepciones sobre las causas de la anemia muestran que ésta se desarrolla por la pobreza, la falta de hierro y vitaminas en la dieta que son esenciales para proteger la sangre y por tomar café en lugar de jugo, pues retira las vitaminas. Estos conceptos de anemia son fundamentales en la retroalimentación para el equipo de enfermería que trabajan en los centros de salud de Nicaragua y son de utilidad para desarrollar intervenciones de enfermería ante un problema de salud pública.

En una investigación realizada en Brasil en municipios del estado de Bahía (Cordero, Ferreira y Cruz Santos, 2015) se estudiaron los significados atribuidos por hombres y mujeres sobre la anemia falciforme. El estudio concluye que las experiencias vividas por las personas que padecen la anemia falciforme aportan información para mejorar las acciones y estrategias de trabajo del personal de enfermería sobre la enfermedad.

Un estudio realizado en Buenos Aires, Argentina (Saidman, Raele, Basile y Barreto, 2012), se exploran en un grupo de mujeres en gestación, los conocimientos, mitos, tabúes y creencias sobre alimentación y nutrición con el propósito de diseñar un modelo de intervención que pueda transmitirles conocimientos pertinentes y oportunos a partir de necesidades reales. Los resultados mostraron evidencia sobre el desconocimiento de la ganancia de peso y sobre la anemia, además de diversos inconvenientes respecto a la suplementación de hierro.

En una investigación realizada por académicos de la Universidad Illinois (Fredanna y Drolet, 2012) en Sierra Leona para evaluar el conocimiento, las actitudes y los comportamientos sobre la anemia en mujeres embarazadas, se concluye que: para abordar de forma adecuada los conocimientos erróneos y la desinformación sobre la anemia, el sector de los servicios de salud necesita incorporar estrategias de promoción social con base en modelos teóricos socioecológicos que reflejen poblaciones diversas.

En Nigeria (Nkechi y Obianuju, 2016) se realizó un estudio en el cual se detectaban las percepciones y los conocimientos que tenían las mujeres embarazadas sobre la anemia, ya que ésta es un problema de salud pública que presenta incidencias mayores al 40% en la población. Los datos obtenidos mostraron que la gente tiene la concepción de que la anemia en el embarazo es común y que la calidad de la sangre depende de los estilos de vida; por otra parte, las madres expresaron que hay complicaciones y dificultad al acceso y a las intervenciones en los servicios focalizados en la atención natal, además de que la anemia se presenta en diferentes etapas del embarazo; los trabajadores de la salud confirmaron que la anemia no puede ser prevenida ya que es un signo típico del embarazo y que la mayoría de las mujeres son conscientes de que padecen la enfermedad. Se llega a la conclusión de que para disminuir y controlar el problema de la anemia se deben realizar estrategias de promoción de la salud a las mujeres y sus parejas, además de capacitar a los trabajadores de la salud.

En un estudio realizado en centros de salud de la ciudad de Buenos Aires, Argentina (Sammartino, 2010), relacionado con las representaciones sociales de la anemia que tienen los profesionales de la salud, madres de niños pequeños y mujeres embarazadas, se muestran contradicciones entre las representaciones sociales del personal de salud y las mujeres que padecen problemas de anemia, por lo que se detecta la importancia de otorgar herramientas a los equipos de salud, que propicien la comunicación y analicen las maneras en que se transmite la información que podrán potenciar a las madres respecto de la enfermedad y su tratamiento.

En un estudio realizado por el Ministerio de Salud de Perú acerca de las percepciones y factores de riesgo asociados a la tuberculosis en grupos indígenas (Ministerio de Salud de Perú, 2011) se encontró que gran parte de la comunidad aymara asocia la enfermedad a un ser sobrenatural de su costumbre llamado “sojo” o “gentil”. Además, concluyen que es fundamental que las instituciones de salud pública determinen las tasas de prevalencia de la enfermedad.

En un estudio con habitantes indígenas del sureste de Veracruz, México (Montero Mendoza, 2011), respecto a los servicios institucionales del primer nivel de atención médica, se señala como factores asociados a la atención de problemas de salud y que dificultan el uso de los servicios de salud y en ocasiones lleva a no acudir a ellos, los siguientes: acceso geográfico, desabastecimiento de medicamentos, los horarios establecidos y la falta de traductores de la lengua indígena. En las conclusiones se reflexiona acerca del actual modelo de atención médica en México y la importancia del primer nivel de atención médica como base del sistema de salud, pero no se menciona la importancia del diálogo social intercultural como problema que incide en la alta prevalencia de enfermedades de los pueblos originarios.

En el presente estudio, para el análisis teórico del problema de las percepciones sobre la anemia nutricional que tiene el personal de salud y los miembros de la comunidad indígena wixárika, se utilizan dos teorías: la teoría de las construcciones sociales de Berger y Luckman (1968) y la teoría de la interculturalidad crítica de Walsh (2008).

Desde la perspectiva de las construcciones sociales, la percepción de un problema de salud, como es el caso de la anemia, está permeada por una visión sociocultural de la enfermedad; el autor señala que:

[...] el acopio social de conocimiento establece diferenciaciones dentro de la realidad según los grados de familiaridad. Proporciona datos complejos y detallados con respecto a los sectores de vida cotidiana con los que se debe tratar frecuentemente y datos mucho más generales e imprecisos con respecto a sectores más alejados [...]

En cuanto a la construcción social de las madres en el primer año de vida, la mayor parte de autores coinciden que, alrededor del sexto mes

de vida, la dieta basada únicamente en la leche materna, que es el alimento principal utilizado por las madres de la etnia wixárika, deja de ser adecuada, haciéndose necesaria la inclusión de nuevos alimentos, proceso denominado como ablactación.

Debido a la transición de la dieta exclusiva en leche materna hacia la dieta omnívora, ocurre una segunda instancia de modificación de la percepción derivada del aprendizaje con respecto a la comida emanado de la exposición a nuevos alimentos. En esta etapa las experiencias derivadas de la textura y la palatabilidad de los alimentos adquieren una alta importancia complementaria (Chacón Villalobos, 2011). Este aprendizaje organoléptico es inducido por las costumbres alimentarias de ablactación de las comunidades.

En el caso de la etnia wixárika, los alimentos fundamentales de ablactación que constituyen las fuentes alimentarias de nutrimentos antianémicos, como el hierro, ácido fólico y vitamina B12, son las leguminosas como el frijol y los güajes; los vegetales de hojas verdes, como los quelites y ocasionalmente los huevos de gallinas criollas. La base de la producción de estos alimentos forma parte del sistema coamil, que es la producción en época de lluvia de maíz, frijol, calabaza y chiles con rituales de ofrecimiento a los dioses, como el venado, el peyote (cactácea alucinógena) y la “madre Tierra” (Crocker, 2010).

Desde el abordaje de la salud, tomando como referencia los conceptos de interculturalidad desde una perspectiva crítica, se parte de que la cultura en salud es una construcción social e histórica que responde al proyecto particular que cada pueblo y se traza como propio. La cultura es dinámica, en tanto que los valores que transmiten, crean, recrean, permanecen y se combinan en los encuentros desencuentros entre los distintos pueblos o etnias en sus construcciones culturales. El personal de salud que trabaja en las comunidades indígenas, pertenece a la etnia mestiza mesoamericana, que tiene una visión occidental del problema de anemia, mientras las comunidades han construido sus percepciones desde su cosmovisión relacionada con el ser humano y sus vínculos con la naturaleza.

Este contacto cultural es matizado con las estrategias que las culturas utilizan para mantener este juego de construcción-recreación: el préstamo, el mestizaje, la adaptación, etc. Por ello es inadmisibles que

determinada cultura se tome como referente universal y que otras culturas diferentes se subordinen a ésta. Sin embargo, las relaciones entre las culturas se han establecido, históricamente, a partir de este supuesto de superioridad, lo que ha conducido en diversos momentos y lugares —como es el caso de México— a la desaparición de las culturas de los grupos minoritarios con el afán de homogeneizar a la población de acuerdo con un concepto de salud occidentalizado.

De acuerdo con Crocker, García y Vásquez (*op. cit.*) los programas de salud pública destinados a erradicar el problema de la anemia, en la comunidad wixárika no han tenido el impacto planeado, por lo que el estudio de las percepciones del personal de salud y de la comunidad sobre la enfermedad, es un elemento clave para comprender los factores asociados a la anemia en la comunidad wixárika que permita el abordaje del problema de manera intercultural y holística.

Sujetos y metodología

Se aplica un diseño cualitativo sustentado en el paradigma Interpretativo; los datos empíricos se obtienen a través de realizar entrevistas en profundidad a los miembros de la comunidad y al personal que labora en los centros de salud en la Secretaría de Salud de Jalisco, seleccionados como informantes clave, con los siguientes criterios cualitativos: el personal de salud fue seleccionado de dos áreas del Programa de Salud del Pueblo Wixárika ubicadas en la comunidad de Santa Catarina Cuexcomatlán, que incluyen: médicos, enfermeras y nutriólogas; los miembros de la comunidad son promotores de salud y miembros de las familias de las comunidades pertenecientes a localidades ubicadas en Tuapurie. Las entrevistas se llevan a cabo en las comunidades de Santa Catarina Cuexcomatlán y San Sebastián Teponahuaxtla en la Sierra Wixárika. Se realizan ocho entrevistas a miembros de la comunidad, de quienes tres son promotores de casas de salud y cinco miembros de la comunidad; ocho entrevistas se realizaron al personal de los centros de salud, el médico de base, pasantes, la enfermera y nutrióloga comuni-

taria. La información obtenida se analiza mediante matrices de análisis cualitativo y con las teorías pertinentes.

El análisis se realiza a través de codificación de datos cualitativos utilizando un paquete computarizado de apoyo. La actividad se ejecuta en el Instituto Regional de Investigación en Salud Pública en el Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara.

Resultados

Algunos de los informantes entrevistados en la comunidad identifican a la anemia como una enfermedad, pero sólo las personas que padecen el problema la conceptualizan con una visión occidental, a partir de su relación con los médicos del Centro de Salud de la Secretaría de Salud. También identifican la causa del problema con el consumo de verduras, pero ignoran el nutrimento que favorece la no aparición de la anemia. Las personas que no tienen anemia ignoran la causa de la enfermedad.

Los informantes entrevistados en una de las localidades alejadas y que no tienen contacto con el Centro de Salud, asocian los signos y síntomas de la anemia y desnutrición infantil a una enfermedad espiritual de su tradición llamada “maxariate” o enfermedad del venado. Esta percepción es una construcción sociocultural desde la cosmovisión wixárika relacionada con “el costumbre” (*op. cit.*) de realizar un ritual de cacería para agradecer los “favores” que brindan los dioses en la producción de maíz. De tal manera que los niños de las familias que no realizan el ritual reciben el “castigo de los dioses” por no cumplir dicha costumbre. Los habitantes que no realizan el ritual del venado no producen la principal leguminosa en la dieta habitual del pueblo wixárika, que es el frijol.

Es decir, la población que identifica el concepto de anemia y lo asocia a un problema de salud, únicamente es aquella que ha tenido relación estrecha con la medicina occidental en el Centro de Salud, mientras que los miembros de la comunidad que desconocen esta problemática es porque están más alejados de este sector en su vida cotidiana y la interpretan desde su cosmovisión.

Es una enfermedad, que todavía lo tengo [...] me dijeron [en el Centro de Salud] que tenía una enfermedad que se llamaba así [...] por no comer bien, por el bajo surtido de frutas y verduras, que tienen mucho hierro, pero no sé, qué es eso que tienen las verduras para ayudar a curar la anemia [...]

La “enfermedad del venado” se percibe como una enfermedad espiritual, por lo que no tiene un tratamiento de los médicos del sistema de salud occidental, sino que únicamente se puede curar a través de “limpias” que realizan los sacerdotes-curanderos que forman parte del sistema de medicina tradicional de la comunidad, que en la cultura wixárika reciben el nombre de “marakame” o “marakate”, como lo menciona un informante clave de la comunidad, quien señala que: “*Un marakame hace una limpieza espiritual*”. Es un ritual que busca reincorporar a las familias a cultivar “coamil”, que es el centro de la cosmogonía wixárika, pero también el principal elemento de la alimentación cotidiana de este pueblo.

En relación con la anemia en las mujeres en edad fértil, pocos miembros de la comunidad identifican a las hemorragias como causa del problema. Algunos entrevistados asocian al postparto y a la exposición prolongada al sol, como la causa principal, teniendo como consecuencia la pérdida de fuerza y la debilidad, lo cual se puede interpretar como “señas” de anemia. Sin embargo, la mayor parte de ellos no asocian directamente a las hemorragias como causa de este padecimiento, como se muestra a continuación:

Al momento cuando dan a luz, algunos dicen que por el sol [...] llegan a enflacarse, se enferman mucho, no tienen la mayor fuerza y quedan débiles [...]

Es importante mencionar que entre los informantes clave de la comunidad se entrevistó a tres promotores de salud, pero sus percepciones sobre el problema de la anemia no son diferentes de los miembros de la comunidad, que no tienen cargos, tanto en el sistema de salud occidental como en el sistema de salud wixárika, por lo que se deduce que el sistema de salud occidental de las comunidades no ha trabajado la problemática de la anemia a través de un diálogo de saberes con sus propios promotores, tampoco con los miembros del sistema de salud tradicional.

Las comunidades cuentan con centros de salud ubicados en las localidades más grandes; en ellos se prestan servicios para cubrir las necesidades de salud de la población. Dicho personal de salud tiene una noción sobre la prevalencia del problema de anemia en la localidad, ya que se percibe como un problema importante; sin embargo, desconocen las cifras exactas de la prevalencia, ya que no cuentan con estudios de diagnóstico de la enfermedad, como lo narran en seguida:

Estudios no tenemos, pero llevo aquí muchos años y más o menos me doy una idea. Es problema serio y frecuente. [...]

Respecto a la frecuencia del problema de anemia por grupo etario y en coincidencia con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012, los grupos en riesgo de padecer anemia, por sus características fisiológicas, son los niños menores de cinco años y las mujeres embarazadas y en edad fértil. El personal de salud entrevistado en la comunidad identifica como grupos etarios con mayor prevalencia de anemia a los descritos anteriormente, mismos que son objeto de estudio en la presente investigación, cuando uno de los informantes clave del personal de salud señala que: “Las embarazadas y los menores de cinco años [son los que tienen mayor frecuencia de anemia]”.

En relación con la causalidad, el personal entrevistado de los centros de salud identifica diversas situaciones que tienen como consecuencia a la anemia; por ejemplo: enfermedades congénitas, hemorragias, medicamentos y enfermedades crónicas. Pero se percibe como factor de riesgo de mayor relevancia a la alimentación pobre, que se analiza, como poco variada y con deficiencia de nutrimentos. Al mismo tiempo, mencionan que la frecuencia se debe por falta de interés de los padres hacia el cuidado de la alimentación de sus hijos, para que sea adecuada a sus necesidades. A continuación se muestra lo narrado por un entrevistado:

La falta de alimentación variada, y la falta de interés por parte de los papás, realmente ha de ser por deficiencia de nutrimentos.

En lo que se refiere al diagnóstico de la anemia en el Centro de Salud, recientemente se hacen las detecciones con hemoglobímetro por

colorimetría; sin embargo, antes de que lo enviara la Secretaría de Salud, el diagnóstico se hacía a través de los signos y síntomas, y si existía sospecha de anemia, se enviaba a los pacientes a realizarse los análisis clínicos pertinentes a los hospitales cercanos, como son los de Fresnillo, Colotlán y Mezquitic. No obstante, un informante clave refirió que muchas veces los pacientes no iban a hacerse dichos estudios de laboratorio, por lo que no se puede dar un tratamiento ni seguimiento de la evolución de la enfermedad.

Se hace diagnóstico de salud [signos y síntomas], tenemos un hemoglobímetro, y bueno los hospitales que tienen laboratorio, pero no van a hacérselos [...]

Entre las medidas de prevención y tratamiento de la anemia que realiza el personal del Centro de Salud, los entrevistados mencionan que las principales acciones que se llevan a cabo son la entrega de suplementos de vitaminas y minerales mediante campañas de salud y vacunación por parte del programa gubernamental, así como, la complementación alimentaria de diversos alimentos. Además, se menciona a la asesoría y consejería nutricional como parte de las estrategias para erradicar el problema, como se muestra enseguida:

Los programas que les dan suplementos de vitaminas en las campañas de vacunación [...] y más aparte la consejería del nutriólogo.

El personal de salud identifica como principales consecuencias de una anemia no tratada, al deterioro en el crecimiento y desarrollo físico e intelectual, primordialmente cuando se trata de niños menores de cinco años, ya que se encuentran en una etapa importante de crecimiento y desarrollo, por lo que la menor deficiencia nutrimental puede dañar seriamente dichos procesos. Asimismo, una anemia en mujeres gestantes puede significar un embarazo de riesgo donde corren peligro tanto la madre como el producto. De ahí la importancia de tener un cuidado especial en estos dos grupos. Un entrevistado menciona como consecuencias de anemia lo siguiente: “Tienen diferentes alteraciones, como falta de crecimiento intelectual y desarrollo psicomotor”.

De manera generalizada, el personal de salud de las comunidades entrevistadas dice observar una falta de interés por parte de la población respecto a la anemia, así como un pobre conocimiento en el tema. Los médicos perciben que la gente no quiere informarse del problema, y que esto influye para que el problema siga creciendo y no se tenga ningún impacto en la problemática, como lo señala en seguida un entrevistado: “Hay muy poco interés, no saben ni qué es la anemia [...]”

Discusión de resultados

En los resultados del estudio se muestran las contradicciones que existen entre las percepciones de la anemia que tiene el personal que labora en la Secretaría de Salud y las que tienen los miembros de la comunidad wixárika en el norte de Jalisco, México, a través del rescate de diferentes relatos presentados, práctica sociocultural que muestra el escaso diálogo intercultural que existe sobre el problema, uno de los factores que contribuye a la alta prevalencia de anemia en los miembros del grupo materno-infantil en la comunidad.

Los resultados del presente estudio concuerdan con el estudio realizado en Perú, donde se observa que los grupos indígenas tienden a asociar enfermedades, de las cuales no conocen su explicación, con fenómenos mágico-religiosos de su costumbre y tradición y con los estudios relacionados con las percepciones de la anemia en grupos excluidos y el personal de salud en distintas regiones del planeta, las cuales son contradictorias y no contribuyen a la solución de las causas.

Existe coincidencia cuando hablamos de la causalidad de la anemia, identificada tanto por los miembros de la comunidad permeados con la visión occidental, como por el personal de salud, en donde se considera que el problema es consecuencia de una alimentación pobre y poco variada.

Sin embargo, existen contradicciones entre el personal de salud y los miembros de la comunidad con mayor marginación, que vive alejada de los centros de salud, quienes asocian la causa de la anemia o “maxariate” con el hecho de no haber realizado el ritual de “el venado” en la

producción de coamil, como un castigo de los dioses por abandonar “el costumbre” propio de su cosmovisión, mientras que el personal de salud habla de una falta de interés de la población en cuanto a la alimentación de sus hijos. Ambos supuestos se pueden interpretar desde la teoría del construccionismo social, reformulada para la práctica sociocultural por Kenneth Gergen (2007), donde señala que: “lo que consideramos conocimiento del mundo no es producto de la inducción o de la construcción de hipótesis generales, sino que está determinado por la cultura, la historia o el contexto social”.

Se puede interpretar que los miembros de la comunidad wixárika que identifican a la anemia como enfermedad, están influenciados por su contexto social en el cual tienen al alcance la información proporcionada por los médicos y enfermeras del Centro de Salud, es por ello que su visión de la enfermedad está transculturizada por la visión occidental del problema. Esta construcción social es contradictoria con la gente de la comunidad que aún percibe a la desnutrición y a la anemia como “*maxariate*” y que ha construido este conocimiento con base en la tradición propia de la cultura wixárika.

Por otra parte, cuando el personal de salud percibe poco interés de parte de las personas de la comunidad por el cuidado de la alimentación, están influenciados por la creencia socio-cultural occidental de que los indígenas carecen de preocupación por cuestiones de saneamiento y salud. Cuando en realidad, no es que estas cuestiones no les inquieten, sino que están acostumbrados a un modo de vida tradicional donde no priorizan lo que no perciben como necesidad o problema. Es importante recalcar lo que señala Aguirre-Beltrán (1994) respecto a esta situación: “No es posible obtener la participación activa de las comunidades indígenas en un programa de salud, si antes no se crean las motivaciones adecuadas para que la población sienta la urgencia de intervenir en el auxilio de sí misma”.

Entre las medidas de prevención y tratamiento de la anemia que realiza el personal del Centro de Salud, los entrevistados mencionan que las principales acciones que se llevan a cabo son la entrega de suplementos de vitaminas y minerales mediante campañas de salud y vacunación por parte de los programas gubernamentales, así como la complementación

alimentaria de diversos alimentos. Además se menciona a la asesoría y consejería nutricional como parte de las estrategias para erradicar el problema.

De lo anterior nace otra contradicción: la comunidad wixárika de Santa Catarina interpreta la anemia como “maxariate” y resuelve el problema con medicina tradicional, a través de las rituales realizados por el marakame para acercar a las familias que la padecen al sistema de producción de “coamil” para que produzcan maíz y frijol, elementos esenciales en la dieta tradicional y que les proporcionan alimentos para prevenir la desnutrición y la anemia; mientras que el personal de salud la trata únicamente con medicina occidental. De acuerdo con Holland (1992) en su trabajo *La medicina de transición*, no sólo interesaría la explicación, sino además la interpretación que la gente hace de la situación de salud-enfermedad, el significado. Es decir, el personal del Centro de Salud no sólo debe ser experto en la anemia desde la perspectiva occidental del problema, sino también en el *maxariate* y en el sistema de producción de coamil que les permita realizar un diálogo de saberes con la comunidad wixárika, si quiere brindar tratamiento al problema y realizar asesoría alimentaria para disminuir la prevalencia de esta enfermedad, desde una perspectiva intercultural.

Se puede inferir que al personal del Centro de Salud en la región de estudio le hace falta implementar el modelo de salud intercultural planteado por Programa de Medicina Intercultural de la Secretaría de Salud federal (Almaguer, Gracia y Vargas, 2017) que le permita abordar el problema con respeto a la cosmovisión del pueblo wixárika. Esto significa que tanto médicos como enfermeras y nutriólogos deben comprometerse y comprender la cultura, lo que implica respetar las creencias y prácticas mágico-religiosas sustentadas en la cosmovisión ancestral de este pueblo, y comprender la problemática de la anemia con una visión intercultural, esto con la finalidad de ayudar a los pueblos originarios a reinterpretar los nuevos elementos con sus patrones tradicionales, como paso previo para lograr el cambio deseado en la conducta alimentaria.

De acuerdo con la teoría crítica de la interculturalidad, se busca que los pueblos sean los transformadores socioculturales de su propia problemática de anemia, con asesoría y apoyo de los servicios occidentales

de salud, que no violenten los símbolos y las percepciones culturales de los pueblos originarios.

Producto de la investigación, se puede concluir que la relación intercultural de la ciencia occidental y las interpretaciones de los problemas de salud desde las construcciones culturales ancestrales, a través del diálogo de saberes, fortalecen la sensación de seguridad psicológica de las personas que padecen anemia y fortalecen la confianza de la comunidad wixárika en los servicios de salud occidentales y es un paso adelante en la inducción de conceptos racionales, lo que permitirá la solución del problema de la anemia a través de un diálogo de culturas: la indígena y la occidental.

Referencias bibliográficas

- Aguirre-Beltrán, G. (1994). *Programas de salud en la situación intercultural*. México: Universidad Veracruzana/Instituto Nacional Indigenista.
- Ailinger, R., Moore, J., Pawloskiz, L., y Zamora, L. (2009). Conceptos de anemia entre mujeres nicaragüenses de baja renta. *Rev Latino-am Enfermagem*, 17(2): 1-6.
- Almaguer, A., Gracia, H., y Vargas, V. (2017). Promoción de la salud con perspectiva intercultural. En: Secretaría de Salud de México, *Interculturalidad y promoción de la salud*. Consultado el 28 de julio de 2017 en www.dgplades.salud.gob.mx/interior/dmtdi_herramienta.html
- Berger, P., y Luckmann, P. (1968). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Chacón Villalobos, A. (2011). Percepción de alimentos en el primer lustro de vida: Aspectos innatos, causalidad y modificaciones derivadas de la experiencia alimentaria. *Revista Actualidades Investigativas en Educación*, 11(3), septiembre-diciembre, pp. 1-35.
- Cordero, R., Ferreira, S., y Cruz Santos, A. (2015). El proceso de enfermar de mujeres y hombres con anemia falciforme: Un estudio de Grounded Theory. *Rev Latino-am Enfermagem*, 23(6): 1113-1120.
- Crocker, R. (2010). *“El costumbre” y la soberanía alimentaria wixárika*. Guadalajara; Universidad de Guadalajara.
- Crocker, R., y cols. (2011). *Del asistencialismo a la autogestión alimentaria. Los programas del Organismo de Nutrición Infantil (ONI, A. C.)*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara.

- Fredanna, A., y Drolet, J. (2012). Assessment of Anemia Knowledge, Attitudes and Behaviors among Pregnant Women in Sierra Leone. *The Health Educator*, 44(2): 1-9.
- García-Serrano, V., Crocker-Sagastume, R., y Vásquez-Castellanos, L. (2015). Impacto de los programas del Organismo de Nutrición Infantil en la prevalencia de anemia en niños de la etnia wixárika de México. *Rev Esp Nutr Comunitaria*, 21(1): 11-14.
- Gergen, K. (2007). *Construccionismo social. Aportes para el debate y la práctica*. Colombia: Universidad de los Andes.
- Holland, W. (1992). La medicina de transición. En: Campos, R., *La antropología médica en México*. México: Universidad Autónoma Metropolitana.
- Instituto Nacional de Salud Pública. (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición*. México.
- Ministerio de Salud de Perú. (2011). *Estudio de factores de riesgo y percepción de la tuberculosis en comunidades indígenas aymaras*. Perú.
- Montero Mendoza, E. (2011). Percepción de los habitantes indígenas de áreas rurales respecto al primer nivel de atención médica. El caso del sureste de Veracruz, México. *Salud Colectiva*, 7(1), enero-abril, pp. 73-86.
- Nkechi, G., y Obianuju, U. (2016). Anemia is typical of pregnancies: Capturing community perception and management of anaemia in pregnancy in Anambra State, Nigeria. *Journal of Health, Population and Nutrition*, 35(29): 2-8.
- Saidman, N., Raele, M., Basile, M., y Barreto, L. (2012). Conocimientos, intereses y creencias sobre alimentación y nutrición en gestantes. *Diaeta B. Aires*, 30(139): 18-27.
- Sammartino, G. (2010). Cultural representations about anemia and supplement with iron. *Arch Argent Pediatr*, 108(5): 401-408.
- Walsh, C. (2008). Interculturalidad crítica, pedagogía decolonial. En: Villa, W., y Grueso, A. (Comp.), *Diversidad, interculturalidad y construcción de ciudad*. Bogotá: Universidad Pedagógica Nacional/Alcaldía Mayor.

CREENCIAS SOBRE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE LA ETNIA WIXÁRIKA DEL OCCIDENTE DE MÉXICO¹

VYLIL GARCÍA-SERRANO
RENÉ CROCKER-SAGASTUME
JAVIER GARCÍA DE ALBA

Resumen

Introducción: existen una serie de cambios en los modos de vida de los pueblos originarios causados por procesos de urbanización y occidentalización que han generado modificaciones en el perfil epidemiológico, que explican las enfermedades que antes no existían en la etnia, como es la diabetes. *Metodología:* se realizaron entrevistas en profundidad, las cuales a partir de la transcripción se codificaron con ayuda del programa Atlas-ti, posteriormente se formaron categorías para su interpretación y teorización. *Resultados:* se encontró que los wixaritari consideran a la diabetes como una enfermedad que es del mestizo y no propia de su cultura, porque este padecimiento llegó a sus comunidades con los procesos de modernización y la cultura occidental, por lo que sus curanderos (*marakames*) no la pueden curar, únicamente el médico mestizo la puede tratar. *Conclusión:* a partir de la incorporación del pueblo wixárika a los procesos globales se han modificado elementos culturales como las formas de producir alimentos, de comer y de realizar actividad física, y como consecuencia se presentan enfermedades que antes no existían en sus comunidades, como la diabetes. *Palabras clave:* creencias, diabetes, pueblos indígenas, globalización.

1 Trabajo publicado como artículo original con la siguiente cita: García-Serrano, V., Crocker, R., y García de Alba, J. (2017). Creencias sobre la diabetes mellitus tipo 2 de la etnia wixárika del occidente de México. *Revista Chilena de Antropología*, núm. 35, pp. 113-130. doi: 10.5354/0719-1472.2017.46151.

Introducción

En la actualidad los pueblos originarios de América presentan cambios en los modos de vida causados por procesos globales que han generado modificaciones en el perfil epidemiológico y sociocultural de las enfermedades que antes no existían en estos pueblos, como la diabetes, la obesidad y la hipertensión (Labrecque, 2013). Esta nueva situación epidemiológica genera creencias, contradicciones, confusiones y angustias en la comunidad y en los pacientes que no han sido abordados con enfoque cualitativo en estudios previos.

Las formas de respuesta del sistema de salud ante esta problemática están sustentadas en un modelo biomédico basado en estrategias de diagnóstico de riesgos, prevención, control y tratamiento, sin tomar en cuenta las creencias de la comunidad y los pacientes.

Al realizar el análisis histórico de la problemática de la diabetes tipo II en pueblos indígenas de Norteamérica, Gohdes en los años noventa refiere que la diabetes mellitus era una enfermedad extraña en tiempos de la conquista española hasta principios del siglo xx. Fue hasta 1940 que se presentaron los primeros casos de diabetes en comunidades indígenas de Norteamérica. Actualmente en comunidades pimas se presenta la diabetes en la mitad de la población mayor de los 35 años (Gohdes, 1993).

En México se han analizado las prevalencias de trastornos metabólicos en grupos indígenas y no se observaron casos de diabetes en las poblaciones tepehuana, huichol y mexicana que habitan el estado de Durango (Guerrero, 2008).

En el conocimiento prevalente sobre las creencias relacionadas con la diabetes predominan los estudios en poblaciones mestizas y de zonas urbanas, en donde son excluidas las poblaciones indígenas que representan un porcentaje importante y condiciones vulnerables para padecer enfermedades crónico-degenerativas.

En las comunidades de la etnia wixárika no existen estudios epidemiológicos y socioculturales publicados sobre el problema de la diabetes como un padecimiento emergente en estos pueblos de la región del occidente de México, por lo que la investigación aporta elementos para el análisis del problema.

En el presente estudio se integran diversas teorías que permiten abordar el problema desde el paradigma interpretativo. En el análisis de las creencias de la diabetes se integran las teorías estructuralistas de la reproducción social, vinculadas al análisis del papel del capitalismo global en la determinación de las creencias que tienen los pueblos originarios; las perspectivas culturalistas hegemónicas y contrahegemónicas de Gramsci y Boaventura Santos, y las teorías de la identidad étnica y la comunalidad de Giménez.

Las teorías estructuralistas de la reproducción social en un mundo global analizan el problema de las creencias sobre la diabetes como una estructura mental que se genera producto de los procesos de transculturación de los pueblos originarios en sociedades en transición (García, 2014; Niccolini, 1977; Van Dijk, 1999).

Las teorías de la hegemonía y la contrahegemonía analizan las creencias de la diabetes como una construcción cultural contradictoria, en donde por un lado el sistema de salud hegemónico genera una visión occidental y, por otro, las creencias acerca de la diabetes son construcciones de resistencia desde las costumbres y cosmovisión de la salud y la enfermedad en la vida cotidiana de los pueblos (Gramsci, 2001; Sousa Santos, 2003, 2006).

Las teorías de la identidad étnica y la comunalidad aportan elementos para reflexionar sobre cómo la diabetes tipo II expresa una ruptura con las construcciones identitarias y el sentido de comunidad (Rendón, 2003; Giménez, 2007).

El propósito de la investigación es aportar conocimiento científico de las creencias sobre el padecimiento relacionado con la diabetes que tienen los miembros de la comunidad wixárika, para generar evidencias que sustenten la búsqueda de soluciones a la problemática de salud-enfermedad de este pueblo, en donde se integre la cosmovisión con los saberes occidentales para elaborar una propuesta de medicina interétnica cultural.

Metodología

Para estudiar las creencias del problema de la diabetes tipo II en las comunidades wixaritari se aplica un diseño metodológico etnográfico en donde se aplican técnicas de entrevistas en profundidad y observación etnográfica participante.

La población de estudio está constituida por dos de las cinco comunidades de la etnia wixárika que habitan la Sierra Norte entre los estados de Jalisco y Nayarit en el occidente de México; Tuapurie es una comunidad tradicional con poca influencia del mundo occidental, y la otra, tateikie, padece procesos de transculturación.

Los sujetos de estudio son seleccionados a través de la técnica cualitativa de casos típicos, en donde se incluyen adultos que padecen la enfermedad, de ambos géneros e informantes clave de la comunidad que no padecen el problema de diabetes, que laboran en el sistema de salud local y líderes comunitarios que tienen una percepción del problema a escala comunitaria. El número de participantes se determinó con los criterios de saturación de la información. En total se entrevistan doce sujetos; de ellos nueve son diabéticos y tres son informantes clave no diabéticos, que autorizaron su participación en la investigación a través de un consentimiento informado verbal de acuerdo a los códigos éticos nacionales e internacionales relacionados con estudios en humanos.

En las entrevistas en profundidad participan traductores bilingües que pertenecen a la etnia y que dominan la lengua wixaritari y el idioma español. Las entrevistas se realizaron a partir de una guía en la que se abordan las unidades de análisis relacionadas con las creencias sobre: el padecimiento, las causas, la terapéutica y muerte.

El análisis de los datos se realiza a partir de la transcripción de las entrevistas, en las cuales se aplican los lineamientos de transcripción de registros grabados en campo. Posteriormente se codifican las transcripciones con ayuda del *software* Atlas-ti y se forman categorías a partir del número de códigos resultantes para su interpretación, teorización y la construcción de una red semántica. Para la discusión teórica del análisis del discurso se formaron cuatro categorías a partir de los 14 códigos que se detallan en el cuadro 1.

Resultados

Observación etnográfica sobre la vida cotidiana en la etnia wixárika

El día para la mujer wixárika empieza desde muy temprano: cinco, seis de la mañana; sus primeras actividades están relacionadas con la preparación del alimento, “las tortillas”, que es la base de su alimentación, aunque ésta se está sustituyendo poco a poco por los alimentos industrializados. Las señoras preparan su maíz “nixtamalizándolo”, luego lo muelen en el molino y por último lo pasan por el metate. Los niños ayudan a buscar leña para encender el fuego y la madre o hijas son las encargadas de prender la leña y poner el comal para hacer las tortillas. En la etnia se come dos veces al día. Las mujeres son quienes sirven el alimento y las últimas en comer, primero comen los hombres y hasta el final ellas. Una vez que el primer alimento del día se termina, las wixaritari se ponen a realizar actividades propias del hogar como desgranar, limpiar frijol, coser o hacer artesanía. Ellas son las encargadas de hacer aretes, collares, llaveros figuras que expresan elementos sagrados, morrales, cuadros a base de chaquira e hilo; desde niñas hasta ancianas, venden su trabajo artesanal dentro de la comunidad y el hombre generalmente es quien realiza la negociación externa para la venta de artesanía.

El hombre se encarga de hacer el coamil, que es la forma productiva milenaria en donde siembran maíz, frijol y calabaza en terrenos con pendientes pronunciadas, lo que evita la erosión y mantiene la nutrición de los suelos; en esta actividad la mujer también ayuda, para lo cual se tienen que desplazar grandes distancias para llegar a la tierra donde se siembra, ya que éstas, no están cerca de su casa. Del cuidado de los hijos y de la casa se encargan las mujeres, ellas también son las encargadas de hacer de forma manual la ropa que visten todos los miembros de la familia. Los jefes de familia son los responsables de los cargos públicos comunitarios y ceremoniales, además de asistir a las asambleas que se realizan en diferentes comunidades; por lo que muchas veces tienen que caminar días entre montañas y senderos para llegar a su destino, conjuntamente realizan el tequio, que es el trabajo comunitario como

arreglar los caminos y la construcción, pero si no hay actividades que realizar en el día, se quedan en casa a descansar y algunas veces a beber.

En la tarde-noche se observa cómo las familias prenden fogatas fuera de sus casas; niños, mujeres y hombres rodean el fuego (“abuelo fuego” o *tatewari*) para calentarse y convivir; muchas veces el jefe de familia toca el violín y cantan canciones en el idioma wixaritari. En conclusión, los rituales de la vida cotidiana tradicional están constituidos por la siembra, el trabajo doméstico para preparar el maíz y hacer la tortilla, prender el fuego y reunirse alrededor para la convivencia con el “abuelo fuego”. El maíz y el fuego son los elementos sagrados de la vida cotidiana del pueblo wixárika. Sin embargo, producto de la influencia occidental en las comunidades wixaritari, la vida cotidiana se está modificando en algunos aspectos: hay un número importante de familias que se dedican al comercio, emigran en búsqueda de nuevas oportunidades laborales o actúan como burócratas del Estado, principalmente como educadores. En ellas los hombres no producen coamil y abandonan sus rituales, las mujeres no realizan las actividades cotidianas de nixtamalizar el maíz, sino que utilizan “maseca” (harina de maíz industrializada); este grupo de familias se ha observado que padece de la diabetes.

Del análisis de las entrevistas se obtuvieron 14 códigos que se detallan a continuación con la interpretación y el dato empírico que lo sustenta.

Concepción de la diabetes

La diabetes es un padecimiento que la gente no conocía, porque no es una enfermedad de su costumbre. Los enfermos atribuían este padecimiento a un castigo de los dioses porque los síntomas y signos de la enfermedad se percibían por separado. La diabetes se concibe como enfermedad hasta que el médico explica que los signos y síntomas son consecuencia de una enfermedad llamada diabetes. Los enfermos no saben cómo describir la enfermedad, la relacionan con la palabra azúcar, como se observa en los siguientes fragmentos.

[...] hablando es muy difícil decir [sobre la diabetes], no es costumbre tradicional, ese no toquemos, más bien nos vamos bien concreto con las pláticas del centro [centro de salud].

No, yo no sabía de esa enfermedad [...] un doctor me hizo estudios y dijeron que así se llamaba [diabetes] [...] Aquí en la clínica, ya me hicieron estudios y todo.

Pensé otro modo, a lo mejor me están embrujando, es un hechicero y otros son un mágico quema los ojos y no [...] me está castigando Dios y así pensaba, yo no lo sabía.

Entrevistador: “¿Qué le dijeron que tenía?”

Informante: “Azúcar”.

La costumbre y diabetes

La costumbre para la etnia wixÁrika es la forma habitual de vivir (incluyendo el proceso salud-enfermedad) y de cumplir con su ritualidad; el que no cumple con esa ritualidad y con las tradiciones, puede enfermarse o morir. La diabetes no es una enfermedad de la costumbre, porque es una enfermedad nueva que antes nadie la padecía, por lo que no es conocida por el común de la gente y los *marakames* (curanderos locales); por lo tanto, no la pueden curar. Lo anterior se expresa en palabras del informante en el párrafo siguiente:

La costumbre es ir los sitios sagrados y llevar ofrenda, cumplir sacrificio de un borrego con la sangre [...] tiene que llevar como sellos las jícaras, las ofrendas, las velas, todo eso, ya en el lugar de sitio sagrado, se cumple con las deidades, si no se hace eso, vienen [deidades].

No, antes no, decíamos “no pos éste murió por castigo de las deidades, porque no mató borrega y no cumplió, porque no fue a los sitios sagrados”, y no sabíamos lo que es la tuberculosis, todas las enfermedades.

En palabras del entrevistado explica cómo se presenta otra enfermedad diferente a las enfermedades de la costumbre:

“¿Cómo murió? Pues que no fue porque no cumplió su costumbre [...] ya últimamente identificamos, éste murió por diabetes o tuberculosis”.

En la actualidad la diabetes no es conocida por el *marakame* y por eso no hay una persona de la etnia que pueda curar la enfermedad, como se observa en el siguiente dato empírico:

Entrevistador: “Y esta enfermedad que usted tiene [diabetes], ¿cómo le llaman los marakames?”

Informante: “Eso sí no [...] No la conocen todavía”.

Entrevistador: “¿Y hay gente aquí en la comunidad que resuelva los problemas de la diabetes?”

Traductor: “No, no hay alguien que cure la diabetes”.

Enfermedad de la costumbre

La enfermedad de la costumbre es la que padece una persona de la comunidad cuando no ha cumplido con su ritualidad o sus labores; estas enfermedades de la costumbre se pueden expresar y detectar de varias formas. La primera es con dolor en el estómago y se le llama la enfermedad del venado (*maxariate*); la segunda le llaman la enfermedad del maíz (*Ikuxiate*) y se manifiesta con dolor de cabeza y falta de apetito, que en palabras del informante se expresa a continuación:

A través del sueño si no cumple uno [rituales] vienen las enfermedades [...]. Hay dos enfermedades que nosotros sentimos dolor porque las deidades dicen “éstos no cumplieron” y entonces la señal es el venado sagrado que se pone en el estómago [...] [*maxaria*], estar enfermo, flaco [...] entonces el marakame va identificar la enfermedad.

Y otra es el dolor de milpa de maíz [*ikuxiate*], del maíz porque la creencia es que está en alguna parte [del cuerpo], no sólo en la espalda [...] las deidades saben hacer castigo y la milpa es la que se mete [al cuerpo].

Por ejemplo a veces en el costumbre puedes enfermarte, te da chorro [diarrea]. El marakame te dice que tienes que cumplir [ritualidad] [...]. Al hacer ceremonias, a veces uno se alivia, a veces no [...] cuando una persona grande se enferma, llevar las ofrendas a un lugar, donde el marakame te diga.

Consecuencias de la diabetes

Los miembros de la etnia expresan que como consecuencia de la diabetes, el aspecto más relevante que cambió su forma de vida fue el no poder trabajar en las labores propias del rol que se ejerce en la etnia de mujeres y hombres, además de que también se ve afectada su ritualidad pues se dificulta trasladarse a lugares sagrados por la enfermedad, como se observa en el siguiente párrafo (la persona que da la información es hombre).

“Sí, pues ya no pude trabajar, ya no veía, medio borroso nada más, no quería trabajar [...] Yo sembraba calabaza, maíz.”

La persona que proporciona los siguientes datos es una mujer de la etnia.

“No podía mover las manos o sea los dedos, ya no pude trabajar y no se puede hacer las tortillas [...] ya no caminaba mucho [...] bajaba y subía las barrancas y ya no porque duele en el pecho.”

Traductora: “Pues como las fiestas de las costumbres, son hasta allá abajo en las barrancas, pues ella no puede ir caminando [la enferma]”.

Origen de la diabetes

Las personas de la comunidad atribuyen varias causas a la diabetes, como el sedentarismo, el consumo de alimentos que no son del campo sino traídos de fuera, las tiendas locales, la carretera, el refresco (Coca y Pepsi) y el susto.

En el siguiente fragmento se presenta la perspectiva de un miembro de la etnia ante lo que el mestizo (el que es de fuera) llama modernidad. Se observa cómo la telesecundaria, la carretera, el alimento industrializado son elementos que contribuyen al desarrollo de las enfermedades crónico-degenerativas. Para este informante la implementación de la escuela no es un beneficio para la comunidad.

“Yo detecto que la diabetes mientras no entraba aquí la carretera, no estábamos diabéticos, cada quien teníamos nuestro alimento en el campo, pero ya entra la educación en la escuela [telesecundaria], se empieza a traer el refresco, la Pepsi.

”Me acuerdo de José Bautista y su tienda [...] Más o menos cuando entra el negocio de la tienda, es cuando empieza... [Se refiere a la diabetes].

”Lo que hay que hacer es volver como estábamos antes... [Sembrar con sus propias técnicas].

”Yo trabajaba con un comerciante aquí, en ese tiempo era terracería acá [...]. Era chofer del comerciante. Trabajaba en la mañana y manejaba en la noche y me echaba un refresco, yo creo que por eso me acababa como tres refrescos en la noche... Coca, no más... Como dos años.”

Entrevistador: “¿Hace cuántos años no existía la diabetes aquí?”

Informante: “Unos 30 ó 40 años [no había tiendas en la comunidad] porque mi abuelo me contaba que iban de San Miguel a Huejuquilla o de San Miguel Mezquitic a comprar caminando... caminando una semana, tres días para llegar y tres días de regreso, entonces ahorita ya no caminamos.”

En el siguiente fragmento se detecta cómo la construcción de la carretera se asocia con elementos negativos como la comida “chatarra” y la basura (la basura se asocia con desperdicio, lo que alguien ya no quiere y desecha, el mestizo trae basura).

“Cuando no había la carretera aquí, aterrizaba un avión, pero no traían ni enlatada ni nada [comida enlatada], ya después cuando entró la carretera, fue pura basura, pura chatarra, fue eso lo que nos trajeron, pura basura.”

El origen o la causa de la enfermedad es consecuencia de aspectos de distinta naturaleza, es decir, la diabetes fue causa de susto por cuestiones de no seguir la ritualidad, es una etiología que proviene del costumbre y por otra parte, también por consumir Coca-Cola, que tiene un origen occidental.

Traductora local: [Con referencia a la diabetes de una señora de la comunidad] “Empezó cuando los niños allá en el albergue estaban enfermos. Hace 12 años empezó ella enferma [...] Pues que sus hijos estaban enfermos del pánico [enfermedad del Kieri] porque ellos estaban en un albergue escolar que trajeron los mestizos a un lugar sagrado sin pedir permiso a las autoridades y por eso se enfermaron, y así empezó que le dolía la cabeza.”

Entrevistador: “Entonces hace como 12 años ella se asustó mucho.”

Traductora: “Sí, pues que sí nomás la diabetes es por la Coca y que ella no entiende por qué algunos dicen que toman Coca y no la tienen [la diabetes]”.

Susto

El susto en la etnia wixárika se entiende diferente de la concepción occidental, el susto es un suceso malo o un aviso de las deidades de un acontecimiento negativo de una persona o sus familiares y se puede manifestar en sueños, como se expresa en el siguiente párrafo:

Bueno, el susto viene porque le pasó algo, o por un sueño [...] y entonces ya despierta la persona, ya viene el susto, me va a pasar algo o hay una llamada de las deidades y entonces, pues el susto viene ya porque me va a pasar algo o uno de mis familiares le va a pasar o va a tener piquete de un alacrán o algo, ya es una llamada de las deidades ese susto, es una llamada de atención.

El susto también viene por no cumplir con los rituales ceremoniales tradicionales y se relaciona con dolor de estómago.

El susto lo relacionamos con no ayunar, mal pasada y dice: “yo voy a ir a real de catorce, estado de San Luis Potosí” [lugar sagrado, ceremonial], pero mis deidades dicen que voy a ayunar, y voy a cumplir y resulta pues que no [que si comieron] [...] comer el peyote [sin ayunar] entonces viene el susto [...] hasta ha llegado a tener la enfermedad del estómago y eso es el susto.

Síntomas de la enfermedad

Los síntomas que refieren las personas que viven con diabetes en la etnia wixárika son similares en su mayoría a la sintomatología occidental respecto a la enfermedad.

“Me sentía débil, no podía hacer nada [...] no veía nada más que borroso y luego mucha sed, pero tomo agua y quedaba sed... Toda la orinaba, nada quedaba [...] estaba más cachetón.

”Como cansado, y me dolía toda la espalda, el cuerpo y la cintura [...] Pos, yo creo que el riñón, me duele.

”Más antes, primero empecé como entumido en mis pies, así sentí, mi pierna, quedó dormida y ya después se inflamó, pero ya demasiado tarde sufrí más, ya de 40 años empecé.

”Me sentí como cansado... y puro sueño, te pega sueño y bien cansado y cuando te duermes y te da hambre a veces sí, a veces no, no puede comer y tus riñones está en otro lado y acá otro y ya no responde a tu corazón, ni tu mente y come, come, pero... nunca te llenas, ni lo sientes, horrible se siente esa enfermedad y débiles, así rara enfermedad y mi vista como borrosa, ya no veía, ni las personas, ni el camino... temblaba.”

Traductora: “Que empezó con el dolor de cabeza, orinaba mucho y que tenía la boca seca”.

Traductora: “Que no duerme bien. Que a veces dura tres días que duerme hasta las 3, 4 de la mañana [...] que cuando casi no come es cuando sube la azúcar y cuando come bien pues ta’ normal”.

Diagnóstico de la enfermedad

La gente que padece la diabetes supo que padecía la enfermedad hasta que les realizaron análisis de sangre en el centro de salud y les dijeron que esa enfermedad se llamaba diabetes. A continuación en palabras de los informantes.

“Me sacaron sangre y todo... ahí salió [la enfermedad], pero no tengo presión alta, ni nada.”

Traductora: “Entonces ella le ayudó [su hija] a que se sacara los análisis y ya le dijeron que es lo que tenía... la diabetes”.

Migración

Las personas que padecen diabetes refieren que emigraron de sus comunidades a otras comunidades cerca de la carretera o a la ciudad para trabajar o para estudiar. Este proceso migratorio se relaciona con la enfermedad y se observa en el párrafo siguiente en palabras de los entrevistados.

“Ya después cuando entré a la escuela, allá no había primaria ni nada, ya cuando entré aquí a la escuela, al albergue, ya aquí me quedé.”

Entrevistador: “¿Hace cuánto te viniste a vivir de allá de Las Guayabas para acá a San Andrés?”

Informante: “Hace muchos años”.

El entrevistado expresa que cuando emigró fue cuando enfermó, como se observa en el siguiente fragmento.

“Para mí, cuando fui a trabajar allá a la costa al tabaco, ahí yo trabajé en ‘ensarte’ se llama y trabajé como más de 22 años y ahí me enfermé.

”La primera vez que salí fue para trabajar y ya la segunda vez fui para aprender.”

Entrevistador: “¿Dónde trabajaba ella cuando estaba joven?”

Informante: “En la costa”.

Entrevistador: “¿Cuánto tiempo duraba en la costa?”

Informante: “Como unos tres meses [anualmente]. Allí fue donde comenzó a tomar la coca”.

Padecimiento y diabetes

La diabetes se presenta con más frecuencia en poblaciones que están cerca de la carretera, por la disponibilidad que se tiene a los alimentos industrializados, y con menos frecuencia en poblaciones más alejadas. La comunidad de San Andrés Cohamiata es una comunidad por donde pasa la carretera, a diferencia de Santa Catarina, que es una comunidad

alejada de la carretera. Respecto a la cosmovisión de la etnia, Santa Catarina es el centro del mundo, por lo que la ritualidad es muy importante para las personas que viven allí, la gente viste de manera tradicional y hay menos tiendas, a diferencia de la comunidad de San Andrés. Por lo que hay más casos conocidos de personas que padecen la enfermedad en comunidades más cercanas a lo que trae el mestizo por la carretera.

Entrevistador: “¿Usted conoce más gente con diabetes?”

Informante: “Sí”.

Entrevistador: “¿Cuántos diabéticos conoce usted?”

Informante: “Más de veinte”.

“Aquí son 60 diabéticos” [promotor de salud de San Andrés].”

Entrevistador: “¿Cuántas personas de aquí de las comunidades de Santa Catarina, ella conoce que tengan diabetes?”

Traductora: “Tres”.

Muerte y diabetes

Los casos de muerte por diabetes expresados por los informantes son de San Andrés Cohamiata, es decir, que en las personas de esta localidad se asocia la muerte con la diabetes y en uno de los casos la muerte por diabetes se expresa como antecedente familiar.

“No, es que no había antes, no conocían antes la enfermedad. Ya después mi papá también de eso murió. Es el mismo tipo, porque ya lo sentí, es mucho sufrimiento, ya han morido [muerto] como unos ocho diabéticos aquí en San Andrés.”

Tratamiento occidental

Las enfermedades como la diabetes, el paludismo, la rabia, deben ser curadas en el Centro de Salud porque el *marakame* no puede curar esos padecimientos, como se observa en los datos empíricos del siguiente párrafo.

Es la misma enfermedad [se refiere a la diabetes], porque vienen aunque vivan allá en la localidad El Chalate, cuando les llega la enfermedad tienen que acudir aquí [...] Y ya sea piquete o mordida de murciélago, del zancudo, del paludismo, pues eso no puede curar el *marakame*, tiene que haber atención.

El tratamiento para el control de la diabetes que ofrece el Centro de Salud ayuda a controlar la enfermedad; la prescripción del medicamento es a base de pastillas, insulina, además de análisis de sangre para monitorear al paciente. Se observa a continuación.

“Nada, fui a la clínica, allí me daban pastillas.”

Entrevistador: “¿Qué hace o qué ayuda el Centro de Salud para su diabetes?”

Informante: “Nada más cada mes voy a checar la sangre [...] Pues nada más, medicamento”.

Otro interlocutor: “Les dan un medicamento y a otros que les dan de a dos, dependiendo cómo vayan pues”.

Entrevistador: “Y ese medicamento, ¿qué siente usted que le alivia?”

Informante: “No pos, casi nomás controla poquito”.

Personas de la etnia que padecen diabetes perciben la insulina como una vacuna, que si no se aplica la gente muere.

Traductor: “Con la medicina pues se controló... ya orinaba normal [...]. Pues que la insulina le dijeron en Huejuquilla que sirve como para... las venas, no sé, por el golpe que se llevó en el accidente que como que se taparon, y que la insulina hace que corra la sangre [...]. Sí, eso le dijeron, y que si deja la vacuna de la insulina, que le dijeron que se va a morir”.

Tratamiento tradicional para enfermedades de la costumbre

El tratamiento tradicional para una enfermedad que es de la costumbre de la comunidad, la realiza el *marakame*, que consiste en chupar al enfermo en el ombligo.

Entrevistador: “¿Qué hace el marakame?”

Informante: “Los chupan [...] Pos aquí en el ombligo”.

Entrevistador: “En el ombligo, y ¿así lo cura?”

Informante: “Sí”.

Enfermedad del mestizo

Los wixaritari expresan que las enfermedades como el cáncer, la diabetes y la presión alta son enfermedades traídas por el mestizo. La pre-

sión alta y la diabetes la relacionan con estilos de vida deficientes en actividad física.

Entrevistador: “¿Qué otra enfermedad les llegó con los teiwari [mestizos]?”

Informante: “Cáncer en las mujeres, cáncer en nosotros hombres, próstata, cáncer de próstata, cáncer de las mujeres también”.

Entrevistador: “¿La presión alta? ¿Antes no tenían presión alta?”

Informante: “No, porque la mayoría caminaba... caminaba mucho, entonces, también la diabetes parte de eso”.

Para una mejor comprensión de los resultados, se presenta la red semántica que permite establecer las relaciones de los conceptos percibidos por los miembros de la comunidad en relación con el problema de la diabetes tipo 2 (ilustración 1).

Discusión

La vida cotidiana que expresa Schutz está basada en un cúmulo de experiencias que existen antes de que el individuo nazca y que estas experiencias son transmitidas y compartidas por generaciones de padres a hijos, es un conocimiento compartido colectivo.

“Mundo de la vida cotidiana” significará el mundo intersubjetivo que existía mucho antes de nuestro nacimiento, experimentado e interpretado por otros, nuestros predecesores, como un mundo organizado. Ahora está dado a nuestra experiencia e interpretación. Toda interpretación de este mundo se basa en un acervo de experiencias anteriores a él, nuestras propias experiencias y las que nos han transmitido nuestros padres y maestros, que funcionan como un esquema de referencia en la forma de “conocimiento a mano”. El mundo de la vida cotidiana es el escenario y también objeto de nuestras acciones. Para llevar a cabo los propósitos que buscamos en él, entre nuestros semejantes, tenemos que dominarlo y modificarlo. Actuamos y obramos no sólo dentro del mundo sino también sobre él [...]. En este sentido, el mundo es algo que debemos modificar por nuestras acciones o que las modifica (Schutz, 1962: 198).

En la vida cotidiana de la etnia wixárika se observan dos procesos: el primero, que es el tradicional, es decir, las actividades que se realizan

en el día a día de las personas producto del conocimiento heredado y colectivo; abordado a partir de la teoría de “vida cotidiana” de Schutz, que en la presente investigación aporta un componente cultural-tradicional en el que se observa cómo la diabetes impide la realización de las actividades diarias tradicionales de los wixaritari, lo que genera conflicto, porque la vida cotidiana de este pueblo se relaciona con rituales y ceremonias que los vinculan con sus dioses. El segundo proceso se refiere a influencia del capitalismo global o tardío en la vida cotidiana de los pueblos originarios, es decir, cuando la vida cotidiana tradicional se va perdiendo y se van adquiriendo modos de vida que responde a los procesos globales, lo anterior se puede explicar desde las tesis de Agnes Heller, la cual explica en este caso la vida cotidiana de las personas con la diabetes como un componente mediado por construcciones sociales desde la influencia del mundo global, como los que se dedican al comercio de productos industrializados, los que migran y los burócratas que trabajan para el Estado, estos aspectos se analizan desde la reproducción social que propone Heller:

La vida cotidiana es el conjunto de actividades que caracterizan las reproducciones particulares creadoras de la posibilidad global y permanente de la reproducción social [...]. En toda sociedad hay pues una vida cotidiana: sin ella no hay sociedad.

Para reproducir la sociedad es necesario que los hombres particulares se reproduzcan a sí mismos, como hombres particulares. La vida cotidiana es el conjunto de actividades que caracterizan la reproducción de los hombres particulares; a su vez, crean la posibilidad de la reproducción social (Heller, 1998: 34).

Desde la teoría de la segmentación social (Sousa Santos, 2010), el modelo de desarrollo impulsado en las comunidades indígenas del norte de Jalisco con el Plan Huicot (programa implementado por el Gobierno para modernizar las comunidades con enfoque occidental) y el capitalismo global contribuyen a la segmentación social al interior de las comunidades; el padecimiento de la diabetes tipo 2 es un problema que lo padecen los segmentos de clase constituidos por los comerciantes y burócratas del Estado y no la padecen los campesinos pobres que viven

en las comunidades alejadas, quienes mantienen su vida cotidiana relacionada con la producción con el sistema de coamil.

En la primera categoría, “conceptualización de la diabetes”, en la etnia wixárika se expresa en dos elementos: los que son propios de su cultura o su costumbre y los que son externos de su cultura, es decir, lo que es traído por el mestizo del mundo occidental. Lo anterior se considera está relacionado con procesos identitarios y de resistencia a la asimilación cultural occidental, como se sustenta a partir de las teorías de la identidad. La identidad para Giménez (2007) consiste en la apropiación distintiva de ciertos repertorios culturales que se encuentran en el entorno social o grupo. Para este autor los conceptos de identidad y de cultura son inseparables, por la razón de que el primero se construye a partir de materiales culturales; es por eso que los miembros de la etnia hacen referencia a lo propio (su costumbre), que son los elementos identitarios y hacia lo ajeno, que es lo que es traído de su entorno social externo por el mestizo, en este caso la diabetes.

Los adultos y los ancianos comparten similares criterios de identidad como el territorial, el cual está arraigado a la organización, tradición y las costumbres (Terrazas, 2008). Las personas que padecen esta enfermedad en la comunidad son adultos y de la tercera edad, con base a sus significados de lo propio y lo ajeno, sobre la concepción de la diabetes, se llega a la inferencia de que en la etnia saben que el padecimiento no es una enfermedad de la costumbre. La globalización se entiende como un factor mundial de homogenización cultural (Ramírez, 2014); sin embargo, en algunas sociedades existen prácticas y discursos que niegan esta homogenización y que se fundamentan en la identidad como respuesta de resistencia y contestación al fenómeno globalizador (Zebadúa, 2011).

El hecho de que la diabetes se conciba como una enfermedad de fuera y no propia, evidencia rasgos de resistencia a lo occidental, pues aunque padecen la enfermedad no la perciben como parte de su cultura, sino como enfermedad del mestizo. A pesar de que en las poblaciones indígenas se presenta el proceso social de transculturización como causa de fenómenos globales que afectan los estilos de vida, las costumbres y prácticas. La diabetes no forma parte de estos procesos transculturizadores, entendiendo transculturizar como una situación en la que la

identidad a partir de préstamo, intercambios y conflictos culturales, se reconstruye una nueva identidad con constructos socioculturales distintos que rebasan a los originales (Zebadúa, 2011).

Terapéutica es la segunda categoría y está relacionada con la semiótica de la enfermedad; se cree que los síntomas por separado son un castigo de los dioses por abandonar “el costumbre”, aunque conceptualizan la enfermedad como “diabetes” cuando esos síntomas y signos se dejan de ver de forma aislada y son relacionados por el médico, quien les da un diagnóstico culturalmente ajeno a sus concepciones originales, provocando un dilema ontológico, por el reduccionismo causal que se maneja en la biomedicina. Por lo tanto, el tratamiento para la enfermedad no se adquiere de sus *marakames* (médicos tradicionales de la etnia) porque no es una enfermedad propia de su cultura, la diabetes es una enfermedad que tiene que ser tratada por el médico occidental, puesto que es una enfermedad traída por el mestizo, aunque queda el resabio de haber transgredido las normas de la comunidad. Desde la teoría de la comunalidad de Rendón (2003), el padecimiento de la diabetes tipo 2 en las comunidades wixaritari es un problema producido por la desintegración del tejido social al abandonar los rituales “del costumbre” de producir y comer con los dioses, por lo que el manejo del problema por los servicios de salud deben incorporar la perspectiva intercultural, que ha sido desechada por el personal de salud, al considerarlas como pensamiento mágico.

Lo anterior tiene que ver con los procesos identitarios donde se encuentra al mismo tiempo la oposición entre el sentido de lo propio contra lo externo (Zebadúa, 2011), por lo que el asumir el diagnóstico y la cura de la enfermedad por parte del mestizo, se plantea una práctica identitaria y de resistencia a la asimilación. Estos datos son semejantes a los de un estudio que se realizó en Chiapas (Campos, 1992) sobre las enfermedades que los médicos modernos son capaces de curar en poblaciones indígenas, se encontró que la percepción no era homogénea ya que una parte de la población creía que los médicos eran capaces de curar todas las enfermedades incluyendo las que eran por castigo de los dioses, y otra parte de la población creía que los médicos modernos no entendían las enfermedades propias de la etnia, situación que coincide con el presente estudio. Respecto a la categoría “génesis de la diabetes”,

se observó una percepción híbrida, en la que se atribuye al susto (como una angustia existencial ritual), o al castigo de los dioses por abandonar el costumbre, el origen de la enfermedad; las comunidades más cercanas a la carretera, el origen de la enfermedad tiene que ver con procesos de “modernización”, iniciado a mediados del siglo pasado, que impacta en los modos de vida como la construcción de la carretera, centros de salud, la telesecundaria, los alimentos que no son locales que venden en las tiendas, y la disminución de actividades tradicionales que se relacionan con la actividad física de ir por la leña, bajar al agua, etc., además de la migración a la ciudad.

Se observa que las diferentes causas de la diabetes tienen el mismo componente de origen, pues en el castigo de los dioses y el susto son hechos que se originan por salirse del costumbre, donde se incluye la migración, esto causa que las personas de la etnia dejen de realizar sus actividades rituales y de la vida diaria por incorporarse a los procesos globalizadores. En cuanto a lo anterior, la Organización Mundial para la Salud expresa que las comunidades indígenas mantienen una percepción propia de los procesos de salud-enfermedad. Para muchas de estas comunidades la salud es entendida como el resultado de las relaciones armoniosas del ser humano consigo mismo, la naturaleza, la comunidad y la familia; que resultan del cumplimiento estricto de normas de comportamiento social y de respeto a las fuerzas de la naturaleza y los elementos que la componen. Por otra parte, la enfermedad se entiende como la pérdida del equilibrio de las relaciones ser humano-espíritu-naturaleza y es una transgresión de normas y principios de convivencia (OPS/OMS, 2003), situación por la que los miembros de la etnia creen que la diabetes es un castigo de los dioses por abandonar el costumbre, aunque esta enfermedad sea traída por el mestizo y ajena a su cultura. En lo referente a la categoría “consecuencias socioculturales de la diabetes”, se encontró que el aspecto más relevante fue no poder trabajar en las labores propias de los roles de género, además de que también se ve afectada su ritualidad, pues se dificulta trasladarse a lugares sagrados ceremoniales. Otro hallazgo fue que hay más casos conocidos de diabetes en comunidades cercanas a la carretera que en comunidades alejadas, situación que se repite en la muerte por diabetes, en el que se

desconocen casos de fallecimiento por diabetes en comunidades lejanas y más tradicionales, mientras que en comunidades occidentalizadas son conocidos y detectados los casos de mortalidad por esta enfermedad.

En oposición a la concepción biomédica occidental en el caso de las consecuencias de la enfermedad. Donde el abordaje clásico de la epidemiología convencional de la diabetes (en poblaciones, incluyendo indígenas) analiza el problema desde el enfoque de riesgo y daño a la salud, relacionado con factores de estrato social, modificación de hábitos de consumo y estilos de vida saludable, deja de lado el análisis desde el punto de vista subjetivo del problema, reduciendo la perspectiva cultural, atribuyéndole a la concepción indígena una mirada mágica, sin detenerse a reflexionar que las personas afrontan, viven y comprenden situaciones en función de su tiempo, espacio y personas históricos, reduccionismo que evidencia muchas veces el etnocentrismo del investigador, disfrazado de racionalidad. La epidemiología contra-hegemónica (Breihl, 2003) aborda la perspectiva subjetiva de las personas que padecen el problema, en nuestro caso la relacionada con “el costumbre”, es decir las actividades diarias respecto al género y las prácticas ceremoniales de la etnia wixárika. Desde esta perspectiva, el abordaje epidemiológico sociocultural de la enfermedad está relacionado con una distribución sociocultural, laboral y territorial. El problema de la diabetes lo padecen y sufren hasta la muerte las personas que tienen mayor acceso al desarrollo productivo, donde se ofertan los bienes de consumo y es casi ausente en los indígenas que se dedican a la agricultura, que viven del autoconsumo de alimentos; la padecen los habitantes de las localidades que están cerca de las carreteras, que generalmente transitan en vehículos motorizados, y es ausente en comunidades alejadas, en donde la movilización se realiza a pie.

Respecto a la última categoría: “situación sociocultural”, que se relaciona con el proceso salud-enfermedad-muerte, hay más casos conocidos de personas con diabetes en comunidades cercanas a la carretera que en comunidades alejadas de la carretera. En el caso de la mortalidad en comunidades alejadas de la carretera no se sabe de muertes por diabetes, mientras que en comunidades occidentalizadas y cercanas a la carretera son conocidos y detectados los casos de muerte por esta enfermedad.

Al explicar estos rasgos epidemiológicos de la diabetes desde la epidemiología intercultural de Jaime Brehil, la problemática de los grupos indígenas está relacionada con rasgos demográficos y socioculturales de poblaciones en proceso de contacto intercultural, es decir en nuestro caso la diabetes es una enfermedad de génesis sociocultural híbrida, mas no como la epidemiología convencional que atribuye el cambio a una transición epidemiológica. En este caso es un complejo proceso de dialéctica intercultural que afecta la seguridad de la etnia wixárika, que en el peor de los casos puede terminar en su desaparición, siendo la diabetes una parte de ese engranaje.

Conclusiones

Las creencias sobre el padecimiento de la diabetes tipo 2 que afectan a la comunidad wixárika están permeadas por los cambios en la estructura social de las comunidades, que han sido segmentadas en grupos con mayor capacidad de consumo, principalmente alimentarios.

Las creencias sobre el padecimiento de la diabetes que tienen los informantes en la comunidad wixárika son una construcción simbólica ritualizada de la comunidad vinculada a la identidad étnica, que parte de su cosmovisión relacionada con el ser humano y sus vínculos con los dioses; es un padecimiento relacionado con “el costumbre”, por el “susto” del abandono de los rituales y las prácticas identitarias con su cosmovisión.

A partir de la incorporación del pueblo wixárika a los procesos globales, sus creencias sobre la génesis del problema han sido modificadas por la visión médica occidental y se incorpora la visión semiológica de los mestizos, relacionando el problema con exceso de azúcar y por incorporar el consumo occidental a su vida cotidiana.

La consecuencia del padecimiento de la diabetes más relevante percibida por las personas de la comunidad wixárika afecta su cotidianidad, al no poder trabajar en las labores propias de los roles de género, así como su estatus comunitario y su ritualidad pues se dificulta trasladarse a lugares sagrados ceremoniales.

Desde la epidemiología intercultural, la problemática del padecimiento de diabetes en la etnia wixárika está relacionada con rasgos demográficos y socioculturales de poblaciones en situación de transculturización, que afecta más a las localidades con mayor vinculación a la cultura occidental y que pertenecen a segmentos económicos con mayor capacidad de consumo de bienes occidentales, de ahí la mayor parte de los casos de diabetes en este tipo de poblados.

Un reto derivado del presente estudio es generar un modelo intercultural de la diabetes sustentado en el diálogo de saberes entre el personal de las instituciones de salud occidentales en la zona indígena, en donde se incorporen las creencias del padecimiento de la diabetes no como pensamiento mágico, sino como prácticas identitarias de la cultura del pueblo wixárika, en dirección de reconstruir el tejido social comunitario.

Referencias bibliográficas

- Breilh, J. (2003). *Epidemiología crítica, ciencia emancipadora e intercultural*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Campos, R. (1992). *La antropología médica en México*. México: Universidad Autónoma Metropolitana.
- García, C. (2014). *Estructura ideológica del Himno Nacional Mexicano*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara.
- Giménez, G. (2007). *Estudios sobre la cultura y las identidades sociales*. México: Conaculta/ITESO.
- Gohdes, D. (1993). La diabetes en indios americanos: Una visión general. *Diabetes Care*, núm. 16. Estados Unidos.
- Guerrero, P. (2008). *Interculturalidad, nacionalidades indias, universidad y procesos políticos*. Ecuador: Cuadernos Interculturales.
- Heller, A. (1998). *Sociología de la vida cotidiana*. Barcelona: Península.
- La Jornada. (2001). Antonio Gramsci: La cultura y los intelectuales. *La Jornada*. México.
- Labrecque, M. (2013). *Obesos, enfermos y pobres: Resignificando los pueblos que cultivan maíz nativos en periurbanidad en México*. Canadá: Cahiers Dialog.
- Nicolini, S. (1977). *Lingüística y antropología: De la fonología a Levi-Strauss*. Argentina: Capítulo Editor América Latina.

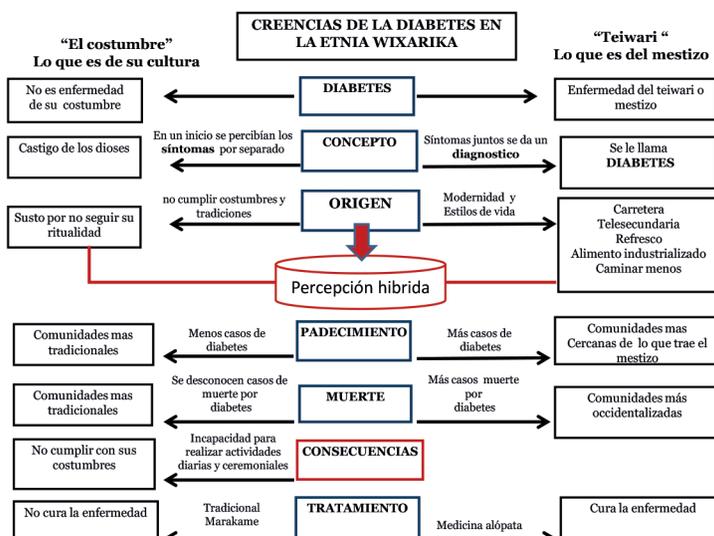
- Organización Panamericana de la Salud, y Organización Mundial de la Salud. (2003). *La salud en los pueblos indígenas. Situación de salud de los niños y niñas indígenas*. Componente Comunitario de la Estrategia AIEPI. Washington: OMS/OPS.
- Ramírez, S. (2014). *Salud, globalización e interculturalidad: Una mirada antropológica a la situación de los pueblos indígenas*. España: Ciencia y Salud Colectiva.
- Rendón, J. (2003). *La comunalidad. Modo de vida en los pueblos indios*. Oaxaca: Consejo Nacional para la Cultura y las Artes.
- Schütz, A. (1962). *Problema de la realidad social*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Sousa Santos, B. (2003). *Crítica de la razón indolente. Contra el desperdicio de la experiencia*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- . (2006). *Renovar la teoría crítica y reinventar la emancipación social*. Buenos Aires: CLACSO.
- . (2010). *Descolonizar el saber, reinventar el poder*. Montevideo: Trilce.
- Terrazas, M. (2008). Jóvenes quechuas del Ayllu Chari, La Paz, Bolivia: Identidad, globalización, imaginarios y bienes culturales. *Jóvenes indígenas y globalización en América Latina*. México: Instituto Nacional de Antropología.
- Van Dijk, T. (1999). *Ideología: Una aproximación multidisciplinaria*. Barcelona: Gedisa.
- Zebadúa. (2011). Cultura, identidades y transculturalidad. *Revista Limna (estudios sociales y humanísticos)*. Chiapas.

Anexo. Cuadros y figuras

Cuadro 1
Formación de categorías a partir de los códigos
(*Category formulation based on the codes*)

Categorías	Códigos
Conceptualización de la diabetes	Concepción de la diabetes Costumbre Enfermedad del costumbre Enfermedad del mestizo
Terapéutica	Diagnóstico de la diabetes Síntomas de la diabetes Tratamiento tradicional de la diabetes Tratamiento occidental de la diabetes
Génesis	Origen de la diabetes Migración Susto
Situación sociocultural de la diabetes	Consecuencias de la diabetes Diabetes como padecimiento Diabetes y muerte

Figura 1
Esquema de conceptualización de las creencias de la diabetes



PARTE III

POLÍTICAS PÚBLICAS MULTISECTORIALES PARA EL ABORDAJE DE LA MALNUTRICIÓN Y LA MEDICINA INTERCULTURAL EN PUEBLOS ORIGINARIOS

POLÍTICAS PÚBLICAS EN MEDICINA INTERCULTURAL. UNA VISIÓN CRÍTICA

RENÉ CROCKER SAGASTUME
VYLIL GEORGINA GARCÍA SERRANO
MELISSA KARINA NAVARRO FLORES
JUAN CARLOS MUÑOZ NAVARRO

Resumen

América Latina y el Caribe es una de las regiones más diversas del mundo. No obstante, el bienestar de la población indígena se ve amenazada por la discriminación de la que suele ser víctima, especialmente considerando la falla del sistema de salud al reconocer la diversidad étnica, social y cultural de los pueblos originarios a causa del sistema neoliberal asimilacionista e integracionista que considera los saberes de los pueblos indígenas como “pensamiento mágico”, aun y cuando en el caso de las comunidades indígenas la medicina tradicional representa un conjunto de prácticas que, en muchas ocasiones, son utilizadas como la primera e incluso como la única opción para atender la enfermedad y restablecer la salud. Algunas propuestas intentan incorporar la medicina tradicional al sistema de atención a la salud occidental para proponer y poner en práctica modelos “interculturales” en salud. Sin embargo, al analizar las políticas públicas de organismos nacionales e internacionales, se observa que el concepto de interculturalidad se asume desde una postura funcionalista donde los actores sociales no son partícipes de la construcción de su propio modelo de salud. *Palabras clave:* políticas públicas, medicina intercultural, visión crítica.

1. Introducción

En el presente documento se realiza una reflexión crítica de las políticas públicas de medicina intercultural a escala global y nacional hegemónicas, con el objetivo de elaborar una propuesta alternativa que permita posicionar a las comunidades indígenas en su derecho a la salud de acuerdo con su identidad cultural.

América Latina y el Caribe es una de las regiones más diversas del mundo. A pesar de esto, también es la región donde se evidencian las mayores disparidades socioeconómicas en términos de clases y etnias que impactan la salud de los pueblos originarios.

De acuerdo con estimaciones y datos existentes, 45 millones de personas indígenas pertenecientes a 400 pueblos diferentes representan el 10% de la población de América Latina y el Caribe, 27% de la población rural de América Latina y conforman la población de 24 países de la región. No obstante, existe una amplia evidencia sobre las desventajas y discriminación que los hombres, y especialmente las mujeres de poblaciones indígenas, experimentan respecto a su bienestar. Asimismo, los sistemas de salud también fallan al momento de reconocer las particularidades y necesidades de los diferentes grupos ante la diversidad étnica, social y cultural (Rojas, 2008).

Toda sociedad posee un sistema coherente de representaciones y prácticas alrededor de la salud, enfermedad y la muerte. En el caso de las comunidades indígenas, la medicina tradicional representa un conjunto de amplias y arraigadas prácticas y conocimientos tradicionales que, en muchas ocasiones, son utilizadas como la primera, e incluso como la única opción para atender la enfermedad y restablecer la salud. Dichas prácticas se constituyen en un gran sistema de creencias y valores alrededor del proceso salud-enfermedad-atención, en dos ámbitos complementarios: uno desempeñado por el médico tradicional y el otro por la figura materna, este último reconocido como medicina doméstica (ssa, 2002).

Obedeciendo a la importancia de la medicina tradicional, por parte de los pueblos indígenas, ésta se plantea como una estrategia en la atención de la salud, en tanto podría contribuir a asegurar el acceso a todas las personas, incluidos aquellos que generalmente son rechazados o dis-

criminales (como es el caso de la población indígena) (OMS, 2013). No obstante, esta opción es subestimada con frecuencia por autoridades competentes, personal de salud y población en general, pues conciben la atención en salud desde una perspectiva convencional que considera los saberes de los pueblos indígenas como “pensamiento mágico”, y enfoca toda su atención en el desarrollo de profesionales con una visión que no corresponde con la diversidad que nos rodea.

Algunas propuestas intentan incorporar la medicina tradicional al sistema de atención a la salud occidental para proponer y poner en práctica modelos interculturales en salud. Esta visión es apoyada por la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud. Sin embargo, desde una perspectiva de interculturalidad crítica, el escaso éxito de las propuestas planteadas por la OMS se debe a que no han sido elaboradas desde las necesidades y demandas de los pueblos originarios, ni construidas con su participación, sino que han sido propuestas con el objetivo de fomentar la cobertura sanitaria universal a través de la integración de la medicina tradicional en la prestación de servicios de salud y la autoatención de salud. Dicho de otro modo, esta propuesta se basa en asimilar la medicina tradicional y la cultura de los pueblos originarios.

Con base en lo anterior se formulan las siguientes preguntas que guían el presente análisis: a. ¿Las políticas públicas en medicina intercultural y tradicional atienden las necesidades de salud de las comunidades en las que se implementan? b. ¿Cuáles son los factores sociales, culturales y políticos que influyen en la implementación de políticas públicas exitosas en medicina intercultural y tradicional?

El planteamiento alternativo de la interculturalidad en salud que se formula en el presente ensayo se fundamenta en una perspectiva inclusiva que busca descolonizar el conocimiento mediante el diálogo de saberes interétnicos culturales, para posicionar a las culturas de los pueblos originarios, de manera que no les sea impuesta la visión occidental, sino que éstos puedan seguir construyendo y desarrollando su propio sistema de medicina tradicional de acuerdo con el marco legal nacional e internacional.

2. Marco de referencia

2.1. *Perspectiva teórica de política pública*

Los conceptos hegemónicos de política pública están contruidos desde una perspectiva en donde el Estado es el principal actor. Así, autores como Clarke (2006), Dubning (2007) y Dye (2008) señalan que las políticas públicas están constituidas por las acciones gubernamentales.

Desde una perspectiva alternativa de política pública, que se asume en el presente documento, Crocker (2018) retoma a Velázquez (2009) y señala que la política pública es un curso de acción intencional realizado por un actor o un grupo de actores que tratan con un problema o asunto preocupante, de manera que la concepción de una política pública desde una perspectiva convencional resulta incompleta, tal como refiere Velázquez. Por tanto, para el propósito del presente trabajo se retoma la definición de política pública adoptada por Crocker como: cursos de acción, movilización y flujos de información relacionados con un objetivo político de garantizar el derecho a la salud de los pueblos, definidos en forma democrática por los actores sociales, que son negociados con el sector público local, regional y nacional con la participación de la comunidad, el municipio y los pueblos originarios en el país.

2.2. *Perspectiva teórica de interculturalidad*

Es frecuente que se utilice la noción de interculturalidad para hacer referencia a las relaciones que existen entre los diversos grupos humanos que conforman una sociedad dada. De acuerdo con Dietz (2017), si bien el concepto de interculturalidad se acuñó ante una concepción de cultura estática, a manera de la suma de las relaciones entre culturas, actualmente se usa como un término complejo que se refiere a las relaciones que existen dentro de la sociedad entre diversos grupos, y que se definen no sólo en términos de cultura, sino también en términos de etnicidad, lengua, denominación religiosa y/o nacionalidad. No obstante, es un hecho que el concepto de interculturalidad se da con base en el contexto. Así, mientras en algunas sociedades la interculturalidad

se utiliza para referirse a la diversidad “provocada” por la migración, en otras, como es el caso de México, la misma noción se aplica para las interacciones entre pueblos indígenas y descendientes de colonizadores.

Por lo anterior, siendo conscientes de los riesgos que implica una conceptualización errónea del término de interculturalidad, que actualmente se expresan en el fracaso de las políticas públicas en salud, que intentan integrar a la población originaria en el actual sistema de salud, el presente trabajo analiza la aplicación del concepto de interculturalidad a partir de un enfoque crítico con base en la propuesta de Dietz (2017) para definir y clasificar interculturalidad de acuerdo con tres ejes: la noción *dinámica* de la cultura; la naturaleza *prescriptiva* del concepto de interculturalidad para analizar su aplicación funcionalista *versus* su aplicación crítica y emancipadora, de manera que se permita la identificación de los conflictos inherentes y las fuentes de transformación de la sociedad.

El concepto de interculturalidad suele utilizarse, de manera prescriptiva, como una noción normativa. En este sentido, la interculturalidad es, en ocasiones, acuñada como “interculturalismo” (Gundara, 2000), un programa transformador que tiene como objetivo hacer que las sociedades contemporáneas sean más conscientes de sus diversidades internas, y más inclusivas y simétricas en relación con sus — así denominadas— minorías. De esta manera, el interculturalismo, a diferencia del concepto de multiculturalismo, enfatiza la necesidad de transformar la naturaleza de las relaciones entre estos grupos, lo cual implica no sólo empoderar a unos, sino también alterar las percepciones de la mayoría y promover los procesos recíprocos de identificación entre grupos que han sido privilegiados y aquellos que han sido excluidos históricamente (Denitz, 2017).

Por su parte, tanto la antropología como los estudios culturales se han desplazado hacia definiciones de cultura que implican que no existe un simple espacio “entre culturas”, sino una compleja articulación de procesos de autoadscripción y adscripción externa, ínter-, intra- y trans-culturales, así como de identificación y de creación de la “otredad” dentro de la sociedad. De manera que hoy en día la interculturalidad debe

entenderse desde una noción de cultura mucho más híbrida, procesual y contextual que no permanece estática.

La interculturalidad crítica (Walsh, 2003) profundiza en la naturaleza histórica y estructural de las desigualdades (imperiales, coloniales, etcétera) que moldea la diversidad cultural actual e identifica a los actores colectivos que pueden transformar las relaciones asimétricas, no de manera individual sino sistémicamente, mediante el desarrollo de nuevos canales de participación, y de nuevos marcos jurídicos para el reconocimiento de nuevas instituciones y/o identificaciones poscoloniales.

2.3. Perspectiva histórica de la interculturalidad en México

En México, el colonialismo dio como resultado la subordinación política, social y económica de los pueblos indígenas. Aunque este panorama cambia levemente ante el surgimiento de la teoría evolucionista, se observa a la par un racismo científico y eurocéntrico desde mediados del siglo XIX que permitió la asociación de la raza con la nacionalidad, integrando el sentido del mestizo como base y destino del llamado “indio”. Surgen así las políticas de corte indigenista, es decir, de aquellas acciones dirigidas a los “indios” para ser normalizados y contenidos de alguna manera en el sistema del creciente nacionalismo (Campos, 2017).

La construcción del indigenismo en América Latina y México estuvo influenciada de manera importante por la teoría culturalista o del relativismo cultural. No obstante, su principal expositor, Franz Boas, presentó propuestas de investigación que chocaban con el culturalismo estadounidense y los intereses de esa nación en el territorio mexicano. Así, Franz Boas y sus discípulos consideran la inexistencia de culturas superiores e inferiores (planteada por los pensadores evolucionistas) y fundamentan la aplicabilidad de la antropología en función del respeto a la existencia de culturas consideradas como diferentes. Paradójicamente, el discurso antirracista y el discurso del indigenismo se vinculan en la idea del mestizaje para señalar la inexistencia de razas puras y la imposibilidad de degeneración de las mezclas; sin embargo, tal como afirma Molina Enríquez, citado por Bonfil Batalla (1967), los mestizos eran los únicos capaces de desarrollar el espíritu nacionalista: los blancos pose-

ían una psicología extranjerizante y los indios una psicología localista. La solución, entonces, estaba en la expansión del mestizaje: los indios deberían convertirse en mestizos, no sólo mediante la miscegenación (mezcla de tres troncos raciales en el caso americano de mongoloide, caucasoide y negroide) sino también mediante la castellanización, la educación y el reparto de los latifundios. Sólo así se haría efectiva la igualdad legal de la población: observando al mestizo como sinónimo de progreso y al indio como atraso y degeneración racial, lo que confirma al indigenismo como políticas de Estado de carácter integracionista, asimilacionista, paternalista y asistencialista.

Gonzalo Aguirre Beltrán fue un actor institucional por excelencia del indigenismo integracionista mexicano. Él acuña el concepto y genera formas de intervención de tipo aculturativo en las que hacía hincapié en que “[el] fin del indigenismo mexicano no es el indígena, es el mexicano”, que tendrá que integrarse a la nación como ciudadano producto del indigenismo. En este sentido, el mestizo es “instrumento unificador de la heterogeneidad nacional [...]”; sin embargo, surge conflicto por la explotación y dominación de éste hacia el indio, lo cual trata de revertir a través de la “integración intercultural” fundada en la “aculturación planificada”, definida como el proceso social de cambio inducido que es adoptado y apropiado por individuos y grupos sociales, y que facilita la asimilación e incorporación de las personas al sistema económico y político capitalista (Campos, 2017).

Se da cuenta así de cómo el Gobierno mexicano ha efectuado acciones “indigenistas” de carácter integracionista que se transformaron en políticas públicas de “indigenismo participativo”, y que comenzaron a calificarse de “interculturales” erróneamente (Campos, 2017), sobre todo cuando se asume el concepto de interculturalidad como “la relación entre dos o más grupos culturales en una actitud de *reconocimiento* y *respeto* para lograr un fin común en la coexistencia, no siempre exenta de conflicto” (ssa, 2018).

2.4. Marco legal de la medicina intercultural

Las luchas permanentes de los pueblos indígenas por sus derechos, el Convenio 169 de OIT, las movilizaciones de los 500 años, la proclamación del “Año Internacional de las Poblaciones Indígenas del Mundo” por parte de la ONU, que luego sería “Decenio de los Pueblos Indígenas del Mundo” y el Premio Nobel de la Paz a Rigoberta Menchú, fueron los principales hechos que evidenciaron la necesidad de promover un proceso de trabajo conjunto y coordinado en favor de los derechos de los pueblos indígenas de la región. En este contexto surge la iniciativa “Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas” en septiembre de 1993, como apoyo al logro de la meta de “Salud para Todos”, bajo el principio de equidad, que atiende las demandas del movimiento indígena respecto a mayor atención a la salud, educación, medio ambiente y derechos humanos (OPS/OMS, 1993).

La OPS trabaja de manera sistemática por la salud de los pueblos indígenas de la región en el marco del cumplimiento de cinco principios: 1) el enfoque integral de la salud; 2) derecho a la autodeterminación de los pueblos; 3) respeto y revitalización de las culturas indígenas; 4) reciprocidad en las relaciones entre los actores involucrados en los procesos, y 5) derecho a la participación sistemática de los pueblos indígenas a través de sus representantes.

Este organismo propone la incorporación del enfoque intercultural de la salud en el trabajo con poblaciones multiculturales, para comprender el lugar que cada una de las culturas ocupa en las sociedades nacionales y los determinantes sociales que afectan sus condiciones de vida y su estado de salud, y define el concepto de interculturalidad como aquella que

[...] involucra las interrelaciones equitativas y respetuosas de las diferencias políticas, económicas, sociales, culturales, étareas, lingüísticas, de género y generacionales, establecidas en un espacio determinado entre las diferentes culturas (pueblos, etnias) para construir una sociedad justa (OPS, 2009).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2009) señala que el marco intercultural para el desarrollo de políticas públicas está inte-

grado por tres principios, mismos que cuentan con enfoques que guían las acciones transversales y criterios que determinan la identificación de indicadores para evaluar la efectividad de dichos principios. Éstos se enumeran a continuación:

1. Respeto por los derechos humanos básicos. Éste es el principio fundamental en este marco, especialmente el respeto por el derecho a la vida. La aplicación de este principio requiere políticas que promuevan la *coordinación y colaboración multidisciplinaria e intersectorial* y la *integración vertical*, es decir la consistencia entre las metas de la política mundial, internacional, regional y del país para la salud de los pueblos indígenas.
2. Reconocimiento de la existencia de los pueblos indígenas. Esto implica el progresivo avance hacia la *autodeterminación* de estos pueblos, es decir, el derecho de ejercer control sobre su propio futuro en todos los dominios, incluida la salud. Para esto, el fortalecimiento de la capacidad técnica, administrativa, gerencial, y política de los pueblos indígenas es esencial para ejercer estos derechos en condiciones de equidad. Asimismo la protección del conocimiento ancestral a través del respeto a la propiedad intelectual. En este sentido, las políticas promoverán mecanismos formales dentro de las instituciones y los organismos que tienen responsabilidad para desarrollar políticas sanitarias con los pueblos indígenas, para asegurar que las poblaciones indígenas tengan oportunidades de participar en espacios de desarrollo de la política sanitaria y de ese modo tener un mayor grado de control de sus servicios, recursos y de su propia salud.
3. Voluntad política de los Estados. Este principio podría representar el más importante en términos de efectividad en el desarrollo de políticas interculturales, pues se requiere que los Estados realmente se empeñen en promover la equidad entre todos los habitantes y pueblos que conforman las naciones. Asimismo, los siguientes criterios son necesarios para conseguir la elaboración de políticas adecuadas: información de calidad, responsabilidad y recursos técnicos y financieros. En este sentido, las políticas partirán de la definición de etnicidad compatible con la propia percepción de los mismos

pueblos indígenas y el desarrollo de indicadores convencionales e indicadores adicionales capaces de medir lo que constituye un resultado positivo en los términos de los pueblos indígenas. Además, las políticas promoverán mecanismos de cogestión para desarrollar relaciones oficiales entre las organizaciones de los pueblos indígenas y las dependencias gubernamentales con responsabilidades en la formulación de la política sanitaria. En otros niveles los países deberán ser responsables de rendir cuentas en el ámbito internacional de su progreso, o de la falta de progreso, al abordar los temas de salud de los pueblos indígenas. En cuanto a la asignación de recursos, con el fin de conseguir resultados equitativos, las políticas promoverán la asignación de recursos adicionales, así como, diferente tipo de recursos según sea necesario. Por ejemplo, el acceso a sus tierras y recursos naturales, el acceso a los terapeutas y los medicamentos, el cuidado de los ancianos que son los depositarios del conocimiento tradicional, sus propios idiomas y los servicios de salud culturalmente apropiados.

En este sentido, la interculturalidad es una tarea política que debe tender a legitimar o visibilizar a los pueblos indígenas, sus conocimientos, formas de vida y organización social. En esta perspectiva, será necesaria la visualización de las similitudes y de las diferencias entre iguales, para lo cual es necesario plantear en esencia políticas respetuosas de las diferencias y que promuevan la equidad. La interculturalidad deberá ser generadora de consensos y de procesos multisectoriales y multidisciplinarios. Deberá identificar metodologías y acciones claras que permitan acceder a una real equidad, que de valor a la diferencia y enfatice en una cultura de salud, más que de enfermedad. Esto determinará la legitimación de los diversos saberes de los diversos sistemas de salud mediante acuerdos, diálogos y consensos en un marco de respeto, reciprocidad e interdependencia, fortaleciendo, generando e intercambiando expresiones o experiencias desde lo local que permitan comunicar las lecciones aprendidas en diversas redes y audiencias. Así, el reto en el logro de la equidad es que ésta se dé dentro de una dinámica intercultural.

3. La política pública actual en medicina intercultural

3.1. *La política pública de medicina tradicional de la Organización Mundial de la Salud*

En el caso de las comunidades indígenas, la medicina tradicional (MT) representa un conjunto de amplias y arraigadas prácticas y conocimientos tradicionales que, en muchas ocasiones, son utilizadas como la primera, e incluso como la única opción para atender la enfermedad y restablecer la salud, por lo que desde el enfoque de interculturalidad crítica que presenta este trabajo, la medicina tradicional representa una estrategia viable en el planteamiento de políticas públicas en salud de carácter intercultural. En este sentido, la OMS (2013) reconoce la necesidad de elaborar un enfoque coherente e integral que incorpore saberes varios en la atención de la salud. De esta manera, plantea que su estrategia sobre medicina tradicional podría contribuir a asegurar el acceso a la atención de la salud de todas las personas.

Esta política busca apoyar a las autoridades sanitarias para encontrar soluciones que propicien una visión más amplia respecto del mantenimiento de la salud y la autonomía de los pacientes. Cabe mencionar que esta política contempla tanto la medicina tradicional como la medicina complementaria; sin embargo, para fines de este trabajo se aborda únicamente lo relacionado con la primera. Así, los dos objetivos principales de dicha política son: prestar apoyo a los Estados miembros para que aprovechen la posible contribución de la medicina tradicional a la salud, el bienestar y la atención de salud centrada en las personas; y promover la utilización segura y eficaz de la medicina tradicional mediante la reglamentación de productos, prácticas y profesionales. En este sentido, la OMS establece los siguientes objetivos estratégicos:

1. Desarrollo de una base de conocimientos y formulación de políticas nacionales.
2. Fortalecimiento de la seguridad, la calidad y la eficacia mediante la reglamentación.

3. Fomento de la cobertura sanitaria universal por medio de la integración de servicios de medicina tradicional y la autoatención de salud en los sistemas nacionales de salud.

La política de MT tiene la finalidad de ayudar a los Estados miembros a desarrollar políticas dinámicas y aplicar planes de acción que refuercen el papel de la medicina tradicional en el mantenimiento de la salud de las personas. Cabe mencionar que esta estrategia se orienta en profundizar la estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005, en cuyo marco se examinó la situación de la medicina tradicional en el mundo y en los Estados miembros, y se establecieron los siguientes objetivos dentro de cuatro rubros principales:

1. Política: cuando sea posible, integrar la medicina tradicional en los sistemas nacionales de salud mediante el desarrollo y la aplicación de políticas y programas nacionales sobre medicina tradicional.
2. Seguridad, eficacia y calidad: promover la seguridad, eficacia y calidad de la medicina tradicional mediante la ampliación de la base de conocimientos y la prestación de asesoramiento sobre normas reglamentarias y de garantía de la calidad.
3. Acceso: mejorar la disponibilidad y asequibilidad de la medicina tradicional, y especialmente el acceso de las personas pobres.
4. Uso racional: promover el uso terapéutico racional de la medicina tradicional entre los profesionales y los usuarios.

3.2. Políticas públicas en salud indígena, medicina tradicional e interculturalidad en México

A mediados del siglo XX surgió la preocupación estatal por la situación desventajosa de los pueblos indígenas, lo que dio origen a las políticas de corte indigenista ante la creencia de que los mestizos eran los únicos capaces de desarrollar el espíritu nacionalista para hacer efectiva la igualdad legal de la población.

De esta manera surgieron las acciones integracionistas y asimilacionistas, que sirvieron de orientación a los antropólogos mexicanos Manuel Gamio, Miguel Othón de Mendizábal, Moisés Sáenz, para promover las

líneas teóricas y prácticas del Congreso Indigenista Interamericano celebrado en Pátzcuaro, Michoacán, en 1940, que fue fundamental para la creación del Instituto Nacional Indigenista en 1948 (Campos, 2017).

En ese primer congreso se concluyó que era de interés público reconocer el problema de los pueblos indígenas del continente americano. En relación con la salud, se recomendaba la instalación en regiones indígenas de “Centros de medicina social, preventiva y curativa que se ocupen de mejorar las condiciones de salud de los habitantes y de combatir las enfermedades” con especial atención a patologías infecciosas y parasitarias (oncocercosis, paludismo, el mal de pinto, etc.), la creación de escuelas médicas rurales, la investigación científica de la botánica medicinal indígena y el mejoramiento de la alimentación (Val, 2015).

El Instituto Nacional Indigenista (INI) absorbió la propuesta de Aguirre Beltrán sobre la necesidad de generar un programa de salud acorde con la situación “intercultural” del país (Peña, 2013). Bonfil Batalla (1993) refería esto como la construcción de un terreno común de solidaridad bajo el sentido de legitimidad tradicional y no solo de imposición legal del sistema oficial, lo que daría paso a una “intervención culturalmente apropiada para la medicina oficial”. No obstante, a pesar de tales afirmaciones el INI adoptó una política con muy escasa relación con los terapeutas tradicionales.

Durante el gobierno de Carlos Salinas (1988-1994) —que se caracterizó por el impulso de una política económica de corte liberal, con privatización de paraestatales y disminución en la intervención del Estado— se inicia una nueva etapa participativa en la relación con los médicos indígenas. Sin embargo, durante el gobierno de Vicente Fox (2000-2006) el INI se transforma (y, en realidad, se degrada) en Comisión para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDPI), con una política de continuidad asistencialista que posteriormente cambiaría de denominación y conformaría la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural (DMTDI) en la Secretaría de Salud. A pesar de esto, en el año 2006 el Gobierno federal llevó a cabo la modificación de varios artículos de la Ley General de Salud (EUM, 2006), de manera que se incorpora la “medicina tradicional indígena” en dicho marco legal. Así, en su artículo 6 fracción VI bis indica: “[...] promover el conocimiento

y desarrollo de la medicina tradicional indígena y su práctica en condiciones adecuadas”, y en su artículo 93 establece:

De la misma manera 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 (EUM, 2006).

En la actualidad la Secretaría de Salud y su DMTDI es la dependencia federal que se responsabiliza de la salud indígena. Ésta tiene como objetivo

[...] definir e impulsar la política intercultural en la oferta de los servicios institucionales, con una visión acorde con las expectativas de la sociedad en un marco de respeto y promoción de los derechos humanos, la perspectiva de género y una visión innovadora que promueve la interrelación con la medicina tradicional mexicana y las denominadas medicinas complementarias, presentes en la preferencias de la sociedad (SSA, 2018).

Como se puede notar, México, al reconocerse como país multiétnico y pluricultural ha experimentado un amplio movimiento social a favor de la diversidad y el respeto a los derechos humanos. Esto se refleja en el impulso a modificaciones en diferentes ordenamientos legales, tales como la elaboración de diversas leyes secundarias, como los artículos 1º y 2º de la Constitución, la Ley General de Derechos y Cultura Indígena, la Ley General de Derechos Lingüísticos de los Pueblos Indígenas, la Carta de los Derechos de los Pacientes, la Carta de los Derechos de los Médicos y la Carta General de los Derechos Humanos, entre otros documentos normativos.

Por su parte, el artículo 2º constitucional menciona:

La Nación tiene una composición pluricultural sustentada originalmente en sus pueblos indígenas que se describen como aquellos que descienden de poblaciones que habitaban en el territorio actual del país al iniciarse la colonización y que conservan sus propias instituciones sociales, económicas, culturales y políticas, o parte de ellas.

Asimismo en el apartado B se establece que:

Para promover la igualdad de oportunidades de los indígenas y eliminar cualquier práctica discriminatoria, se establecerán las instituciones y se determinarán políticas necesarias para garantizar la vigencia de los derechos de los indígenas y el desarrollo integral de sus pueblos y comunidades, las cuales deberán ser diseñadas y operadas conjuntamente con ellos. Para abatir las carencias y rezagos que afectan a los pueblos y comunidades indígenas, dichas autoridades tienen la obligación de: asegurar el acceso efectivo a los servicios de salud mediante la ampliación de la cobertura del sistema nacional, aprovechando debidamente la medicina tradicional, así como apoyar la nutrición de los indígenas mediante programas de alimentación, en especial para la población infantil.

4. Análisis crítico de las políticas en medicina intercultural

A lo largo del presente ensayo se han descrito las políticas públicas interculturales en materia de salud a escala nacional e internacional. Son varias las propuestas que se han planteado para una política pública de medicina intercultural, sin embargo, el impacto de las políticas interculturales en la salud de los pueblos indígenas es bajo o han contribuido a la desarticulación del tejido social en salud de los pueblos originarios.

En el caso de las propuestas de organismos internacionales como la estrategia de la OMS de medicina tradicional (2014-2023), si bien propone a la medicina tradicional como una opción para que toda la población tenga acceso a la salud, en especial los pueblos indígenas, lo cierto es que si se analizan los objetivos bajo los que se plantea esta estrategia, se puede observar una tendencia integracionista de la medicina tradicional en el actual sistema de salud occidental como estrategia de política pública, pretendiendo reglamentar y racionar el uso de la misma. Más que un diálogo de saberes y una coexistencia de ambos modelos de salud —el occidental y el de los pueblos originarios—, se pretende asimilar el sistema de atención de los pueblos al sistema de salud hegemónico occidental.

No obstante, la propuesta acerca de la ampliación de la base de conocimientos respecto a la medicina tradicional resultaría oportuna en tanto que se permita al personal de salud vislumbrar otras alterna-

tivas de tratamiento que le brinden una perspectiva más amplia acerca del tratamiento de enfermedades.

En este sentido, resulta importante remarcar la tendencia a favorecer el conocimiento y uso de la medicina tradicional sólo con fines económicos que busquen beneficiar nuevamente a algunos por sobre otros, no debería sorprendernos que los pueblos originarios se hagan escuchar de otra manera, más que buscando el diálogo, que es lo que se pretende.

Con base en el análisis de las propuestas sobre interculturalidad, pareciera que la OPS tiene una propuesta más clara en este sentido. De hecho, mucho del planteamiento que aborda pareciera inclinarse hacia un enfoque de interculturalidad crítica que verdaderamente considera a las poblaciones originarias en la formulación de políticas públicas en salud. Sin embargo, el enfoque multicultural (más que intercultural) que en ocasiones permea su discurso, en conjunto con el sistema vertical de política pública que plantea, brindan evidencia acerca de las posibles razones por las que las políticas públicas de sus países miembros, como es el caso de México, fracasan.

En México las políticas públicas de medicina intercultural tienen un carácter indigenista con una propuesta de interculturalidad asimilacionista. Desde una perspectiva crítica, estudios socio-antropológicos muestran el carácter discriminatorio y excluyente de las políticas públicas hacia los pueblos indígenas, lo que expresa la enorme desigualdad social a la que se enfrenta el sistema de salud de los pueblos originarios. Además, en el plano de la atención biomédica existen barreras estructurales (económico-políticas) y no tanto culturales, que impiden un acceso real a los servicios de salud. Esto se debe en gran medida, a que en los países periféricos poscoloniales, como sucede en la mayor parte de los Estados-nación mesoamericanos, los valores y significados culturales de la salud se ven influidos por los modelos internacionales dominantes, pues incluso en la asunción del concepto de interculturalidad, permea el contexto en el que se considera su utilización. De manera que, mientras en algunas sociedades la interculturalidad se utiliza para referir a la diversidad “provocada” por la migración, como es el caso de países anglosajones o europeos, en otras la misma noción se aplica para las

interacciones entre pueblos indígenas y descendientes de colonizadores, como es el caso de México.

Así, en las políticas públicas de salud en México se percibe una creciente tensión entre una interpretación de la interculturalidad como estrategia programática y política para pulir, suavizar o mitigar las relaciones entre grupos, en tanto las competencias interculturales se definen como herramientas y recursos funcionales para elevar la tolerancia, el entendimiento mutuo y la empatía. Sin embargo, la interculturalidad como recurso funcional para mejorar las relaciones sociales tiende a reconocer acriticamente la situación actual mediante la identificación de características individuales como carencias y causas de exclusión, de discriminación y de relaciones asimétricas persistentes. Como consecuencia, las políticas públicas se desarrollan bajo un modelo de aculturación y asimilación, donde la identidad del mestizo es el modelo de identidad cultural nacional.

Desde la perspectiva de la interculturalidad crítica, la política pública de medicina intercultural se interpreta en términos de antidiscriminación, concientización y negociación de conflictos a través del diálogo de saberes con una estrategia transformadora para develar, cuestionar y transformar desigualdades históricamente arraigadas dentro de la sociedad. De esta manera, profundiza en la naturaleza histórica y estructural de las desigualdades (imperiales, coloniales, etcétera) que moldea la diversidad cultural actual e identifica a los actores colectivos que pueden transformar las relaciones asimétricas entre el sistema de salud de los pueblos originarios y el sistema de salud occidental, no de manera individual sino sistémicamente, mediante el desarrollo de nuevos canales de participación y de nuevos marcos jurídicos para el reconocimiento de nuevas instituciones y/o identificaciones poscoloniales.

Es preciso identificar entonces estrategias que permitan el acercamiento de la atención formal de salud a esta población, tomando en cuenta las diferencias culturales, lengua, comunicación, valores, creencias, organización social, formas de vida, organización del tiempo y los recursos terapéuticos propios de la comunidad. Es primordial un equipo multidisciplinario que dialogue en situación de igualdad con las personas de las comunidades que tienen a su cargo el sistema tradicional en salud,

para que apoyen en la comprensión de los factores socioculturales que influyen en el mejoramiento de la atención de salud y la accesibilidad del servicio, facilitando la ampliación y cobertura en la atención de salud en zonas con población indígena.

5. Propuesta de política pública en medicina intercultural en México

Uno de los propósitos centrales de una nueva política pública de medicina intercultural es recuperar los valores internos de los pueblos originarios que habitan el Estado-nación mexicano, situado en la periferia de los países industrializados poscoloniales, para configurar una política de salud intercultural conservando la propia identidad cultural, retomada desde la propuesta planteada por Crocker (2015) sobre teorías para construir un enfoque interétnico cultural que considere también a las diferentes etnias y no sólo a las diferentes culturas, que es en donde el concepto de interculturalidad también parece encontrar un obstáculo.

Una de las teorías importantes para fundamentar la comprensión de los aportes de los pueblos originarios para la construcción de la política interétnico-cultural es la teoría de la identidad social, comprendida por Giménez (2000) como:

El conjunto de repertorios culturales interiorizados (significados, valores, símbolos) a través de los cuales los actores sociales (individuos o colectivos) demarcan sus fronteras y se distinguen de los demás en una situación determinada, todo ello dentro de un espacio históricamente específico y socialmente estructurado (Giménez, 2000).

Con base en los elementos de la teoría de la interculturalidad crítica, desde una perspectiva sociohistórica se parte de que la cultura en salud es una construcción social e histórica que responde al proyecto particular que cada pueblo se traza como propio. Desde esta perspectiva histórica, la cultura en salud de los pueblos originarios es la capacidad dinámica de crear un mundo propio, de simbolizarlo y de transmitirlo socialmente, que se expresa en ámbitos concretos, como valores que transmiten, crean,

recrean, permanecen y se combinan en los encuentros y desencuentros entre los distintos pueblos y sus construcciones culturales.

Este contacto cultural con otros pueblos que habitan en México es matizado con las estrategias que las culturas utilizan para mantener este juego de construcción-recreación. Por ello es inadmisibles que determinada cultura se tome como referente universal y que otras culturas se han establecido históricamente a partir de este supuesto de superioridad, lo que ha conducido en diversos momentos y lugares —como es el caso de México— a la desaparición de las culturas subalternas en salud, con el afán de homogenizar a la población. Desde esta perspectiva, la interculturalidad en salud es una relación que establecen dos o más culturas a través de personas, grupos, comunidades o etnias. La medicina intercultural que se busca propiciar desde esta perspectiva tiene características específicas:

1. Es una relación entre dos sistemas de salud en situación de igualdad, que ocurre en el marco de las leyes vigentes para todos;
2. Es una relación interétnico-cultural para el logro del derecho a la salud que establecen dos o más etnias en condiciones de inclusión y horizontalidad, con reciprocidad, con apertura a la otredad, con respeto al otro, a quien se reconoce como ser humano digno de ejercer todos los derechos humanos, con empatía y solidaridad.
3. Es una relación e intercambio entre dos sistemas de salud, que se produce con el uso de una lengua común que dominan las etnias que se relacionan, o a través de un intérprete calificado.
4. Es una relación entre una o más etnias que reconocen el derecho que todos tenemos a ser diversos, que valoran la diversidad como riqueza potencial, que están abiertos a la alteridad, que conocen su identidad y pueden manifestarla ante los otros, y que reconocen la manifestación de la identidad de los demás (Sandoval, 2007).

La postura crítica de salud intercultural en sociedades poscoloniales propone una lectura distinta de la historia y el empoderamiento del sujeto desde su sitio de enunciación. Este pensamiento se sustenta en diversas fuentes que han desarrollado críticas al modelo occidental, el cual supone también el tránsito a una sociedad intercultural, pero que

no se piensa desde la perspectiva colonial del multiculturalismo y el interculturalismo funcional, sino diferencia el proyecto de la interculturalidad de los subordinados e invisibilizados, frente al discurso de la interculturalidad de la cultura dominante.

En síntesis, es importante superar el modelo de medicina intercultural asimilacionista, que invisibiliza la diversidad sustentada en la igualdad de todos los individuos ante la ley y la intervención del Estado, cuya premisa básica es la primacía de la cultura occidental sobre otras identidades.

En conclusión, la propuesta del presente trabajo se concreta en los siguientes ejes de política pública:

- Implementar reuniones locales, regionales y nacionales donde participen los sabios indígenas para plantear una nueva política de salud pública intercultural.
- Desarrollo del sistema de medicina tradicional de los pueblos indígenas que fortalezca su identidad étnico-cultural.
- Creación de comunidades emergentes de conocimiento en salud intercultural (comunidades científicas) que rescaten los saberes en salud de los pueblos originarios y contribuyan a empoderar el sistema de salud tradicional.
- Realizar investigación entre ancianos y sabios indígenas e investigadores occidentales (investigadores de las universidades, expertos en salud pública intercultural) que permita consolidar las comunidades de conocimiento local interétnico-cultural.
- Fortalecer el diálogo de saberes entre los personajes del sistema de salud tradicional con el personal del sistema de salud occidental.
- Generación de infraestructura pertinente con la cosmovisión de los pueblos originarios para la atención de la salud en los lugares en los que viven. Casas de salud, farmacias comunitarias, jardines botánicos.
- Desarrollar sistemas de gestión local de servicios de salud interculturales en donde participen en equidad los líderes indígenas y los gestores del sistema de salud occidental.
- Modificar el planteamiento de hospitales interculturales, pues éstos no deberían estar en zonas mestizas. Establecer centros de atención

en los que las personas sean atendidas por miembros de la comunidad con experiencia en medicina tradicional.

- Formación de intermediarios de diálogo entre los sistemas de salud a través de la creación de carreras en salud y alimentación en universidades interculturales.

Referencias bibliográficas

- Bonfil Batalla, G. (1967). Andrés Molina Enríquez y la Sociedad Indianista Mexicana: El indigenismo en vísperas de la Revolución. *Anales del Instituto Nacional de Antropología e Historia*, núm. XVIII, pp. 217-232.
- . (1993). *Hacia nuevos modelos de relaciones interculturales*. México: Consejo Nacional para la Cultura y las Artes.
- Campos Navarro, Roberto, Peña Sánchez, Edith Yesenia, y Paulo Maya, Alfredo. (2017). Aproximación crítica a las políticas públicas en salud indígena, medicina tradicional e interculturalidad en México (1990-2016). *Salud Colectiva*, 13(3): 443-455.
- Gobierno de la República. (2016). Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. *Diario Oficial de la Federación*, 5 de febrero de 1917. Última reforma DOF 29 de enero de 2016. Disponible en: <http://www.ordenjuridico.gob.mx/Constitucion/cn16.pdf>
- Crocker, R. (2015). Marco teórico para construir una propuesta de educación universitaria interétnica cultural. *Educación universitaria con los pueblos originarios: La experiencia con los wixaritari* (pp. 67-93). México: Ediciones de la Noche.
- Crocker, R., Moreno, M., y Rodríguez, M. (2018). *Soberanía alimentaria y vida sustentable. Políticas públicas y educación participativa con los campesinos de Jalisco. Elementos teórico-metodológicos para la construcción de políticas públicas multisectoriales para el derecho a la salud, la alimentación y la biodiversidad de los territorios con participación de los campesinos mexicanos*. México, pp. 15-49.
- Dietz, G. (2017). Interculturalidad: Una aproximación antropológica. *Perfiles Educativos*, xxxix(156): 192-207.
- Dye, T. (2008). *Understanding public policy*. Prentice Hall, pp. 1-20.
- Ellstrand, N. C. (2001). When Trangnsngnes Wander, Should we Worry? *Pant Physiol*, núm. 125, pp. 1543-1545.
- Estados Unidos Mexicanos. (2006). Decreto que reforma y adiciona diversas disposiciones de la Ley General de Salud. *Diario Oficial de la Federación*, DCXXXVI(13): 77 y 78. EUM.

- Giménez, G. (2000). Identidades étnicas: Estado de la cuestión. En: CIESAS-
INI, *Los retos de la etnicidad en los Estados-nación del siglo XXI*. México.
Gundara, Jagdish. (2000). *Interculturalism, Education, and Inclusion*. Lon-
dres: Paul Chapman Educational Publishing.
- Organización Panamericana de la Salud. (1993). Salud de los pueblos indí-
genas. *SILOS*, núm. 34. Washington, DC: OPS/OMS.
- . (2009). *La salud de los pueblos indígenas de las Américas: Conceptos,
estrategias, prácticas y desafíos*. ops. Disponible en: <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/53-spi-conceptos-estrategias.pdf>
- Peña, E. Y., y Hernández-Albarrán, L. (2013). *Entre saberes ancestrales y
conocimientos contemporáneos: Las representaciones y prácticas curativas
en Suchitlán, Comala, Colima*. México: Instituto Nacional de Antropo-
logía e Historia.
- Rojas, R. (2008). *Programa Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas.
Plan de acción 2005-2007*. Organización Panamericana de la Salud
(OPS). Disponible en: [http://www.cdi.gob.mx/participacion/dlupe/
programa_salud_indigenas_oms.pdf](http://www.cdi.gob.mx/participacion/dlupe/programa_salud_indigenas_oms.pdf)
- Sandoval, E. (2007). *La interculturalidad en la educación superior en México*.
Ra Ximahi. Universidad Autónoma Indígena de México.
- Secretaría de Salud. (2002). *Fortalecimiento de la medicina tradicional*.
México: Coordinación de Salud para los Pueblos Indígenas, Programa
de Acción: Salud y Nutrición para los Pueblos Indígenas. Disponible en:
[https://www.gob.mx/cms/uploads/.../modelofortalecimientomedici-
natradicional.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/.../modelofortalecimientomedici-
natradicional.pdf)
- . (2018). *Medicina tradicional y desarrollo intercultural*. México: SSA.
Disponible en: [https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/
medicina-tradicional-y-desarrollo-intercultural](https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/
medicina-tradicional-y-desarrollo-intercultural)
- Val, J., y Zolla, C. (2015). *Documentos fundamentales del indigenismo en
México*. México: UNAM-Programa Universitario de Estudios de la Diver-
sidad Cultural y la Interculturalidad.
- Velásquez, R. (2009). *Hacia una nueva definición del concepto de política
pública*. *Desafíos*, pp. 148 y 149.
- Walsh, Catherine. (2003). Interculturalidad y colonialidad del poder: Un
pensamiento y posicionamiento del otro desde la diferencia colonial.
En: Catherine Walsh, Álvaro García Linera y Walter Dignolo (eds.),
Interculturalidad, descolonización del Estado y del conocimiento (pp.
21-70). Buenos Aires: Ediciones del Signo.

Glosario conceptual

- *Indigenismo*: acciones integracionistas y asimilacionistas dirigidas a los “indios” para ser normalizados y contenidos de alguna manera al sistema del creciente nacionalismo.
- *Indigenismo participativo*: proceso social de cambio inducido que es adoptado y apropiado por individuos y grupos sociales, y que facilita la asimilación e incorporación de las personas al sistema económico y político capitalista.
- *Interculturalidad*: relación de dos o más grupos humanos o culturales que conviven en un mismo entorno, bajo una actitud de respeto y reconocimiento.
- *Medicina hegemónica*: medicina alopática o medicina occidental en un sistema de salud convencional.
- *Medicina intercultural*: hace referencia al enfoque intercultural de la salud, que se entiende como un equilibrio entre los diferentes conocimientos, creencias y prácticas de la medicina tradicional respecto a la salud y la enfermedad, la vida y la muerte, así como cuestiones biológicas y sociales, perceptibles no sólo mediante manifestaciones visibles, sino también en una dimensión cósmica espiritual.
- *Medicina tradicional*: la suma total de los conocimientos, capacidades y prácticas basados en las teorías, creencias y experiencias propias de diferentes grupos indígenas acumulados a través del tiempo, bien sean explicables o no, utilizados para mantener la salud y prevenir, diagnosticar, mejorar o tratar enfermedades físicas y mentales. Utiliza un conjunto de procedimientos terapéuticos que incluyen la herbolaria, el uso de productos animales y minerales; diferentes tipos de masajes, punciones y aplicación de calor y humedad; además de la utilización de limpias y ensalmos, entre otros.

POLÍTICAS PÚBLICAS INCLUYENTES

DECLARACIÓN DE COLOTLÁN PARA EL ANÁLISIS Y PROPUESTAS DE SOLUCIÓN DE LA PROBLEMÁTICA DE LA ANEMIA Y MALNUTRICIÓN DEL PUEBLO WIXÁRIKA

Los representantes locales en salud, educación, consejeros ancianos y estudiantes del Cunorte del pueblo wixárika del estado de Jalisco en diálogo con estudiantes e investigadores del Programa de Educación en Salud, Ambiente y Nutrición en Comunidades (Proesanc) del Instituto Regional de Investigación en Salud Pública de la Universidad de Guadalajara y la Unidad de Investigación de la Universidad Guadalajara Lamar con trabajadores de la Región I de la Secretaría de Salud, reunidos en las instalaciones del Hotel Los Gálvez del municipio de Colotlán los días 17, 18 y 19 de noviembre de 2017:

DECLARAN

1. Que el derecho a la salud, a la alimentación sana y a vivir en territorios biodiversos en armonía con la Madre Tierra, es un derecho humano del pueblo wixárika que ha vivido ancestralmente en el estado de Jalisco y estados vecinos, tienen fundamento en las leyes estatales y nacionales y están en concordancia con el derecho internacional firmado por el Gobierno de la República de los Estados Unidos Mexicanos.
2. Que los derechos humanos en salud, alimentación y biodiversidad de nuestros territorios tienen un vínculo con las políticas públicas relacionadas con la Soberanía para la Seguridad Alimentaria, la Salud Pública y con la vida de la Madre Tierra, las plantas y animales que

habitamos las cuencas y microcuencas de la Sierra Wixárika ubicada en las estribaciones de la Sierra Madre Occidental.

3. Que las políticas públicas en salud, alimentación y desarrollo social para resolver los problemas de anemia y malnutrición de nuestras familias que se impulsen en localidades y comunidades que conformamos el pueblo wixárika, deben ser producto de un diálogo social respetuoso que generen acuerdos de solución y deberán propiciar una mejora de la biodiversidad de los territorios en donde vivimos, la soberanía y seguridad alimentaria y mejores niveles de salud y bienestar de nuestras familias.
4. Con base en el análisis de los estudios sustentados en la metodología de investigación acción participativa, realizados por investigadores vinculados con nuestras organizaciones de salud, educación y desarrollo social en las comunidades de Santa Catarina Cuexcomatitlán (Tuapurie), San Sebastián Teponahuaxtla (Wuatja) y San Andrés Cohamiata (TateiKie) se encuentra la siguiente problemática:
 - a. Los niños menores de 6 años tienen una prevalencia de anemia de 67%, una prevalencia de desnutrición aguda de 10.9% y desnutrición crónica de 54%.
 - b. Las mujeres en edad fértil de 15 a 49 años tienen una prevalencia de anemia de 72%, desnutrición aguda de 4% desnutrición crónica de 76% y una prevalencia de sobrepeso y obesidad de 43%.
 - c. Los adultos de más de 30 años y adultos mayores padecen una prevalencia de sobrepeso y obesidad de 39.2%, prevalencia de prediabetes de 21.7% y de diabetes de 13.3% que se acompaña de prevalencia de presión arterial de 20%.
 - d. La problemática de anemia y malnutrición de acuerdo con los estudios realizados está asociada a alta presencia de microbios y parásitos como: contaminación de agua de consumo en el hogar por Giardia Lamblia con 52%; helmintos como ascariasis, hymenolepsis nana y uncinariasis.
 - e. La problemática de parasitosis está generando problemas de diarrea crónica que es de 33% en los niños menores de 5 años.

- f. La problemática de anemia en niños está asociada con problemas de disminución del consumo de lactancia materna e incorporación de otros alimentos de forma tardía.
5. Que de acuerdo con los estudios realizados en los niños del pueblo wixárika por los investigadores del Proesanc en el año 2010 comparados con los datos del estudio 2017, la problemática de anemia no ha mejorado significativamente y en el caso de la malnutrición, si bien hay una mejoría en la desnutrición aguda, el problema de la desnutrición crónica se ha deteriorado, en donde la anemia es un factor causal.
6. Producto de las discusiones realizadas en los talleres del Foro Regional de “Anemias y Malnutrición en el Pueblo Wixárika” que realizamos en el lugar y fecha mencionada anteriormente:

A C U E R D A N

1. Impulsar una política pública que esté sustentada en los siguientes principios y valores:
 - a. El derecho a la salud, alimentación y la biodiversidad de los territorios que habitamos en nuestras comunidades está relacionado con la cosmovisión de vivir en forma armoniosa con la Madre Tierra, el agua, el aire, las plantas y animales de nuestro entorno ambiental, que forman parte de la cultura ancestral de nuestros pueblos.
 - b. Debe ser participativa e integrativa; con todos los representantes de nuestro pueblo, la igualdad social, género y la condición etaria; sustentada en el diálogo social respetuoso con todos los sectores involucrados: pueblos originarios, sociedad civil, instancias públicas del Gobierno estatal y federal, así como las universidades de la Región Norte del estado de Jalisco y en donde el pueblo wixárika sea el principal actor para todas las acciones de salud, alimentación y ambiente.
 - c. Debe estar sustentada en el uso de tecnologías propias de nuestra cultura, el desarrollo de las fuerzas productivas y sociales de nuestros territorios y la capacidad de ser sostenibles con los recursos propios y de gestión ante instancias de gobierno y de

la sociedad civil por las comunidades de nuestros pueblos y sus organizaciones representativas.

2. Impulsar las siguientes estrategias y acciones para resolver la problemática de anemias y malnutrición, como parte de una política pública articulada para hacer válido el derecho a la salud, la alimentación y la biodiversidad de las cuencas y micro-cuencas donde vivimos:
 - a. Desarrollar una política de producción agrícola, en donde se incorporen los abonos orgánicos, el control biológico de plagas y el uso de semillas criollas para desarrollar el Sistema de Producción de Coamil, que permitan el autoabastecimiento permanente de maíz, frijol, amaranto, quelites, como base de la alimentación tradicional wixárika, como fuentes de energía, proteínas y microminerales como el hierro, para prevenir la aparición de la anemia y la desnutrición.
 - b. Desarrollar las granjas agroecológicas interculturales, como el modelo de agricultura familiar en pequeños espacios, en donde se priorice la producción de animales de traspatio, la horticultura y el cultivo de plantas medicinales con tecnologías agroecológicas, que posibiliten la autogestión alimentaria y de salud con nuestros propios recursos.
 - c. Desarrollar redes de productores alimentarios orgánicos y de comercio justos a escala local y municipal que garanticen espacios y precios para que los productores wixaritari y sus familias mejoren sus condiciones de vida, su alimentación y de salud.
 - d. Impulsar estrategias para mejorar las condiciones de saneamiento básico en el hogar consultando a los sabios de la comunidad que incluyan:
 - Mejora la calidad de agua de consumo humano a través de un programa de potabilización, impulso de filtros artesanales, entre otras acciones.
 - Desarrollar un modelo de letrización que no consuma agua, ante la carencia crónica que padecen las comunidades, principalmente a través de letrinas secas aboneras.

- a. Impulsar una política para el manejo sustentable y sostenible de aguas de los territorios donde vivimos, basada en las siguientes estrategias y acciones:
 - Proteger los ríos, presas y ojos de agua con el manejo adecuado de los residuos de aguas domésticas.
 - Impulsar tecnología apropiada para el manejo sustentable de agua, que incorpore la recolección de agua de lluvia, la recarga de los mantos acuíferos, el riego por microgoteo, entre otras acciones.
- e. Impulsar una auténtica política de salud intercultural, en donde el sistema de salud estatal interactúe de manera respetuosa con los sistemas de salud tradicionales de nuestras comunidades que incluyan sus propios recursos humanos y las terapéuticas propias.
- f. Que los programas de salud intercultural para diagnosticar y atender los problemas de anemia y malnutrición cuenten con los recursos diagnósticos (hemoglobímetro, glucómetro y sus insumos, así como básculas y estadímetros, entre otros) para atender tempranamente los problemas que afectan a nuestros pueblos.
- g. Que los programas para combatir el hambre y la malnutrición que actualmente existen en la Sierra Wixárika incorporen la suplementación, complementación y fortificación con hierro y ácido fólico, para resolver la prevalencia elevada de anemia en el grupo materno-infantil y los adultos mayores en nuestras comunidades.
- h. Promover la lactancia materna y el inicio temprano de alimentos ricos en fuentes minerales en lactantes, con alimentos que existen en la dieta habitual y alimentos externos fortificados con hierro y ácido fólico, para disminuir la anemia en niños pequeños.
- i. Desarrollar una política de formación y capacitación de los promotores de salud y profesores que laboran en nuestros pueblos que generen competencias para diagnosticar y desarrollar sus propios proyectos, a través de mejorar las capacidades de pla-

neación y de evaluación continua desde sus propias realidades locales.

- j. Fomentar en los espacios escolares de todos los niveles educativos propios de la etnia, una cultura de autocuidado de la salud, alimentación sana, protección, cuidado y manejo sustentable y sostenible de la biodiversidad de los territorios que propicien modos de vida sustentables en las familias y comunidades, incorporando esta visión en los currícula de todos los niveles educativos (pre-escolares, escolares, secundaria, preparatoria y universidades).
- k. En alianza con las universidades, centros e institutos de investigación, desarrollar líneas y proyectos de investigación básica y aplicada con enfoque intercultural y participativo con las comunidades y pueblos originarios, que generen conocimientos y tecnología apropiada a las necesidades y demandas, que propicien un nuevo modelo de desarrollo social que integre la preservación de la biodiversidad, la salud pública y la soberanía y seguridad alimentaria en dirección de resolver la problemática de anemia y malnutrición que es el propósito del Foro y de la presente Declaración de Colotlán.

Asistentes al Foro de Colotlán

Del 17 al 19 de noviembre de 2017

Equipo de investigadores y encuestadores	
Nombre	Puesto
Dr. René Crocker Sagastume	Líder del Cuerpo Académico UDEG 820
Dr. José Luis Vasquez Castellanos	Miembro del Cuerpo Académico
Mtra. Teresa de Jesús Pérez Castellanos	Miembro del Cuerpo Académico
Dra. Vylil Georgina García Serrano	Colaboradora del Cuerpo Académico/profesora del cucs
Mtra. Gabriela Luna Hernández	Colaboradora del Cuerpo Académico/profesora del cucs

POLÍTICAS PÚBLICAS INCLUYENTES. DECLARACIÓN DE COLOTLÁN PARA EL ANÁLISIS Y PROPUESTAS DE SOLUCIÓN DE LA PROBLEMÁTICA DE LA ANEMIA Y MALNUTRICIÓN DEL PUEBLO WIXÁRIKA

Equipo de investigadores y encuestadores	
Nombre	Puesto
Lic. Jennifer Alejandra Guzmán Rivera	Becaria de Conacyt/cucs
PSS Emanuel Sánchez Zúñiga	Becario del Proesanc/cucs
Jocelyn Alejandra Navarro Zuno	Practicante de Lic. en Nutrición Código 210645751
Janeth Covarrubias de Santiago	Practicante de Lic. en Nutrición Código 302135213
Carolina Lizeth Medina Aréchiga	Practicante de Lic. en Nutrición, Código 210679869
Representantes de las comunidades wixaritari	
Nombre	Cargo y comunidad de origen
Antonio González González	Líder Programa Medicina Tradicional, Santa Catarina Cuexcomatitlán
Muwiema López González	Promotora de Nutrición de Santa Catarina Cuexcomatitlán
Pari Temai González Hernández	Promotor de Agroecología de Santa Catarina Cuexcomatitlán
Silvestre Ortiz Salvador	Promotor de Salud de la Secretaría de Salud de San Andrés Cohamiata
Rosalío Rivera Carrillo	Líder de Desarrollo Social de San Andrés Cohamiata
Daria Salvador Serio	Pasante de Nutrición de San Miguel Huaistita
Francisco Benítez	Dr. en Educación, líder de programa escolar en San Sebastián Teponahuaxtla
Melesio Carrillo López	Director de Escuela Primaria de Mesa del Tirador, San Sebastián
Simona Enríquez Carrillo	Promotora de Salud de Secretaría de Salud en Bajío del Tule, San Sebastián
Maité Aguilar Vilchis	Promotora de Salud de Secretaría de Salud en Colonia Rivera, San Sebastián

Programa del Foro para Construir la “Declaración de Colotlán”

Fechas: 17 al 19 de noviembre de 2016.

Lugar: Hotel Gálvez, Colotlán, Jalisco.

Participantes

- Promotores de Salud y profesores de las comunidades de la etnia wixárika que habitan los municipios de Mezquitic y Bolaños en el estado de Jalisco.
- Investigadores y becarios del Programa de Educación en Salud, Ambiente y Nutrición en comunidades del Instituto Regional de Investigación en Salud Pública, Departamento de Salud Pública, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara.
- Representantes de la Región Norte de la Secretaría de Salud del estado de Jalisco.

Propósito del Foro

Generar una política pública local basada en criterios de derechos humanos, interculturalidad, sustentabilidad y responsabilidad social compartida entre los diferentes actores que tienen incidencia en los problemas de salud y alimentación en la etnia wixárika, con énfasis en la malnutrición, la anemia y las enfermedades crónico-degenerativas.

Objetivos

1. Analizar los resultados de la investigación “Factores asociados a la anemia en el grupo materno-infantil de la etnia wixárika” y “Prevalencia de obesidad, hipertensión y diabetes en las comunidades de la etnia wixárika”.
2. Comparar la situación actual con los estudios epidemiológicos realizados en las comunidades en el año 2010.

3. Plantear soluciones a los problemas detectados en forma conjunta: comunidades wixaritari, investigadores y representantes de la Secretaría de Salud.
4. Elaborar un plan de acción a corto, mediano y largo plazos para prevenir y resolver la problemática de salud y nutrición planteada con base en los estudios.

Actividades del Foro

Fechas	Actividades	Lugar	Responsables
3 al 16 de nov. 2017	Invitar a los participantes	Guadalajara, Colotlán y comunidades wixaritari	Equipo de Proesanc
17 de noviembre por la mañana	Traslado de los investigadores, becarios y comunidades al lugar del evento	Guadalajara, Colotlán y comunidades	Proesanc, SSJ y comunidades
17 noviembre por la tarde	Presentación de los participantes	Sala del Hotel Gálvez	Equipo de logística
17 de noviembre por la tarde	Presentación de los resultados de las investigaciones	Sala Hotel Gálvez	Equipo de investigadores de Proesanc
18 de noviembre por la mañana	Análisis y propuestas de solución en mesas de trabajo	Sala de Hotel Gálvez	Representantes de las comunidades, equipo de salud de SSJ, investigadores y becarios
18 de noviembre por la tarde	Elaborar plan de acción a corto, mediano y largo plazos	Sala Hotel Gálvez	Representantes de las comunidades, equipo de salud de SSJ, investigadores y becarios
19 de noviembre por la mañana o 18 de noviembre por la noche	Conclusiones y propuesta de política pública	Sala Hotel Gálvez	Representantes de las comunidades, equipo de salud de SSJ, investigadores y becarios
19 de noviembre	Retorno a sus lugares de origen	Guadalajara, Colotlán y comunidades	Proesanc, SSJ y comunidades

PARTE IV
LA EDUCACIÓN MÉDICA INCLUSIVA

EL CURRÍCULUM SIMÉTRICO EN LA EDUCACIÓN UNIVERSITARIA CON LOS PUEBLOS ORIGINARIOS: LA EXPERIENCIA CON LA ETNIA WIXÁRIKA DE MÉXICO^{1,2}

RENÉ CRISTÓBAL CROCKER SAGASTUME
PATRICIA MUÑOZ LÓPEZ
TERESA DE JESÚS PÉREZ PATIÑO
JOSÉ LUIS VÁSQUEZ CASTELLANOS

Resumen

En la investigación se analiza el proceso de construcción intercultural de la Licenciatura en Salud y Alimentación Intercultural con el pueblo wixárika de México como parte del proyecto de Universidad Interétnico Cultural que se desarrolla a través de la metodología de investigación acción participativa con los líderes de esta etnia mexicana, con base en la técnica etnográfica de diálogos interétnico-culturales. Se construye un perfil de egreso con el enfoque de competencias sustentado en el concepto de currículum simétrico y en la teoría de la actividad humana en donde se recuperan saberes en salud y alimentación tradicionales que se integran de forma crítica con los saberes occidentales. La estructura y el mapa curricular se organizan por módulos a partir de problemas del mundo real wixárika y ejes integradores de prácticas profesionales y reflexión científica de la práctica en la medicina y

-
- 1 Trabajo ganador del primer lugar de investigación educativa en el Congreso Internacional de Educación Médica. Federación Panamericana de Escuelas y Facultades de Medicina (Fepafem)/Asociación Mexicana de Escuelas y Facultades de Medicina (AMFEM). Cancún, Quintana Roo, México, junio de 2016.
 - 2 Artículo original publicado en: *Revista Latinoamericana de Educación Inclusiva*, 2017, 11(2): 109-123.

en el sistema productivo de alimentos tradicionales y en el sistema de salud y proyectos productivos occidentales. Se concluye que la teoría y metodología utilizada es una veta que puede permitir la formación de recursos humanos interculturales con base en el diálogo de saberes en situación de igualdad que permite desarrollar la medicina intercultural en el país.

Palabras clave: currículum simétrico, interculturalidad, etnia wixárika.

Introducción

En la investigación se analiza el proceso de construcción del diseño curricular de la Licenciatura en Salud y Alimentación Intercultural para formar profesionales que desarrollen propuestas de soluciones a los problemas de salud y nutrición presentes en esta población a través de recuperar los saberes “del costumbre” wixárika y saberes occidentales, con énfasis en la comunicación intercultural, en el contexto de los rituales y tradiciones propias de la etnia relacionados con el cuidado de la “madre naturaleza”.

El estudio se justifica porque los sistemas de atención a la salud y la alimentación tradicionales y occidentales están divorciados en las comunidades del pueblo wixárika, debido a que no existe un diálogo de saberes en salud entre ambos, siendo uno de los factores que impactan en la situación precaria de salud de los pueblos originarios. Uno de los factores es la ausencia de recursos humanos de las comunidades que intermedien entre ambos sistemas, por lo que la construcción del diseño curricular en salud y alimentación intercultural pretende llenar este vacío educativo y de atención a la salud.

Para abordar el objeto de estudio se analizan tres unidades de análisis: a) los elementos culturales, epidemiológicos y pedagógico-didácticos que permiten formar recursos humanos en salud del pueblo wixárika para fundamentar una propuesta curricular intercultural en salud y alimentación; b) las características deben tener el perfil profesional de egreso intercultural en salud y alimentación, y c) las estrategias curriculares que permitan formar a los jóvenes wixaritari con competencias para desarrollar un programa de salud y alimentación intercultural.

Para comprender el problema de estudio se conceptualiza a la educación interétnica cultural como un constructo teórico de los autores que tiene utilidad para comprender los diferentes paradigmas de la educación intercultural, que se implementan en los espacios educativos en donde coexisten las etnias originarias de América con población mestiza, como: las políticas, saberes, prácticas y acciones intencionadas que realizan los sujetos de una institución educativa con fines de aprendizaje interétnico cultural para favorecer la identidad étnica cultural y el desarrollo social de los pueblos originarios, como parte de los procesos formativos para los estudiantes indígenas y no indígenas en situación de igualdad, que permitan el desarrollo de sociedades y Estados-nación multiétnicos, interculturales y plurilingües (Crocker, 2013).

El concepto es útil, ya que existen diferentes abordajes relacionados con el problema de estudio, que van desde la educación multicultural, la educación intercultural funcionalista y la educación intercultural crítica (Williamson, 2004).

Dietz (2007) analiza los paradigmas hegemónicos educativos con grupos excluidos en Estados Unidos y Europa (paradigmas de la multiculturalidad y la interculturalidad funcionalista), señala que en el debate, sobre todo anglosajón, se plantea la necesidad de “multiculturalizar” los sistemas educativos mediante mecanismos de “acción afirmativa” y “discriminación positiva” que permitan “empoderar” (*empower*) a determinadas minorías étnicas, autóctonas tanto como alóctonas, en sus procesos de identificación, etnogénesis y “emancipación”. En el espacio continental europeo, por el contrario, se percibe la urgencia de desarrollar una educación intercultural, que surge como un medio para integrar y asimilar a los inmigrantes, provenientes de mundos culturales diversos, en donde se ignoran las necesidades identitarias de las minorías, lo que muestra la incapacidad manifiesta de las sociedades mayoritarias de hacer frente a los nuevos desafíos de la heterogeneidad de los educandos, de la creciente complejidad sociocultural y en resumidas cuentas, de la diversidad como característica de las futuras sociedades europeas.

El paradigma de la interculturalidad crítica, señala Walsh (2007), cuestiona el modelo de sociedad vigente, ya que la interculturalidad funcional asume la diversidad cultural como eje central, apuntalando su

reconocimiento e inclusión dentro de la sociedad y el Estado nacional (uninacional por práctica y concepción) y dejando por fuera los dispositivos y patrones de poder institucional estructural —los que mantienen la desigualdad—, la interculturalidad crítica parte del problema del poder, su patrón de racialización y la diferencia (colonial no simplemente cultural) que ha sido construida en función de ello. El multiculturalismo poscolonial y el interculturalismo funcional responden a y son parte de los intereses y necesidades de las instituciones sociales; la interculturalidad crítica, en cambio, es una construcción de y desde la gente que ha sufrido un histórico sometimiento y subalternización.

El diseño del Plan de Estudios de la Licenciatura en Salud y Alimentación Humana Intercultural se desarrolla con base en el concepto de currículum simétrico interétnico cultural (Crocker, 2015). Esta propuesta de construcción curricular se sustenta en establecer una comunicación y diálogo respetuoso entre los saberes y conocimientos de los pueblos indígenas y el conocimiento occidental relacionado con el campo de la salud y la alimentación, que supere la visión de colonialismo del conocimiento que prevalece en las disciplinas de este campo científico.

Hasta ahora, los criterios de validez del conocimiento, las teorías para interpretar la realidad y la transmisión del conocimiento en los diferentes niveles educativos universitarios en el campo de la salud y la alimentación se sustentan en los parámetros de la modernidad europeo-norteamericana. Como parte de los paradigmas de la modernidad científica se han creado disciplinas como la etnobotánica y la antropología médica, etc., en donde los pueblos indígenas han sido transformados en objetos de estudio, descripción y análisis, que excluyen la posibilidad de autocomprensión y el planteamiento de soluciones a los problemas de salud y alimentación por los propios pueblos originarios.

Como parte del colonialismo y poscolonialismo cultural, desde el siglo XVI se han legitimado los saberes dominantes de los colonizadores y la exclusión de los saberes de los colonizados. La consolidación hegemónica del pensamiento moderno y posmoderno a partir del impulso de los intereses del complejo médico industrial y semillero norteamericano en América Latina en los últimos 60 años, ha profundizado el colonialismo cultural y ha contribuido a subalternizar el pensamiento indígena

en salud y alimentación, ya que no cumple con los criterios de validez científica definidos desde los parámetros del conocimiento construidos en Europa y Norteamérica.

Para la innovación curricular de la educación en salud y alimentación wixárika universitaria es importante preguntarse: ¿cuál es el papel del conocimiento de las etnias de la región en la construcción de una propuesta curricular simétrica interétnico-cultural alternativa a las políticas hegemónicas del complejo médico industrial norteamericano y semillero, que hagan viable un sistema de salud y alimentación interétnico, intercultural y plurilingüe que supere el pensamiento hegemónico educativo en salud y alimentación poscolonial?

Un elemento central en la construcción del currículum simétrico interétnico cultural para la Licenciatura en Salud y Alimentación Humana Intercultural es la diversificación epistémica, que debe pasar por una fase de colaboración interétnico cultural en la producción de conocimientos, entre diversos y heterogéneos enfoques y actores. De ahí la importancia de redefinir y distinguir conceptual y políticamente el discurso interétnico cultural en términos de diversidad, diferencia y desigualdad, como eje para recuperar los saberes de la etnia wixárika y combinarlos críticamente con los saberes occidentales que tiendan a la descolonización del currículum y permitan construir el currículum interétnico cultural.

Para emprender la construcción del currículum simétrico interétnico cultural en salud y alimentación es imprescindible comenzar por reubicar, reconstruir y relacionar saberes subalternizados y silenciados históricamente, como el saber de los mara'akate y de los productores de coamil, que permitan interrelacionar los saberes tradicionales que circulan en la sociedad wixárika y buscar críticamente su vinculación con los saberes occidentales.

Es necesario generar cauces innovadores para diversificar el conocimiento occidental y monológico que caracteriza a los currícula occidentales hegemónicos en los procesos formativos en medicina y nutrición de las universidades occidentales, para relacionarlos con conocimientos locales, ciencias y saberes alternativos de la etnia wixárika y otros pueblos indígenas y mestizos de la región, que en su confluencia pueden y

deben fertilizarse mutuamente, construyendo nuevos cánones diversificados de conocimiento.

La descolonización del conocimiento y los saberes educativos en los espacios universitarios es un proceso gradual e integrador que tiene que estar sustentado en investigación disciplinar y educativa que sistematice el conocimiento y los saberes educativos del pueblo wixárika, incorporando la cosmovisión de recreación del conocimiento y los saberes educativos de la etnia, pero integrándolos con la visión occidental de hacer ciencia, realizada principalmente por los intelectuales y sabios de este pueblo y por investigadores occidentales ligados a los intereses políticos de la etnia, a través del desarrollo de comunidades del conocimiento interétnico cultural locales en salud y alimentación, como la experiencia de la escuela Kiekari +kitsikapa.

En esta línea de pensamiento, el conocimiento wixárika en salud y alimentación aporta elementos de inimaginable valor ecológico y de resistencia cultural al campo del currículum universitario en ciencias de la salud, en la medida en que se recuperen como contacto cultural interétnico y que se conjunten con otros esfuerzos para el logro de un mejor reparto de la riqueza mundial en dirección de la equidad.

Sujetos y métodos

Para construir la propuesta curricular de la Licenciatura en Salud y Alimentación Intercultural en la región wixárika se aplica un diseño de investigación acción participativa sustentada en la etnografía participante.

En la primera fase del proceso se conforman comunidades emergentes de conocimiento intercultural local (CECIL) en donde participan investigadores mestizos y sabios de la comunidad local del campo de la agricultura, la salud y la alimentación. Se forman tres CECIL: la primera, para estudiar “el costumbre” wixárika de producir y consumir alimentos; la segunda, para estudiar la percepción del cuerpo y el espíritu sano y enfermo, y la tercera para estudiar las formas de organizar el sistema

de medicina tradicional y los remedios naturales que se utilizan en la terapéutica local.

Para crear la propuesta del diseño curricular de la Licenciatura se convoca a los sabios de la etnia y a quienes tienen un cargo dentro de la comunidad: marakames (sabios en salud), promotores de salud y nutrición de la etnia, los agricultores que cuentan con huertos y encargados del cuidado de las plantas medicinales; además el asesor del Programa Intercultural de Agroecología, Salud y Alimentación Wixárika (PIASAW) y estudiantes de las Licenciaturas en Medicina y Nutrición de la Universidad de Guadalajara.

Las bases de la propuesta para el diseño curricular fueron construidas en un taller de diálogo interétnico cultural realizado en Kiekari +kit-sikapa (lugar donde se aprende lo que enseña la madre naturaleza) en Pueblo Nuevo, Tuapurie, Mezquitic, Jalisco, a finales del mes de agosto del 2013. Durante el taller se discutió la problemática educativa actual de la etnia wixárika, se analizaron las necesidades y demandas en salud y alimentación intercultural del pueblo wixárika, el análisis de la factibilidad para realizar la Licenciatura en Tuapurie, se diseñó el perfil de ingreso y egreso, hubo participación activa entre los compañeros wixaritari, en su propio idioma y el intercambio con los asesores mestizos fue realizado por una de las promotoras PIASAW. En la siguiente sesión se construyeron el perfil de egreso, la estructura y el mapa curricular de la Licenciatura en Salud y Nutrición Humana Intercultural.

Resultados

Para fundamentar el perfil profesional de egreso se analizan las necesidades y demandas asociadas al perfil epidemiológico sociocultural, a las prácticas de producción de alimentos y a las formas interculturales de resolver los problemas de salud en el sistema de salud tradicional y en el sistema de salud occidental.

Los wixaritari distinguen dos tipos de enfermedades: las originarias de la sierra y las traídas por los españoles y sus descendientes mestizos. Las primeras son aquellas que forman parte de su cosmovisión y que

requieren de la medicina tradicional para su curación; en cambio, las segundas deben ser tratadas con la medicina occidental y tradicional.

El perfil epidemiológico de salud-enfermedad y el proceso alimentario nutricional actual del pueblo wixárika y las formas de respuesta médica social del sistema de salud tradicional y occidental, desde una perspectiva histórica y sociocultural se caracterizan por los siguientes problemas:

1. Enfermedades del costumbre wixárika, que están vinculadas al no cumplimiento de las tradiciones, que provoca el castigo de los dioses; por ejemplo: el Maxariet+, que está relacionada con infecciones y desnutrición en niños y adultos, asociada con no cumplir el ritual de ir de cacería del venado; el Kierixiya, estados psicóticos relacionados con no realizar el ritual a la planta-dios del Kieri. Todas estas enfermedades necesitan el apoyo del mara'akame (sacerdote-curandero) para su tratamiento.
2. Enfermedades de los teiwari o de los mestizos, que llegaron con la vinculación de los pueblos indígenas de la región con el modelo de desarrollo occidental. Ejemplos: obesidad, diabetes, hipertensión arterial, etc., que están relacionadas con las enfermedades crónico-degenerativas, asociadas al consumo de azúcar, simples en comunidades con presencia del gen ahorrador, relacionado con periodos de hambre crónica, como las que padece el pueblo wixárika y que para su prevención, diagnóstico y tratamiento necesitan combinarse los esfuerzos del sistema de salud occidental con el sistema de salud tradicional.
3. Problemas asociados a la soberanía para la seguridad y nutricional alimentaria: se identifica que la producción de alimentos se realiza con el sistema de coamil, en donde se asocia la producción ecológica de maíz, frijol y calabaza y en los últimos 10 años se incorporan las huertas familiares agroecológicas interculturales. En lo relacionado con la disponibilidad alimentaria, se identifican problemas de escasez de agua para regar la siembra y disminución de la calidad del suelo, situaciones en las cuales es necesaria la aplicación de tecnologías agroecológicas apropiadas. El consumo se realiza de alimentos provenientes de la producción familiar y algunas veces de la compra de alimentos. Existen procesos de aculturación en el consumo ali-

mentario, por lo que es necesaria la orientación acerca de productos saludables de acuerdo al poder adquisitivo y para que el comprador realice la selección de alimentos que le aporten beneficios a su salud y que el dinero no se gaste en compra de alimentos que contribuyan al desarrollo de enfermedades crónico-degenerativas como los alimentos refinados e industrializados.

4. En relación con las demandas del pueblo wixárika en atención a la salud y la alimentación, se identifica que la atención en los servicios de salud occidentales no son la primera elección de los wixaritari para diagnosticar y tratar las enfermedades, su sistema de salud se basa en la curación por medio de plantas medicinales y consultas con los mara'akame para la curación de las "enfermedades del costumbre". El sistema de salud occidental no comparte los principios tradicionales de diagnosticar y tratar por lo cual la atención a los wixaritari no se brinda de manera apropiada; aunado a esto, existe problema en la comunicación y la referencia de casos problema de mestizos como de wixaritari.

La medicina tradicional no cuenta con los mismos recursos con los que cuenta la medicina occidental para su desarrollo y las prácticas tradicionales no son valoradas de acuerdo con el impacto que produce su práctica en la población. Esto pone en situación de menosprecio a las prácticas de salud de las etnias, por lo cual es importante comprender y poner en práctica el enfoque intercultural y que exista la participación activa de la medicina tradicional como parte de la prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades "del costumbre" y las enfermedades de los teiwari.

Con base en la problemática identificada y los fundamentos pedagógicos planteados en el marco de referencia, se construye el siguiente perfil de competencias de egreso para el licenciado en Salud y Alimentación Humana Intercultural: 1) es un el profesional que actúa con ética y valores profesionales de la medicina y la nutrición conservando y desarrollando su identidad étnico-cultural; 2) previene enfermedades durante el ciclo de la vida a partir de la promoción y protección de la salud; 3) diagnostica y trata holísticamente las "enfermedades del cos-

tumbre” y las teiwari por medio de la comunicación intercultural con el equipo de salud y personajes de la medicina tradicional; 4) organiza sistemas de referencia de casos problema entre la medicina tradicional y el sistema de salud occidental, con bases interculturales críticas; 5) organiza y produce alimentos al igual que medicinas con las plantas medicinales de su comunidad y promueve la autosuficiencia con respeto a la madre naturaleza; 6) elabora programas de salud y nutrición con una visión intercultural; 7) desarrolla su proyecto de trabajo en el campo de la salud y nutrición mediante planeación estratégica a través de la organización, razonamiento, priorización, reflexión crítica y con capacidad de trabajar en equipo; 8) estudia las prácticas en salud y nutrición para conservarlas y mejorarlas aplicando diversas metodologías científicas; 9) se autoforma y actualiza de manera permanente en el campo de la salud y la alimentación intercultural con actitudes de inclinación por la lectura y el estudio permanente.

Con base en el perfil de competencias de egreso, se elabora una estructura y curricular modular con un eje integrador de prácticas profesionales (anexo 1).

Discusión de resultados

La construcción curricular de la Licenciatura en Salud y Alimentación Humana Intercultural que se analiza, se fundamenta en lo pedagógico en la propuesta innovadora de currículum simétrico interétnico cultural, en donde no existen antecedentes publicados al respecto, por lo que se considera un modelo original de diseño curricular interétnico cultural. En la innovación curricular ha sido importante la integración dialéctica e histórica de la cultura, como un elemento de identidad étnica y las necesidades sociales, que contribuyan al desarrollo integral de la etnia wixárika en dirección de la descolonización del conocimiento y la equidad, como ejes para construir el diseño curricular que se analiza.

Un elemento central de la propuesta educativa interétnico cultural es la construcción curricular, en donde los saberes occidentales y de

los pueblos originarios son valorados en igualdad, en dirección de descolonizar el currículum que permea la educación universitaria actual.

Para lograr el currículum simétrico interétnico cultural fue necesario sistematizar inicialmente los saberes y el conocimiento de los pueblos originarios y contrastarlos con los saberes occidentales, a través de criterios de validación epistémica múltiples en donde exista un diálogo entre los sabios indígenas, los profesionales indígenas y mestizos, así como investigadores y asesores educativos con experiencia curricular intercultural, acción realizada por conducto de las comunidades emergentes de conocimiento intercultural local (CECIL).

En un segundo momento se contrastan los saberes construidos a través del diálogo interétnico cultural con el desarrollo de los campos disciplinares producto del desarrollo científico tecnológico, para buscar propuestas adecuadas al desarrollo de las fuerzas productivas locales que permitan potenciar el desarrollo económico endógeno, en donde los alumnos generen sus propias propuestas productivas y de empleo local y en la región.

Estos saberes integrados y validados con criterios epistemológicos múltiples, vinculados a las necesidades y demandas de desarrollo económico-social, a la cosmovisión de ser humano de las comunidades indígenas y al desarrollo de la ciencia y tecnología local y regional, son la base para construir perfiles profesionales con pertinencia local, regional y global.

En la construcción de la estructura curricular del plan de estudios que se analiza, se propicia una ruptura con los enfoques tradicionales que sustentan los diseños curriculares positivistas de disciplinas aisladas y se elabora una propuesta modular con ejes integradores, en donde la actividad práctica social y profesional, la reflexión crítico-científica de la práctica y la identidad étnica y cultural son los elementos centrales.

A pesar de que el estudio y la propuesta aportan elementos que pueden ser generalizables a las instituciones educativas en salud y alimentación y a los pueblos originarios de la región latinoamericana, cada país, pueblo e institución universitaria tiene sus propias estrategias identitarias y políticas para la educación interétnico-cultural, que deben ser

tomadas en cuenta para la construcción de diseños curriculares para los pueblos originarios.

En el estudio de caso es importante destacar el papel de sujeto social de las comunidades del pueblo wixárika, quienes constituyen un actor social de primer orden en la discusión del futuro de la educación superior que se debe implementar en las universidades públicas en América Latina, que permitan que las instituciones educativas participen de manera protagónica en la discusión del papel de la universidad en la descolonización del conocimiento y en el desarrollo de los pueblos de la región.

Desde los aportes epistemológicos recuperados y la reconstrucción crítica realizada por los autores, la perspectiva crítico-interpretativa posmoderna es un paradigma que permite el análisis y solución de problemas complejos, como el de la educación con los pueblos indígenas, generar un espacio de discusión del pensamiento y cosmovisión de los pueblos originarios, para valorar sus aportes al conocimiento educativo e innovar la educación universitaria en dirección de la equidad y el respeto a la naturaleza, en momentos en que la crisis social y ambiental planetaria son problemas fundamentales en la discusión, que permita a los Estados nacionales y a la sociedad civil construir modelos para mantener la vida de los ecosistemas en el futuro sin exclusiones de países, clases sociales, etnias y género.

Agradecimientos

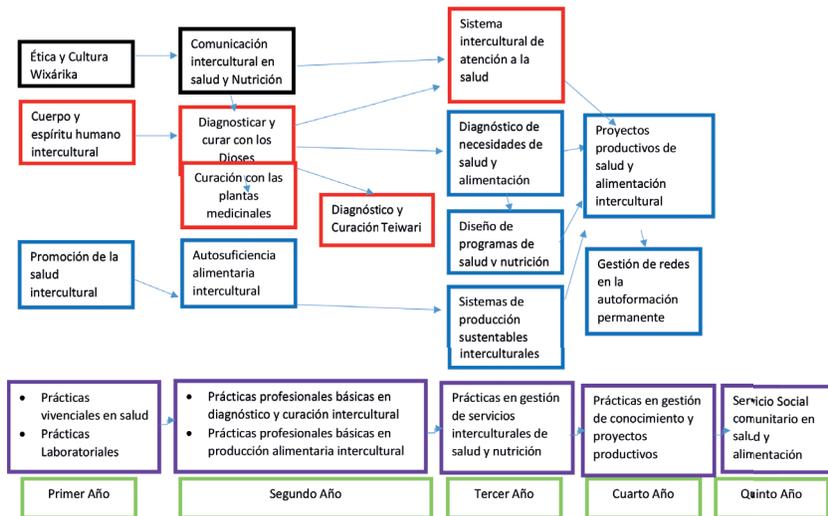
Los autores agradecen a las comunidades de la etnia wixárika la posibilidad de recrear el pensamiento educativo para desarrollar el currículo intercultural en el campo de la salud y la alimentación.

Referencias bibliográficas

Crocker, R. (2013). El proyecto de creación de la Universidad Interétnica Cultural en la Región Wixárika. *Diálogos sobre educación*, pp. 1-18.

- . (2015). *Educación universitaria con los pueblos originarios*. Guadalajara: Ediciones de la Noche.
- Dietz, G. (2007). La interculturalidad. Entre el “empoderamiento” de minorías y la “gestión” de la diversidad. puntos de vista. *Cuadernos del Observatorio de las Migraciones y de la Convivencia Intercultural de la Ciudad de Madrid*, pp. 27-44.
- Walsh, C. (2007). Interculturalidad crítica y pedagogía de-colonial: In-surgir, re-existir y re-vivir. *Educación Intercultural Hoy en América Latina*, pp. 5-10.
- Williamson, G. (2004). ¿Educación multicultural, educación intercultural bilingüe, educación indígena o educación intercultural? *Cuadernos Interculturales*, pp. 23 y 24.

Anexo 1. Estructura y mapa curricular por módulos y ejes integradores



LA MEDICINA TRADICIONAL, ALTERNATIVA Y COMPLEMENTARIA EN LA PRÁCTICA MÉDICA

ESTUDIO DE CASO DE LAS REPRESENTACIONES SOCIALES SOBRE SU USO EN ESTUDIANTES DE MEDICINA DE DOS UNIVERSIDADES DEL ESTADO DE JALISCO

VYLIL GEORGINA GARCÍA SERRANO
RENÉ CRISTÓBAL CROCKER SAGASTUME
JOSÉ MANUEL TORRES MORENO

Resumen

En la investigación se abordan los referentes teóricos, el estado del conocimiento y el marco legal para la práctica de la medicina tradicional, alternativa y complementaria (MTAC) que constituyen el marco de referencia para realizar un estudio de caso en donde se reflexiona acerca de las representaciones sociales sobre el uso de la medicina tradicional, alternativa y complementaria en la práctica médica en estudiantes de medicina que realizan internado rotatorio de pregrado en el Hospital Civil Juan Antonio Alcalde, que pertenecen a la Universidad de Guadalajara y Universidad Lamar en el periodo de agosto a diciembre de 2016.

Se aplica un diseño metodológico cualitativo etnográfico, utilizando entrevistas en profundidad a informantes seleccionados por su representatividad universitaria y de género hasta lograr la saturación de datos empíricos. Las entrevistas se codifican con el paquete Atlas Ti y luego se interpretan con base en las unidades de análisis definidas previamente y con la teoría de las representaciones sociales.

Con base en los resultados se concluye que los estudiantes internos de ambas universidades tienen dos concepciones acerca de la

medicina tradicional: una definida como la medicina que realizan los curanderos y chamanes, realizada con base en la experiencia ancestral; la otra relacionada con la práctica médica alopática, ejercida por los médicos de manera empírica, sin incorporación de los avances científico-tecnológicos de la medicina. La medicina alternativa es considerada como una terapéutica alternativa a las medicinas alopáticas, que carece de base científica, sustentada principalmente en la herbolaria, homeopatía, acupuntura y remedios caseros, pero se acepta por considerarla inocua para la salud humana.

1. Introducción

En el presente capítulo se abordan los referentes teóricos, el estado del conocimiento y el marco legal para la práctica de la medicina tradicional, alternativa y complementaria (MTAC).

En la segunda parte del capítulo se analiza un estudio de caso de una investigación en donde se reflexiona acerca de las representaciones sociales sobre el uso de la medicina tradicional, alternativa y complementaria en la práctica médica en estudiantes de medicina que realizan internado rotatorio de pregrado en el Hospital Civil Juan Antonio Alcalde, que pertenecen a la Universidad de Guadalajara y Universidad Lamar en el periodo de agosto a diciembre de 2016.

Desde una perspectiva histórica, el consumo sistemático de plantas con atributos medicinales se remonta posiblemente a dos millones de años en África. Los primeros primates ancestros del hombre actual buscaban en su entorno paliativos para sus enfermedades (Chifa, 2010). Las especies vegetales han sido sustento y remedio para toda clase de animales, incluyendo al ser humano, que a partir de ensayo y error fueron generando conocimientos que en la actualidad aún persisten (Chifa, 2010).

Históricamente el conocimiento de los pueblos sobre enfermedad-curación fue evolucionando de tal forma que se clasificaron las plantas para usos terapéuticos, para alimentarse, o las plantas que podían ser mortales para el hombre; a las personas que generaban estos conocimientos se les llamó curanderos. La terapéutica con plantas es una tradición cultural milenaria indisoluble de expresiones religiosas y cul-

turales, es la más antigua de todas las terapias y deriva de los principios activos de las mismas que han sido utilizados por generaciones enteras con éxito (Chifa, 2010).

En épocas prehispánicas consideraban que el origen de la enfermedad podría ser a consecuencia de causas divinas, mágicas o naturales y, dependiendo de la causa, la terapéutica podía apegarse a medidas religiosas, mágicas o empíricas (medicamentos o cirugías) (Gutiérrez, 2009).

La salud era considerada como equilibrio del organismo y la enfermedad como la pérdida de ese equilibrio. El curarse significaba reintegrarse a la armonía del grupo. La medicina que se practicaba en esos tiempos era una profesión común, nacida del seno de la familia y heredada de padres a hijos por tradición oral, de ahí que los padres desempeñaran un papel de maestros. El conocimiento más extenso lo tenían los llamados médicos o internistas indígenas, que curaban con medicinas por vía oral o también aplicadas sobre la piel e incluso usaban medios físicos terapéuticos (*idem*).

Las diferentes culturas del México prehispánico desarrollaron la herbolaria y aportaron conocimientos valiosos al proceso salud-enfermedad-atención, que en la actualidad el uso terapéutico de algunas plantas sigue vigente (*idem*).

En la época de la conquista española se impuso un sistema de gobierno teocrático-militar, eliminando las manifestaciones y expresiones religiosas y culturales, entre ellas la medicina tradicional, acusando a sus practicantes de hechiceros y siendo juzgados y perseguidos por la Santa Inquisición; este estigma de brujos o hechiceros prevalece en la actualidad (Ruiz, 2011).

El uso de las medicinas tradicional, alternativa y complementaria en el mundo ha sido progresivo en diferentes países de Europa, África, Asia y América (Berenzon, 2009). Una cantidad importante de personas en países desarrollados utilizan la medicina complementaria para cuidar de su salud y bienestar. Alrededor del 40% de los adultos en Estados Unidos utiliza medicina complementaria y alternativa; por otra parte, en países europeos el 50% de la población utiliza la medicina alternativa y un estudio en Canadá mostró que el 11% de los niños había utilizado este tipo de medicina (Aedo-Santos, 2000). En Australia la utilizan el

46% de la población; 49% de franceses y 70% de canadienses utilizan este tipo de terapia (OMS, 2005). En Alemania, uno de cada tres alemanes ha utilizado alguna terapia alternativa (Heidelberg, 2002).

En países en “vías de desarrollo” se dice que la utilización de la medicina tradicional es mayor en relación con los países desarrollados, es el caso de Etiopía, en África, donde el 90% de sus habitantes utiliza estas terapias para satisfacer sus necesidades sanitarias primarias (Carmona, 2005; Peña, 2007).

En América Latina, países como Chile utilizan este tipo de terapias en un 70%, Colombia un 40%, la población peruana se estima que en 70% y se dice que en México el 20% de la población recurre a la medicina complementaria (Berenzon, 2009; Peña, 2007). Además, 27 universidades estadounidenses, entre ellas Stanford, Harvard, Columbia y el 40% de los departamentos de medicina familiar imparten clases de medicina complementaria en sus aulas (Aedo-Santos, 2000).

La OMS propuso promover la incorporación de la medicina tradicional en los sistemas de salud modernos (Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023), pues este tipo de terapias se practican en la mayoría de los países en el mundo y la demanda va en aumento. Además, la medicina tradicional de calidad, seguridad y eficacia comprobadas contribuye a asegurar el acceso de todas las personas a la atención a la salud (OMS, 2014).

Sin embargo, pese a los esfuerzos realizados por la OMS, existen dificultades en la integración de la medicina tradicional en el sistema de salud occidental: como la investigación del conocimiento popular de la medicina tradicional y complementaria, así como la inclusión de programas educativos de calidad en instituciones universitarias de las medicinas alternativas y complementarias que formen recursos humanos para la implementación de la Estrategia 2014-2023 de la OMS.

Históricamente la medicina tradicional, alternativa y complementaria (MTAC) se ha utilizado para el cuidado de la salud y tratamiento de enfermedades (Rojas, 2013). La utilización de los saberes sobre las plantas por sus propiedades curativas en el cuidado de la salud son tan antiguas como el surgimiento de las grandes civilizaciones (Pérez, 2001). Estas prácticas de atención se construyeron al igual que todo conocimiento por ensayo

y error; sin embargo, con el paso del tiempo y el desarrollo científico-tecnológico positivista en la atención a la salud, estas formas de abordar el proceso salud-enfermedad-atención fueron cada vez menos utilizadas y sustituidas por la medicina alópata (Pavón, 2016).

En la actualidad, la medicina tradicional, alternativa y complementaria es utilizada y aceptada para resolver problemas esenciales de salud, según la OMS (2014). Sin embargo, el modelo biomédico es el más utilizado por el sistema sanitario en la atención a la salud (Maric, 2013). En los contextos locales y globales los dos modelos de atención cohabitan y la población recurre a uno o a otro, según algunos autores por diferentes factores como el económico, cultural y la clase social (Pavón, 2016).

En respuesta a los problemas de salud, la OMS propone en políticas públicas internacionales el uso de la medicina tradicional complementaria para la atención de las enfermedades que prevalecen en las poblaciones. La estrategia de la OMS sobre “Medicina tradicional complementaria 2014-2023” se propuso con el objetivo de aprovechar la contribución potencial de la medicina tradicional y la atención en la salud centrada en las personas. Además de ayudar al sistema sanitario a encontrar soluciones que propicien una visión más amplia respecto al mejoramiento de la salud y la autonomía de los pacientes (OMS, 2014).

A partir de la propuesta de la OMS de implementar MTCA y de las políticas públicas nacionales en México, propuestas por la Secretaría de Salud en materia de atención primaria y medicina tradicional, el médico alópata es un elemento importante para lograr la articulación de los dos modelos, de donde surge la importancia y la necesidad de conocer los significados y constructos sociales que tiene el médico sobre la medicina tradicional, alternativa y complementaria para favorecer el diálogo de saberes entre ambos sistemas de salud.

En el estudio de caso se analizan las representaciones sociales que tienen los alumnos de la carrera de Medicina de la Universidad de Guadalajara, sobre el uso de la medicina tradicional alternativa y complementaria en la práctica médica para demostrar la premisa siguiente: la medicina tradicional alternativa y complementaria es cuestionada y desacreditada por el estudiante de medicina por su empirismo y bases científicas deficientes, a diferencia de la medicina alópata, que está basada

en conocimiento científico y legitimada por instituciones educativas reconocidas por el Estado.

La mayoría de estudios realizados similares al estudio de caso de la investigación, son con enfoque cuantitativo, por lo que la identificación de la naturaleza profunda de la realidad respecto a los significados de los estudiantes ha sido poco abordada con metodología cualitativa y enfoque interpretativo. En general, los estudios encontrados en la revisión de antecedentes que analizan las construcciones sociales, percepciones o representaciones sociales son abordados por metodologías y técnicas cuantitativas, lo cual es un error metodológico porque estos conceptos mencionados con anterioridad sólo se pueden indagar desde técnicas cualitativas, ya que es una situación intersubjetiva, construida por las personas y la sociedad en su relación con el mundo occidental.

2. Marco teórico conceptual

2.1. *La medicina tradicional, alternativa y complementaria*

La medicina tradicional, denominada por la OMS también como medicina paralela, medicina popular, terapias alternativas, naturismo, herbolaria y terapias complementarias, es una práctica cotidiana que constituye una realidad y una historia desde su concepción hasta su uso. A continuación se define la medicina tradicional desde diferentes perspectivas y desde sus diferentes adjetivaciones con el objetivo de delimitar una postura teórica del concepto.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la medicina tradicional como la suma total de los conocimientos, capacidades y prácticas basadas en las teorías, creencias y experiencias propias de diferentes culturas, bien sean explicables o no, utilizadas para mantener la salud y prevenir, diagnosticar, mejorar o tratar enfermedades físicas y mentales (Estrategia OMS 2014-2023). Esta definición de la OMS, clasificada por Pavón y colaboradores como insuficiente en términos que implica la medicina tradicional, pues el significado de salud-enfermedad-atención para los médicos tradicionales no se reduce a las dimensiones mentales

y físicas, sino que abarcan también las emocionales y las espirituales. De hecho, estas dos últimas dimensiones son sumamente importantes para el hecho de la “curación” o “sanación” del sujeto (Pavón, 2016).

Por lo anterior, es importante abordar el término de “medicina tradicional” desde otras perspectivas como la siguiente, en la cual se define la medicina tradicional como: el conjunto de concepciones, saberes, prácticas y recursos manejados por los médicos o curadores de los diversos pueblos originarios y que han sido aprendidos generacionalmente mediante transmisión oral. A pesar de las evidentes semejanzas, se debe considerar que cada pueblo originario tiene sus propios conceptos y formas de entender el proceso de salud, enfermedad y muerte, por lo que el término medicina indígena tradicional es una denominación genérica, siendo más puntual la pluralización (medicinas indígenas tradicionales) que para este autor se consideran equivalentes (Campos, 2015). Para Campos-Navarro la medicina tradicional no se puede desligar de la cultura y cosmovisión de los pueblos; a partir de esto es importante poner énfasis en que la visión de mundo de los pueblos originarios de Mesoamérica está vinculada directamente con la religión, es decir, aspectos rituales, de cultos y deidades, por consiguiente de espiritualidad y emociones.

Por otra parte, Campos también define y señala la diferencia entre medicina tradicional y medicina popular tradicional; esta última se entiende como el conjunto de concepciones, saberes, prácticas y recursos utilizados por los curadores sin estudios académicos, pero en este caso, de origen mestizo. Para este autor, las diferencias entre la medicina indígena y la popular son muy sutiles, ya que la hibridación cultural se presenta con múltiples matices en ambas agrupaciones sociales (Campos, 2015).

Es importante delimitar otras formas con las que se nombra la medicina tradicional, así pues, términos como medicina complementaria y/o alternativa son definidos por la OMS como un amplio conjunto de prácticas de atención de salud que no forman parte de la tradición, ni de la medicina convencional de un país dado, ni están totalmente integradas en el sistema de salud predominante. En algunos países esos términos se utilizan indistintamente para referirse a la medicina tradicional y son fusionados (medicina tradicional y complementaria) abarcando productos, prácticas y profesionales (Estrategia OMS 2014-2023).

Para Campos, las medicinas alternativas (naturismo, acupuntura y otras), al igual que las medicinas tradicionales (MT) forman parte del modelo subalterno y se diferencian porque su origen no es americano y su aprendizaje no es generacional, aunque existen excepciones (Campos, 2015).

De acuerdo con la OMS los términos “medicina complementaria” y “medicina alternativa” son utilizados indistintamente junto con el de “medicina tradicional” en algunos países, los cuales hacen referencia a un conjunto amplio de prácticas de atención de salud que no forman parte de la propia tradición del país y no están integradas en el sistema sanitario principal (Rojas, 2012).

El Centro Nacional para Medicina Complementaria y Alternativa (NCCAM) ha definido la medicina alternativa y complementaria (CAM) como un grupo de diversos sistemas de atención médica y de salud, prácticas y productos que actualmente no se consideran parte de la medicina convencional; las “complementarias” se refiere a las prácticas utilizadas en conjunto con las terapias convencionales, mientras que las “alternativas” se aplica a las prácticas que se utilizan en lugar de las prácticas convencionales (Rojas, 2012).

Para fines prácticos y de homogenización conceptual, se utilizará el término de medicina complementaria y alternativa (CAM) por varias razones: a) este concepto CAM integra las prácticas médicas propias de una localidad (la medicina tradicional indígena), el caso de México y otros países de América, ya que esta práctica médica es alternativa, es decir, puede suplir a la medicina convencional o complementar (practicarse al mismo tiempo que la convencional); b) lo que para una región es una práctica médica tradicional, para otros países no lo es, un ejemplo de ello es la medicina indígena en México con el uso de plantas, que para este país es tradicional, pero para otros países que practican esta terapéutica ya no es tradicional, sino alternativa. Otro ejemplo es la acupuntura como medicina tradicional de China, pero en el caso de México y otros países es una medicina alternativa que se puede usar de forma complementaria, y c) la mayoría de los estudios similares realizados en diferentes países que se presentan como antecedentes en esta

investigación conjuntan todas las prácticas médicas no convencionales en su sistema de salud con el término CAM.

2.2. *El modelo médico hegemónico y la medicina tradicional*

El modelo médico hegemónico, identificado con la biomedicina académica, científica, que agrupa una serie de saberes, prácticas e ideologías que han sido generados en los últimos 250 años, logrando el dominio sobre el proceso salud-enfermedad-atención, subordinando a las restantes prácticas médicas. La “medicina científica” surge en la Europa industrializada en Inglaterra, Alemania y Francia y se amplía de forma impositiva en todas sus colonias que se fueron incorporando a este sistema médico, pero esto no significó que estos países colonizados se alejaran de sus prácticas nativas en el proceso salud-enfermedad, este fenómeno se expandió de forma planetaria, coexistiendo el modelo médico occidental y el modelo médico alternativo (Campos, 2015; Menéndez, 1984).

El modelo médico hegemónico fue demostrando eficacia en sus técnicas, posicionándose en aspectos ideológicos para así lograr una exclusividad en el área jurídica. Esta exclusividad jurídica, aunada a la sistematización de los conocimientos científicos acumulados y a la eficacia terapéutica en cierto tipo de enfermedades y niveles de atención basada en su mayoría en la tecnología, condujo a la medicina académica a ser la única práctica médica con valor universal (*ídem*).

Las medicinas tradicionales o alternativas se caracterizan entre sí por sus diferentes conocimientos, técnicas, creencias; sin embargo, este tipo de medicinas tienen estatus subalterno a la medicina científica (Campos, 2015).

Las medicinas tradicionales basan su credibilidad con la población en la identificación con la misma comunidad donde se actúa, porque es parte de esa población y generalmente la curación no es su *modus vivendi* sino una actividad de servicio social (Chifa, 2010). Por tanto, la medicina tradicional a pesar de la relevancia, aceptación y legitimidad social que tiene, no posee una regulación jurídica que controle el ejercicio de esta práctica médica (Campos, 2015). Al ser relegadas las medicinas tradicionales se genera que “charlatanes” (se aplica a la persona que

engaña a alguien aprovechándose de su inexperiencia o ingenuidad, en este caso respecto a la terapéutica) ejerzan una práctica médica que no saben, desacreditando a la medicina tradicional.

En relación con lo anterior, la enseñanza de las MT/MCA frecuentemente se imparte al público general sin ningún control a través de cursos y diplomados que ofrecen asociaciones o individuos con formación de dudosa calidad, quienes entregan constancias de estudios sin la intervención de las instituciones oficiales de salud y educación o instancias universitarias. Con la obtención de estas constancias se están abriendo establecimientos de terapias alternativas en los que se puede estar interviniendo irresponsablemente en la salud de los mexicanos, convirtiéndose entonces en un problema de salud pública (Torres, 2010).

2.3. La teoría de las representaciones sociales

La representación es un constructo que se emplea para describir un estado mental o proceso social de cualquier naturaleza y a partir del cual se designan objetos físicos o ideales. El término “representación social” es un concepto dinámico que desempeña un papel explicativo en las teorías que se refieren a comportamientos sociales, ya sean de tipo individual o colectivo que se observan en contextos particulares, por lo que su carácter explicativo y dinámico es el que favorece la comprensión del conocimiento cotidiano en la cultura (Wagner, 2010).

Una manera de entender las representaciones sociales en un nivel metateórico, es verlas como un concepto que permite que los niveles de análisis individual y social se articulen uno con otro, de esta forma permite construir explicaciones de los procesos individuales e interindividuales, empleando las condiciones sociales como instrumentos explicativos (Wagner, 2010).

Se puede concebir la teoría de las representaciones sociales como un intento de transferir o traducir los hechos sociales estructurales, como un proceso de macro-reducción que las condensa en formas de pensamiento y de sentimiento a fin de hacer posibles las explicaciones de lo colectivo a lo individual (Wagner, 2010).

Las representaciones sociales se han definido, por un lado, como constructos mentales individuales y, por otro, como procesos sociales de discurso que están muy estrechamente conectados con las relaciones sociales dentro de las cuales se forman y asimilan. Como estructuras mentales individuales son, por tanto, un constructo que: a) satisface la demanda de prioridad taxonómica, ya que su definición y descripción demanda que el contexto social transindividual sea tenido en cuenta. También son un constructo que sólo puede ser comprendido considerando el nivel social como punto de partida y, entonces, se puede lograr de manera simultánea la traducción de las condiciones socioestructurales y culturales de una entidad social como un atributo de la entidad, como un todo, por lo que las representaciones sociales son el mapeo de esta característica colectiva sobre una disposición individualmente accesible que es distribuida o compartida a través del grupo. Al mismo tiempo, el entendimiento de las representaciones sociales como un discurso social constituye un constructo que: b) virtualmente llena los procesos intermedios entre lo individual y lo sociocultural. La teoría de discurso de las representaciones sociales preocupa a los procesos “emergentes”, mediando entre los niveles de agregación macro e individual. En esta posición, las funciones de representación social son vistas como un proceso de transformación entre los niveles individual y colectivo. La teoría de las representaciones sociales es, por tanto, un intento macrorreductivo de comprender de manera explícita la articulación entre lo social y lo individual (Wagner, 2010). Entendiendo como macroreduccionismo, que los fenómenos macrosociales son reducibles a fenómenos microsociales (Noguera, 2011).

Las representaciones son patrones en el discurso que comprenden el conocimiento compartido antecedente, y las cuales son verdaderas en un mundo de grupo. En este nivel, las representaciones son específicas del grupo y localmente racionales, delimitando el espacio discursivo de lo que puede o no decirse en situaciones particulares. Las representaciones sociales son compartidas; si no estuvieran compartidas en un grupo, no serían representaciones sociales (Pavón, 2016).

Cuando una representación se encuentra profundamente enraizada en un grupo, contiene mayor carga cultural que hace inteligible

el mundo; en el caso contrario, está sujeta a duda y refutación en el discurso. Por lo general, esto se correlaciona con la duración de su promulgación en una perspectiva histórica en un discurso continuo de un grupo. Esto también explica por qué las mentalidades siempre se rezagan respecto al cambio social (Le Goff, 1989).

A partir de que las representaciones sociales son un concepto dinámico que desempeña un papel explicativo en las teorías que se refieren a comportamientos sociales, ya sean del tipo individual o colectivo, se parte del supuesto de que las experiencias de vida del sujeto son individuales, son vividas por el sujeto, pero la construcción de esa experiencia es social. Es decir, se construyen en la relación con otros sujetos y del sujeto con su ambiente (Pavón, 2016).

Las explicaciones del sujeto sobre sus experiencias de vida (representaciones sociales) estarán vinculadas a procesos internos y externos (dinámicas contextuales). Los procesos internos se refieren a lo físico-biológico, mental-cognitivo, emocional, y en los externos se identifican aspectos geográficos, demográficos, económico-políticos y culturales (Pavón, 2016).

Las físico-geográficas tienen que ver con ubicaciones espaciales donde viven los sujetos. Las demográfico-poblacionales se refieren a movimientos migratorios, crecimiento de las poblaciones o decrecimiento de las mismas. En las económico-productivas se ubican determinantes objetivas tales como: niveles socioeconómicos, acceso a los servicios públicos, empleo, fuerzas productivas y formas de subsistencia (*idem*).

Las político-gubernamentales son aquellas que describen escenarios de relaciones de poder, formas de organización social para la gestión de sus necesidades y sus formas de gobierno, y las socioculturales se refieren a pertenencias étnicas, formas de comportamiento social e identidades colectivas (*idem*).

2.4. Teorías del discurso y concepción de la realidad

Existen esquemas de pensamiento y estructuras lingüísticas que el sujeto social manifiesta y que no provienen de su creatividad, sino de

los patrones culturales e ideológicos con los que ha sido formado. Berger y Lukmann (2008) afirman, en su teoría sociológica, que la realidad se construye histórica y socialmente. La forma en que el sujeto social conoce la realidad y las partes que la integran proviene de constructos, representaciones y clasificaciones que un grupo social ha elaborado de manera histórica y colectiva, las cuales son interiorizadas por el sujeto social mediante la lengua, ya que ésta acumula a lo largo del tiempo estructuras simbólicas por medio de las cuales se habla y se piensa acerca de esa realidad.

La corriente del relativismo lingüístico, correspondiente al campo de la antropología lingüística, tiene su origen en la hipótesis de Sapir-Whorf, la cual afirma que las categorías lingüísticas influyen en la visión de mundo del hablante. Esto quiere decir que la concepción que se tiene de la realidad y de los elementos que la integran puede ser estudiada a partir de las categorías lingüísticas que el sujeto social usa para referirlos. Luque (2001) hace una recopilación de numerosos estudios de gran cantidad de lenguas que confirman esta hipótesis.

Por otra parte, las investigaciones realizadas en el campo del análisis crítico del discurso evidencian que los sujetos utilizan cotidianamente discursos, que han sido contruidos socialmente, mediante los cuales se puede analizar la verdadera forma en que se conceptúa aquello de lo que se habla. Teun A. van Dijk (1999) afirma que la ideología y el conocimiento compartido (la cultura) están presentes en las estructuras discursivas del sujeto que las emite.

El sociólogo L. Goldmann (Cross, 1986), en su teoría del estructuralismo genético afirma que el sujeto colectivo trasciende al individual en el sentido de que su concepción ideológica se conforma por medio de las ideologías de todos aquellos grupos sociales de los que ha formado parte y esto se manifiesta en toda producción y reproducción cultural, entre las que se encuentra la lengua.

Lakoff y Johnson (2009) realizaron un análisis que pone de manifiesto que las metáforas utilizadas en el lenguaje cotidiano, permiten estudiar los conceptos que el sujeto tiene de las cosas concretas y abstractas, y que incluso evidencian la existencia de una red conceptual, pues han demostrado que los conceptos de lo abstracto se construyen a

partir de las concepciones cotidianas de lo concreto. Por todo lo anterior, se puede afirmar que el estudio y el análisis de las producciones lingüísticas de los sujetos sociales son indispensables para conocer la forma en que éstos conceptúan y entienden la realidad social y natural de la que forman parte, por lo que estos elementos teóricos son útiles para sustentar el análisis de las representaciones y significados de las personas.

3. Estado del conocimiento sobre las percepciones de la MTAC

3.1. *Antecedentes en América Latina*

En América Latina se encontraron siete estudios similares a la presente investigación, dos de esos estudios eran de corte cualitativo, los restantes fueron investigaciones con metodología cuantitativa y el último un meta-análisis.

El estudio realizado por Maric, en Bolivia, analiza las razones de la utilización de la medicina occidental y la medicina tradicional a partir de la óptica de las representaciones sociales de los estudiantes de las Facultades de Medicina de la Universidad Mayor de San Andrés y de la Universidad Pública de El Alto. La metodología utilizada fue cualitativa y la técnica fue la asociación libre de palabras. En esta técnica, la palabra refiere el universo cognitivo de la noción y significado del objeto y a partir del repertorio usado se ordenan y capta la información obtenida por medio de la verbalización. Entonces la palabra permite tener una visión de un fenómeno. La técnica permite un acceso a los elementos constitutivos del universo semántico del objeto estudiado y su representación. En los resultados se encontraron diferencias entre la percepción del estudiante de medicina de la Universidad Pública de El Alto (UPEA) en relación con el estudiante de medicina de la Universidad Mayor de San Andrés (UMSA). El de la UPEA tiene como núcleo central de su representación del *kallawaya* (médico tradicional) a su capacidad de curación a través de rituales, lo representa como aquel que usa animales, mates, alcohol y hace ceremonias para los dioses. El sincretismo cultural está

presente en este grupo a través de las palabras “miedo” y “dioses”. Para los estudiantes de la UMSA, el *kallawaya* es sobre todo un representante de la cultura indígena, es sabio de esa cultura, representa la tradición, la creencia de ese pueblo. Pero también el estudiante de la UMSA se representa al *kallawaya* como un curandero indígena, señalando que puede ser un charlatán y engañar a la población (Maric, 2013).

En la revisión de investigaciones similares al presente estudio se encontró que en el año 2012 en Colombia se realizó una investigación en la cual el objetivo era identificar conocimientos, actitudes y prácticas acerca de la medicina alternativa y complementaria en médicos vinculados a hospitales públicos en el departamento de Cundinamarca. La metodología utilizada fue cuantitativa con un diseño observacional descriptivo y los sujetos de estudio fueron conformados por 280 médicos generales y especialistas que estuvieran vinculados a los 37 hospitales públicos de la región de Cundinamarca. Los resultados expresados en este estudio refieren que el 41% de los médicos entrevistados desean capacitarse de manera formal en el área de medicina alternativa y complementaria, además, la mitad de los médicos que participaron en la investigación consideraron que se debe implementar en las universidades la enseñanza de este tipo de terapéutica a los estudiantes de medicina (Sierra, 2012).

Por otra parte, en Santander, Colombia, se dio a conocer un estudio en el cual se evaluaban las actitudes de los médicos sobre la medicina alternativa y terapias complementarias en su desempeño como docentes en la Escuela de Medicina de la Universidad Industrial de Santander. La metodología consistió en un diseño observacional descriptivo transversal con enfoque cuantitativo. Se aplicó un cuestionario a 112 docentes de la Universidad, el cuestionario se diseñó acorde con los planteamientos de Coak y Selltíz con modelos tomados de estudios previos similares que fueron validados y utilizados en Colombia en médicos docentes de medicina, se utilizó una escala de Likert con cinco opciones de respuesta. En la encuesta se abordaron aspectos de la práctica profesional frente a los pacientes y los estudiantes y se indagó su opinión sobre la necesidad de incluir las terapias alternativas en los planes curriculares de pregrado y en el Sistema de Seguridad Social en el país. La encuesta

se dividió en cinco partes; la primera parte correspondía a datos de identificación del encuestado, la segunda a sus conocimientos acerca de la medicina alternativa y terapias complementarias, la tercera acerca de actitudes, la cuarta relacionada con la práctica médica, y la quinta con la formación específica en medicina alternativa y terapias complementarias. En relación con los resultados, se encontró que 72.3% de la población tiene conocimiento nulo sobre medicina alternativa y terapias complementarias. Los sentimientos de los encuestados son positivos o neutros hacia cada una de las disciplinas y buscan capacitarse en esta disciplina; además, estimular a sus estudiantes a capacitarse en medicinas alternativas (Urrego, 2012).

En Perú se realizó un estudio sobre las percepciones del personal de salud y la comunidad en la adecuación cultural de los servicios materno-perinatales en zonas rurales andinas y amazónicas de la región Huánuco. Es un estudio de corte cualitativo que incluyó al personal de los centros de salud de las zonas, a quienes se les aplicaron entrevistas en profundidad. La guía para la recolección de información incluía aspectos como la adecuación cultural del servicio ofertado y la adecuación cultural deseada (entendimiento, uso y apoyo al servicio de salud), entre otros aspectos. Se incluyeron a los médicos que hubiesen sido contratados por la institución con no menos de seis meses de antigüedad. El protocolo fue aprobado por el Comité de Ética del Instituto Nacional de Salud; se solicitó a los participantes consentimiento verbal informado y se garantizó la confidencialidad de los datos a los participantes; las entrevistas fueron transcritas en el programa Word y posteriormente analizadas con el *software* Atlas-ti. Los resultados mostraron que el servicio médico está poco adecuado a la cultura de las comunidades y que hay la necesidad de incorporar elementos de la cultura de las comunidades en la atención a la salud (Mayca, 2009).

Otro estudio realizado en Chile tuvo el objetivo era identificar conocimientos y opiniones de estudiantes de medicina acerca de las medicinas alternativas y complementarias (MAC). Los sujetos de estudio fueron 106 estudiantes de quinto año de la carrera de Medicina de la Universidad Católica de Chile, a quienes se les aplicó una encuesta con escala de Likert que contenía estimadores de conocimientos, percepción de utilidad e inte-

rés por adquirir conocimientos sobre medicinas alternativas (acupuntura, homeopatía y reiki) y tradicionales, en este caso la mapuche. Se identificaron los porcentajes de respuesta por categoría en cada escala, y se determinó la significación estadística de las diferencias por sexo, usando la prueba de Chi-cuadrado. Se consideró significativa una diferencia con $p < 0.05$. En cuanto a los hallazgos encontrados, el porcentaje de personas que desconocían o sólo reconocían el nombre de las distintas terapias fue variable: 11.3% para homeopatía, 19.8% para acupuntura, 54.1% para reiki y 55.2% para medicina mapuche (Arriagada, 2007).

De igual forma, Clemente y colaboradores realizaron una investigación en Trinidad y Tobago con médicos alópatas con el objetivo de evaluar la aceptación y el conocimiento del uso de plantas medicinales en la práctica médica para buscar estrategias de intervención apropiadas para mejorar la atención y comunicación médico-paciente en esa área, pues se sabe que de forma global el uso de las hierbas por parte de los pacientes va en aumento, lo que genera problemas de salud pública en cuestiones de seguridad por los efectos adversos que pueden tener las plantas. La metodología utilizada en este estudio fue cuantitativa, con un diseño transversal en el cual se aplicó un cuestionario en el que se evaluaba la aceptación por el uso de hierbas en la práctica médica y conocimiento sobre esta terapéutica. Se evaluaron 192 médicos de seis hospitales en la localidad de Trinidad y los datos se analizaron mediante las pruebas de Anova y Tukey. Los resultados muestran que de 192 médicos entrevistados, la mayoría (60.4%) cree que los remedios herbales eran beneficiosos para la salud; 78 médicos (40.6%) admitieron tener hierbas usadas en el pasado, y 60 de ellos (76,9%) estaban satisfechos con el resultado. A pesar de que 52 médicos (27.1%) recomendaron el uso de hierbas para sus pacientes, sólo 29 (15.1%) fueron capaces de identificar al menos una interacción con el uso de hierbas (Clemente, 2005).

Se realizó un meta-análisis en Colombia con el objetivo de presentar los avances de la integración de la medicina alternativa complementaria (MAC) en la prestación de los servicios de salud y que corresponde a la tendencia mundial con la Estrategia de la OMS de incorporar las MAC a los servicios de salud. El diseño fue descriptivo y se efectuó un estudio basado en 39 artículos ya publicados desde el año 2005, en el cual se

evaluó la integración de la MAC en los servicios de salud desarrollados en Colombia, Argentina, Brasil y México. Los artículos revisados se encontraron en las bases de datos Scielo, Bireme, Medline y Pubmed, en los cuales se revisaron patrones de uso y procesos de integración en los servicios de salud. Los resultados mostraron que el uso de las MAC se ha hecho frecuente en todo el mundo por pacientes y por médicos y se aceptan como alternativas terapéuticas, y en países como Estados Unidos y Brasil ya se han incluido en las políticas públicas (Pinto, 2012).

3.2. Antecedentes en Norteamérica

Los estudios que se encontraron en el norte de América fueron realizados con metodologías cuantitativas, uno en Canadá y el resto (cuatro investigaciones y meta-análisis) en Estados Unidos.

En la misma línea Versnik y colaboradores en el año 2015 realizaron una investigación con el objetivo de determinar la prevalencia y el uso de los tipos de medicina complementaria y alternativa (CAM) en estudiantes de medicina para buscar estrategias en la integración de los servicios de salud de la universidad. El estudio se realizó con una muestra aleatoria estratificada de 2,553 estudiantes y graduados de la Universidad de Columbia en Nueva York; se aplicó una encuesta vía correo electrónico y se encontró que 82% de los encuestados reportó el uso de al menos un tipo de CAM en los últimos 12 meses, además de que el aprendizaje por observación y la actitud hacia las CAM son predictores significativos del uso de las mismas (Versnik, 2015).

En un estudio realizado en la Universidad del Medio Oeste, en Estados Unidos, en el que participaron 286 universitarios, se demostró al evaluar las percepciones de los estudiantes sobre la familiaridad y el conocimiento en el uso de suplementos de hierbas en la promoción de la salud, que el 80% de los alumnos estaban familiarizados con la medicina complementaria y alternativa a base de hierbas. Y a las que estaban más familiarizados eran: el ginkgo (82.4%), el ginseng (96.1%), hierba de San Juan (78.4%), ajo (98.4%), la equinácea (65.6%) y la canela (96.8%). A pesar de la familiaridad de los estudiantes con las hierbas, de 45.1 a 74.1% de los participantes no estaban seguros de su eficacia en la

prevención de la enfermedad o la promoción de una buena salud. Los participantes perciben las barreras a: la falta de educación (26.0%), la falta de evidencia científica (25.9%) y la falta de profesionales capacitados (17.5%). El 85% está dispuesto a llevar cursos educativos en terapias CAM y el 60% de los participantes cree que la medicina convencional podría beneficiarse de la integración con la CAM y que los profesionales médicos deben integrar la CAM en las prácticas de atención de la salud. La metodología fue cuantitativa, se aplicó un instrumento para evaluar la percepción de 13 ítems y la encuesta para evaluar conocimientos es en línea (Zimmerman, 2012).

Otra investigación sobre medicina alternativa complementaria para explorar la influencia de los beneficios percibidos, los obstáculos e indicadores de acción para la implementación de la medicina complementaria y alternativa (CAM) se realizó en 400 estudiantes de la Universidad de Houston, Texas, a quienes se les aplicó un cuestionario. Los resultados muestran que el 35% de los estudiantes usaban CAM y se observó como un beneficio del uso de la CAM el mejorar las defensas del cuerpo, mientras que se encontró la falta de pruebas científicas suficientes como el principal obstáculo (Mhatre, 2011).

Otro estudio realizado en la Universidad de Minnesota por Kreitzer y colaboradores, en donde se evalúan las actitudes de los profesores y estudiantes hacia la medicina alternativa y complementaria en las facultades de medicina, enfermería y farmacología dentro del Centro de Salud Académico, los datos se obtuvieron a través de la aplicación de una encuesta en la que se evaluaban las siguientes variables: uso personal, necesidades de formación, y las barreras percibidas para el uso de CAM. La encuesta se aplicó a 627 maestros y estudiantes. La tasa de respuesta global superó el 50% para los estudiantes y profesores. Los resultados expresados mostraron que más del 90% de los profesores y estudiantes creen que la atención clínica debe integrar lo mejor de las prácticas convencionales de la CAM y que los profesionales de la salud deben estar preparados para aconsejar a los pacientes sobre los métodos utilizados comúnmente sobre este tipo de terapia. Además, el 88% de los profesores y el 84% de los estudiantes indicó que la CAM se debe incluir en el

currículo de su escuela y la facultad de enfermería fue la que expresó el mayor interés en esta práctica (Kreitzer, 2002).

También se realizó un estudio en Canadá, en el que se compararon las opiniones, conocimientos y actitudes sobre las medicinas alternativas complementarias (CAM) de diferentes carreras en el área de la salud, en las que se incluía medicina, fisioterapia, terapia ocupacional, enfermería y farmacología. La metodología fue de tipo cuantitativo a través de un cuestionario que se aplicó a 442 alumnos de la Universidad de Western Ontario y la Universidad de Toronto de cuarto año; las variables de interés fueron la percepción de los conocimientos y actitudes sobre la utilidad de las terapias CAM, la importancia percibida de la investigación científica para la aceptación de la CAM, y la exposición educativa con el tema. Los resultados respecto a la exposición educativa de CAM se correlacionaron con la utilidad percibida de la CAM. Los estudiantes de medicina reportaron la menor cantidad de la educación sobre la CAM y ver las terapias de CAM como menos útil que sus compañeros estudiantes de otras carreras del área de la salud. Los estudiantes de medicina y estudiantes de farmacología eran más propensos a tener evidencia científica en los tratamientos alternativos antes de aceptar este tipo de terapéutica (Bagniet, 2000).

Por otra parte, Dipierrri realizó un estudio con el objetivo de evaluar el impacto y la integración entre las medicinas alternativas complementarias y la medicina convencional a través del análisis del comportamiento de los médicos respecto a la MAC y de la magnitud de la bibliografía de la MAC en la biblioteca médica hegemónica. La metodología consistió en localizar todas las publicaciones aparecidas en *Medline* en las cuales se analizaran a médicos hospitalarios, residentes, estudiantes y practicantes de medicina y sus pensamientos, actitud y expectativas, prácticas, conocimientos, indicación o derivación, autoaplicación, entrenamiento anterior y/o disposición a recibir entrenamiento sobre medicina complementaria.

Esta investigación se realizó a través de un análisis bibliométrico de la búsqueda sistemática de las citas sobre MAC indexadas en la base de datos *Medline* desde su creación hasta la actualidad; *Medlars* (Medical Literature Analysis and Retrieval System) es la base computarizada de la

Biblioteca Nacional de Medicina de Estados Unidos que contiene aproximadamente 11 millones de referencias médicas impresas. La búsqueda se realizó utilizando el término “medicina alternativa”. Los resultados encontrados muestran que en cuatro encuestas el 57% de los médicos utilizan alguna forma de MAC. En 13 encuestas el 62.5% de los médicos habían derivado pacientes, en el 23% practicaban y en tres el 26.5% estaba entrenado en alguna forma de MAC (Dipierri, 2004).

3.3. Antecedentes en Europa

En Europa se encontraron cuatro estudios que analizaban las percepciones de los estudiantes sobre las medicinas complementarias tradicionales, dos sistematizados con metodologías cuantitativas, uno con metodología cualitativa y el que se realizó en Inglaterra con metodología complementaria.

El estudio realizado con el objetivo de explorar los conocimientos, percepciones y actitudes sobre las terapias alternativas y complementarias (TAC) en estudiantes universitarios de ciencias de la salud, fue el efectuado por Ballesteros y colaboradores en España. La metodología fue cualitativa con un diseño descriptivo, se aplicó un cuestionario anónimo a 605 alumnos de las carreras de enfermería, fisioterapia y medicina, con preguntas sobre conocimientos, percepciones y actitudes sobre el uso de las TAC. Se calcularon estadísticos descriptivos para cada ítem y disciplina. La comparación entre proporciones se realizó mediante la estimación de intervalos de confianza al 95%. Los resultados presentaron informaron que las terapias más conocidas en las que los alumnos habían recibido formación fueron la homeopatía (25.3%) y la acupuntura (12.6%). Ambas terapias fueron percibidas como bastante o muy efectivas por el 44.1% de los encuestados. Hubo una mayor proporción de estudiantes de enfermería y fisioterapia con actitudes favorables hacia las TAC, que de estudiantes de medicina. El 27.1% consideró que las terapias no avaladas por la ciencia deberían ser descartadas de la praxis clínica. El 59.2% reclamó la necesidad de formación sobre estas terapias en la universidad y el 67.9% consideró que los profesionales debían poseer capacidades para educar e informar a sus pacientes (Ballesteros, 2015).

Asimismo, en el año 2008 en Dinamarca se realizó una investigación cuyo objetivo fue evaluar las actitudes hacia el conocimiento de la CAM para determinar si los estudiantes de medicina de la Universidad de Copenhague perciben una necesidad de educación en la CAM. La metodología fue de tipo cuantitativa y se aplicaron cuestionarios auto-administrados a 508 estudiantes de 1º, 2º, 4º, 6º, 8º y 10º semestre. En los resultados se encontró que el 94% informó de conocimiento de una o más modalidades CAM, el 34% de los estudiantes mostró estar informado en más de cinco modalidades. La mayoría de los alumnos estaban familiarizados con este tipo de terapias y habían tratado y recomendarían las modalidades de la medicina a base de hierbas. Se encontró que las mujeres tienen una actitud más positiva hacia la CAM que los hombres y la mayoría expresó que la CAM debe formar parte del plan de estudios (Damgaard, 2008).

En un estudio realizado en una universidad checa con el objetivo de evaluar y comparar las actitudes de los alumnos de farmacología del primer y tercer año, para la obtención de los datos se aplicó un instrumento validado para evaluar las creencias sobre la medicina alternativa complementaria, por sus siglas en inglés: CHBQ (The Belief CAM Health Questionnaire), el cual se tradujo del inglés al checo y se administró a 250,187 estudiantes de tercer y primer año. Los resultados muestran que el 48.5% tiene actitudes positivas hacia las CAM, que las terapias con hierbas son de las más utilizadas entre los estudiantes y que 91% de los estudiantes recomiendan este tipo de terapias, además 91% de los universitarios del primer año respecto al 78% de los de tercer año creen que deben de tener conocimientos sobre la CAM (Pokladnikova, 2008).

Por otra parte, Freymann y colaboradores realizaron una investigación con el objetivo de analizar el conocimiento y el uso de la CAM en una población de estudiantes de farmacología étnicamente diversa en Londres. La metodología fue cuanti-cualitativa; en el aspecto cuantitativo se aplicó un cuestionario a 264 estudiantes y para la parte cualitativa se realizaron entrevistas en profundidad con una muestra de siete estudiantes. Los hallazgos reportaron que 43% de los estudiantes usan algún tipo de CAM y que las terapias utilizadas con mayor frecuencia son la aromaterapia, la medicina tradicional china (MTC) y la herbolaria

medicinal. La MTC es practicada por los estudiantes de origen chino y por estudiantes de otros orígenes étnicos, además de que los alumnos expresaron que un gran número de productos médicos están fabricados a base de hierbas (Freyman, 2006).

3.4. Antecedentes en Asia y África

En la revisión de antecedentes se encontraron seis investigaciones sobre el uso de las medicinas tradicionales complementarias y alternativas, sólo una realizada en África y el resto en Asia. Ninguna fue con metodologías cualitativas.

En un estudio realizado en la India sobre la percepción, actitud y el uso de la medicina complementaria y alternativa entre los médicos y los pacientes en un hospital de tercer nivel con 200 médicos residentes y consultores de alto nivel de Maulana Azad Medical College y el Hospital Asociado Lok Nayak, Nueva Delhi, India, aprobado por el Comité Institucional de Ética y consentimiento informado de los sujetos, se aplicó una encuesta semiestructurada, validada por los investigadores. El cuestionario incluyó preguntas relativas a la situación demográfica y cuestiones concernientes a la percepción y la actitud hacia la medicina alternativa complementaria, donde se incluía el uso de hierbas y su utilización por parte de los sujetos de estudio. El análisis de los datos fue a través del programa Epi-Info versión 3.3.2 con las pruebas de Chi-cuadrado.

El estudio mostró que el uso de las medicinas complementarias y alternativas era más entre los médicos (58%) en comparación con los pacientes (28%). Esta terapéutica se utilizó de forma concomitante con la medicina alopática en un 60% de los pacientes. La mayoría de los pacientes que utilizaron medicinas complementarias sintieron que sea más eficaz, más seguro, menos costoso y de fácil acceso en comparación con los medicamentos alopáticos. Ghosh y colaboradores llegaron a la conclusión de que la medicina alternativa es comúnmente utilizado por los médicos y pacientes, además de que existe una falta de comunicación entre los médicos y los pacientes respecto al uso, lo que puede ser mejorado por la sensibilización de los médicos y la inclusión de esta terapéutica en el plan de estudios médicos.

En una investigación realizada en Arabia Saudita por Mohamed Sawan y colaboradores, se evaluó el nivel de satisfacción y percepción de los estudiantes de medicina hacia el estudio de la medicina alternativa y complementaria para determinar su uso en diferentes modalidades. El estudio fue de tipo cuantitativo con diseño descriptivo, se llevó a cabo mediante la aplicación de los primeros y segundos grados en estudiantes de medicina que llevan las materias de medicina alternativa y complementaria en el Colegio de Medicina de la Universidad Majmaah KSA. El instrumento utilizado fue un cuestionario validado y autoadministrado, los datos obtenidos se analizaron con el programa spss. Los hallazgos encontrados fueron los siguientes: 30 estudiantes (43%) estaban satisfechos con el estudio de la medicina alternativa como parte del plan de estudios médicos. El resto de los estudiantes eran o insatisfechos (32%) o neutros (25%). La medicina alternativa más importante fue la modalidad de oraciones con 46 estudiantes (66.7%), la siguiente modalidad más importante fueron los productos a base de hierbas con 42 estudiantes (60.9%) y de masaje 32 estudiantes (46.4%); 43 estudiantes (62%) mostraron una percepción positiva hacia la práctica de este tipo de terapéutica en el futuro (Mansour, 2015).

De igual forma, se realizó una investigación en Sierra Leona en el continente africano con estudiantes de farmacología como próximos profesionales sanitarios con el objetivo de describir el uso, la actitud y percepción de la necesidad de recibir educación sobre las medicinas alternativas y complementarias. El diseño de estudio es descriptivo de corte transversal, se aplicó un cuestionario estructurado a 90 estudiantes de farmacología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Sierra Leona. Los datos se analizaron con la prueba de Chi cuadrado y la prueba de Fisher. Los resultados mostraron que el 100% de los estudiantes han utilizado al menos una de las modalidades de CAM. Las terapias a base de hierbas, botánica, suplementos, seguido de espiritualidad, oración, fueron las modalidades de MCA más comúnmente conocidas y utilizadas. Casi dos tercios de los estudiantes consideran eficaces y no perjudiciales las modalidades CAM que han usado. En general, los estudiantes de farmacología de cuarto y quinto año tenían una actitud positiva significativamente menor en comparación con los alumnos de primer, segundo y

tercer año. Casi todos los estudiantes (98.9%) están de acuerdo en que el conocimiento CAM es importante para ellos como futuro farmacéutico y que la CAM se debe incluir en el plan de estudios de farmacia en los programas de estudios (90.0%) (James, 2014).

En la Universidad de Malasia se hizo una investigación con el propósito de comparar los conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) sobre la medicina alternativa y complementaria (MAC) en estudiantes de medicina y enfermería de los últimos grados. Se realizó un estudio cuantitativo de diseño transversal comparativo, la información se obtuvo a través de la aplicación de un cuestionario autoadministrado, se utilizó el modelo de conocimiento-actitud-práctica (CAP) para explicar cómo el nivel de conocimientos puede reflejar actitudes y prácticas respecto a las MAC. Los sujetos de estudio fueron 74 estudiantes, 33 de ellos de enfermería y 41 eran estudiantes de medicina; para el análisis estadístico se utilizó la prueba *t* independiente para comparar el CAP de la CAM entre ambos grupos de estudiantes y si había una diferencia significativa. Los resultados muestran que los estudiantes de enfermería tenían más conocimientos sobre la MAC y poseían una actitud positiva, además estaban más dispuestos a practicar este tipo de medicina en comparación con los estudiantes de medicina (Hassan, 2012).

Por otra parte, en 2012 se realizó un estudio en el que se evaluaban los conocimientos, percepciones y actitudes hacia las terapias alternativas y complementarias entre los estudiantes de medicina y de farmacología de Kuwait, con el propósito de determinar los conocimientos, la eficacia percibida y los riesgos de la medicina complementaria y alternativa (CAM). Además de las diferentes modalidades, la actitud general y la necesidad de la educación en el uso de terapias de CAM. El diseño fue descriptivo transversal y se llevó a cabo utilizando un cuestionario previo a la prueba en una muestra aleatoria de 250 estudiantes en las facultades de Medicina y Farmacología de la Universidad de Kuwait. Los datos obtenidos se analizaron a través de estadística descriptiva. Los resultados obtenidos reportaron que el uso de la CAM era de 55.2% de los estudiantes y en su mayoría asociada con las mujeres. Otro resultado importante fue que los productos a base de hierbas eran los más utilizados (37.6%). El conocimiento acerca de las modalidades CAM era

deficiente en general. El conocimiento acerca de los productos a base de hierbas fue significativamente mejor entre los 58 estudiantes de farmacia (49.2%) que 32 estudiantes de medicina (31.4%). El masaje, productos a base de hierbas y recitar la oración (Corán) fueron percibidos como los más eficaces, mientras que la cauterización como la más dañina. La actitud hacia la CAM fue positivo con 176 estudiantes (79.7%) sobre la creencia de que la CAM incluye ideas y métodos de los cuales la medicina convencional podría beneficiarse. La falta de profesionales capacitados y la falta de evidencia científica fueron las barreras más percibidas para la aplicación de la CAM; 198 estudiantes (89.6%) admitieron la importancia del conocimiento sobre la MCA para ellos como futuros profesionales de la salud (Awad, 2012).

En la misma línea, Hussain y colaboradores realizaron un estudio en el que se determinó la percepción de los estudiantes de Farmacología de la Universidad de Pakistán sobre la medicina complementaria y alternativa. La obtención de datos se realizó a través de la aplicación de un cuestionario en el que se preguntaba sobre las creencias sobre la medicina alternativa complementaria. El cuestionario se aplicó a 595 estudiantes de la carrera de Medicina. Los resultados obtenidos muestran que las actitudes hacia la CAM fueron positivas. La falta de prácticas de la CAM fue considerada como el principal obstáculo para aprender la CAM. El 79% de estudiantes refirieron que la atención clínica debe integrar la medicina convencional y el uso de CAM. Las modalidades de CAM más utilizadas por los estudiantes son los suplementos dietéticos, masaje, hierbas medicinales y los medicamentos homeopáticos. La mayoría de estudiantes desea una mayor formación en CAM (Hussain, 2012).

En un estudio realizado en estudiantes de medicina de una universidad de Singapur para determinar las percepciones de la medicina complementaria y alternativa, se aplicó metodología cuantitativa y los datos se obtuvieron a través de la aplicación de una encuesta para medir la comprensión, el interés y el conocimiento de la CAM entre los estudiantes. La muestra fue de un total de 555 estudiantes de primero a quinto año de estudio. Los resultados mostraron que la acupuntura fue el tratamiento más conocido, con 57% que afirma tener algún conocimiento al respecto. La mayoría de los encuestados afirmaron que no sabían que

existían terapias como la quiropráctica, la osteopatía, medicina ayurvedic, la homeopatía y la naturopatía. El conocimiento de las creencias comunes acerca de las modalidades CAM era deficiente en general, incluso para las modalidades de la cual los estudiantes decían conocer más. Un número significativo de estudiantes tenía conocimiento acerca de CAM errónea. La falta de apoyo científico se considera que es la principal barrera para la implementación de la CAM. Las actitudes hacia la CAM fueron positivas con 92% y se cree que la CAM incluye ideas y métodos de los cuales la medicina convencional se puede beneficiar; el 86% expresa que desearía saber más sobre la CAM y el 91% indicó que la CAM ejercería un papel importante en su práctica médica en el futuro (Yeo, 2005).

Como conclusión en la revisión de antecedentes de este estudio se encuentra que la mayoría de estudios que analizan las percepciones y/o representaciones sociales es realizada con metodología cuantitativa, aplicando instrumentos o encuestas estructuradas, situación que manifiesta limitantes para obtener percepciones, representaciones o significados, pues estos conceptos van a partir de fenómenos subjetivos individuales, es decir, sólo la comunicación oral abierta (entrevistas en profundidad) hace posible las opiniones, ideas, sentimientos, creencias, conocimientos (representaciones sociales). Por lo que analizar representaciones sociales a partir de instrumentos categorizados no posibilita la verdad subjetiva del informante.

4. Marco legal internacional y nacional de la medicina tradicional

La revaloración de las medicinas tradicionales permitió el rescate y promoción de las prácticas legitimadas culturalmente, además de la inclusión de los conocimientos antiguos sobre el proceso salud-enfermedad-atención. En este apartado se analiza de manera cronológica el proceso de revaloración de las iniciativas de los diferentes organismos nacionales e internacionales que permitieron la incorporación de la MT al sistema de salud a nivel mundial.

En primera instancia, la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, reunida en Alma-Ata en septiembre de 1978, considera la necesidad de una acción urgente por parte de todos los gobiernos, de todo el personal de salud y de desarrollo y de la comunidad mundial para proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo. Hace la siguiente declaración en el artículo VII apartado 4:

La atención primaria de la salud se basa tanto en el plano local como en el de referencia y consulta de casos, en personal de salud, con inclusión según proceda, de médicos, enfermeras, parteras, auxiliares y trabajadores de la comunidad, *así como de personas que practican la medicina tradicional*, en la medida que se necesiten, con el adiestramiento debido en lo social y en lo técnico, para trabajar como un equipo de salud y atender las necesidades de salud expresas de la comunidad (Alma-Ata, 1978).

Otra iniciativa que se presentó fue la Resolución de la 56 Asamblea Mundial de la Salud, punto 14.10 del orden del día 28 de mayo de 2003, en donde se declaran los siguientes lineamientos:

Observando que los términos de medicina “complementaria”, “alternativa”, “no convencional” o “popular” se utilizan para referirse a muchos tipos de atención de salud no convencional que entrañan distintos grados de formación y eficacia;

Observando que la denominación “medicina tradicional” abarca una serie de terapias y prácticas que difieren mucho de un país a otro y de una región a otra; conscientes de que la medicina tradicional, complementaria o alternativa presenta muchos aspectos positivos, y de que la medicina tradicional y quienes la practican desempeñan una función importante en el tratamiento de enfermedades crónicas y en la mejora de la calidad de vida de quienes sufren enfermedades leves o determinadas enfermedades incurables;

Reconociendo que los conocimientos de la medicina tradicional son propiedad de las comunidades y las naciones donde se originaron, y que deben respetarse plenamente;

Tomando nota de que los principales problemas del uso de la medicina tradicional son la falta de redes organizadas de prácticas tradicionales y de datos válidos sobre la seguridad, la eficacia y la calidad de la medicina tradicional, así como la necesidad de medidas para asegurar el buen uso de la medicina tradicional y para proteger y conservar los conocimientos tradicionales y los recursos naturales necesarios para aplicarla de manera sostenible, y de que los prácticos de medicina tradicional reciban formación y se les otorguen licencias para ejercerla;

Observando además que muchos Estados Miembros han decidido apoyar el buen uso de la medicina tradicional en sus sistemas de salud,

II. Insta a los Estados Miembros a que, de conformidad con la legislación y los mecanismos nacionales establecidos:

- 1) adapten, adopten y apliquen, cuando proceda, la estrategia de la OMS sobre medicina tradicional, complementaria o alternativa como fundamento de los programas nacionales o programas de trabajo sobre medicina tradicional;
- 2) cuando proceda, formulen y apliquen políticas y reglamentaciones nacionales sobre medicina tradicional, complementaria o alternativa para respaldar el buen uso de la medicina tradicional y su integración en los sistemas nacionales de atención de salud, en función de las circunstancias de sus países;
- 3) reconozcan la función de determinadas prácticas tradicionales como uno de los recursos importantes de los servicios de atención primaria de salud, particularmente en los países de bajos ingresos y de conformidad con las circunstancias nacionales;
- 4) establezcan sistemas de vigilancia de la seguridad de los medicamentos para vigilar las medicinas herbarias y otras prácticas tradicionales, o amplíen y fortalezcan los sistemas existentes;
- 5) presten apoyo suficiente a la investigación sobre los remedios tradicionales;
- 6) tomen medidas para proteger, conservar y mejorar, si fuera necesario, los conocimientos de la medicina tradicional y las reservas de plantas medicinales con el fin de promover el desarrollo sostenible de la medicina tradicional, en función de las circunstancias de cada país; entre esas medidas podrían figurar, en su caso, los derechos de propiedad intelectual de los prácticos tradicionales sobre preparaciones y textos de la medicina tradicional, según lo dispuesto en la legislación nacional en consonancia con las obligaciones internacionales, y la participación de la OMPi en el desarrollo de un sistema nacional de protección *sui generis*;
- 7) promuevan y apoyen, si procede y de conformidad con las circunstancias nacionales, la capacitación de los prácticos de la medicina tradicional y, de ser necesario, su readiestramiento, así como la aplicación de un sistema para calificar, acreditar y otorgar licencias a esos prácticos;
- 8) proporcionen información fiable sobre la medicina tradicional, complementaria y alternativa a los consumidores y dispensadores con el fin de promover su uso idóneo;
- 9) cuando proceda, velen por la seguridad, eficacia y calidad de los medicamentos herbarios fijando patrones nacionales relativos a las materias primas herbarias y las preparaciones de la medicina tradicional, o publicando monografías al respecto;
- 10) alienten, cuando proceda, la inclusión de los medicamentos herbarios en la lista nacional de medicamentos esenciales, centrándose en las

necesidades demostradas de la salud pública del país y en la seguridad, calidad y eficacia verificadas de esos medicamentos;

11) Promuevan, cuando proceda, la enseñanza de la medicina tradicional y la medicina complementaria o alternativa en las escuelas de medicina [...]

La tercera iniciativa fue la Ley Marco para América Latina sobre Medicina Tradicional y Medicinas Complementarias del Parlamento Latinoamericano, 2006 y 2007 en Sao Paulo, Brasil.

El Parlamento Latinoamericano celebró en marzo del 2006, en su Sede Permanente, la Reunión del Grupo de Trabajo en Medicina Tradicional, Alternativa y Contemporánea (MTAC), de la Comisión de Salud, reuniendo a parlamentarios de Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Cuba, Ecuador, Guatemala, México, Nicaragua, Paraguay, Perú y Venezuela para discutir la propuesta de Ley Marco sobre medicina tradicional y medicinas complementarias que presentó la Secretaría de Salud de México, a través de la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural, aprobándose en lo general.

Esta “Ley Marco”, promueve el reconocimiento y desarrollo de la medicina tradicional y medicinas complementarias.

En la asamblea de mayo de 2006, se ratificó la “Ley Marco” como un referente para que cada país modifique su marco legal.

La estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023 vuelve a evaluar y desarrollar la estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005, y señala el rumbo de la medicina tradicional y complementaria (MTC) para el próximo decenio, con base en resolución de la Asamblea Mundial de la Salud sobre medicina tradicional (WHA62.13), adoptada en 2009 (OMS, 2014).

Los objetivos de la estrategia consisten en prestar apoyo a los Estados Miembros a fin de que:

aprovechen la contribución potencial de la MTC a la salud, el bienestar y la atención de salud centrada en las personas, y

promuevan la utilización segura y eficaz de la MTC a través de la reglamentación y la investigación, así como mediante la incorporación de productos, profesionales y prácticas en los sistemas de salud, según proceda.

La estrategia tiene la finalidad de ayudar a los Estados Miembros a desarrollar políticas dinámicas y aplicar planes de acción que refuercen el papel de la medicina tradicional en el mantenimiento de la salud de las personas. La estrategia se orienta a profundizar la estrategia de la OMS sobre

medicina tradicional 2002-2005, en cuyo marco se examinó la situación de la medicina tradicional en el mundo y en los Estados Miembros, y se establecieron cuatro objetivos básicos, a saber:

- política: cuando sea posible, integrar la medicina tradicional en los sistemas nacionales de salud mediante el desarrollo y la aplicación de políticas y programas nacionales sobre medicina tradicional;
- seguridad, eficacia y calidad: promover la seguridad, eficacia y calidad de la medicina tradicional mediante la ampliación de la base de conocimientos y la prestación de asesoramiento sobre normas reglamentarias y de garantía de la calidad;
- acceso: mejorar la disponibilidad y asequibilidad de la medicina tradicional, y especialmente el acceso de las personas pobres;
- uso racional: promover el uso terapéutico racional de la medicina tradicional entre los profesionales y los usuarios.
- A pesar de los importantes progresos realizados en la aplicación de esta estrategia en todo el mundo, los Estados Miembros siguen teniendo problemas en relación con:
 - el desarrollo y la aplicación de políticas y reglamentos;
 - la integración, en particular en lo concerniente a la identificación y evaluación de estrategias y criterios para incorporar la medicina tradicional en la atención primaria de salud (APS) en el ámbito nacional;
 - la seguridad y la calidad, especialmente en lo que respecta a evaluación de productos y servicios, calificación de profesionales, metodología y criterios para evaluar la eficacia;
 - la capacidad para controlar y reglamentar la publicidad y las afirmaciones de la medicina tradicional y la medicina complementaria (MTC);
 - las actividades de investigación y desarrollo;
 - la formación y capacitación de profesionales de MTC;
 - la información y comunicación, incluido el intercambio de información sobre políticas, reglamentos, características de los servicios y datos de investigaciones,
 - la obtención de recursos de información objetivos y fiables para los usuarios.

En México, otra iniciativa a nivel nacional es en la que se reconoce la medicina tradicional en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, capítulo I: De las garantías individuales del artículo 2 apartado III:

La Constitución de los Estados Unidos Mexicanos (1917), reformada por decreto publicado en el *Diario Oficial* del 14 de agosto de 2001, en su Art. 2° reconoce a México como nación pluricultural y garantiza el derecho de los pueblos y las comunidades indígenas a preservar y enriquecer sus

lenguas, conocimientos y todos los elementos que constituyan su cultura e identidad, asegurar el acceso efectivo a los servicios de salud, aprovechando la medicina tradicional.

Asegurar el acceso efectivo a los servicios de salud mediante la ampliación de la cobertura del sistema nacional, aprovechando debidamente la medicina tradicional, así como apoyar la nutrición de los indígenas mediante programas de alimentación, en especial para la población infantil.

Otra iniciativa es la que propone la Ley General de Salud; el día 19 de septiembre de 2006 se publicó en el *Diario Oficial de la Federación* el Decreto por el que se reforman y adicionan diversas disposiciones de la Ley General de Salud en torno a la atención a la salud de la población indígena y al reconocimiento de la medicina tradicional indígena. Con ello, la Ley General de Salud incorpora elementos interculturales para abordar la población indígena y la medicina tradicional:

Decreto

El Congreso General de los Estados Unidos Mexicanos decreta:

Se reforman y adicionan diversas disposiciones de la Ley General de Salud:

VI Bis. Promover el conocimiento y desarrollo de la medicina tradicional indígena y su práctica en condiciones adecuadas.

También la Secretaría de Salud modifica su reglamento interno para la inclusión de la MT en el sistema de salud en el año 2006:

Atribuciones:

Artículo 25. Corresponde a la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud:

VII. Proponer el diseño y desarrollo de nuevos modelos de atención a la salud en correspondencia con las necesidades y características culturales de la población, promoviendo la interrelación con propuestas y proyectos conjuntos, apoyando que su evaluación se realice a través de la visión de la cultura donde se practica;

XIX. Diseñar, proponer y operar la política sobre medicina tradicional y medicinas complementarias en el Sistema Nacional de Salud.

En la misma línea, el Programa Nacional de Salud 2007-2012, tomando en cuenta una consulta nacional llevada a cabo en el mes de marzo de

2007, incorpora las siguientes líneas de acción respecto a la medicina tradicional:

8.5. Promover el estudio y validación científica de las medicinas tradicionales y complementarias.

Fortalecer los servicios de salud a través de la incorporación formal de la medicina tradicional al sistema nacional de salud.

Diseñar y operar una política de enseñanza de medicina tradicional y complementaria en el Sistema Nacional de Salud.

Incorporar en las demandas del Fondo Sectorial de Investigación en Salud y Seguridad Social la investigación en medicinas tradicionales y complementarias.

Evaluar la posibilidad de crear el Instituto Nacional de Medicinas Complementarias.

Por otra parte, la Secretaría de Salud ha realizado esfuerzos para regular y controlar la práctica de las MT/MCA. La Secretaría de Educación Pública (SEP) también está participando junto con algunas escuelas profesionales y universidades para incluir la medicina tradicional en los planes de estudio y formar profesionales en ciertos campos de MT/MCA (Torres, 2010).

5. Estudio de caso: la práctica médica en MTAC en estudiantes de medicina de dos universidades del estado de Jalisco, México

La investigación en donde se analizan las representaciones sociales sobre el uso de la medicina tradicional alternativa y complementaria en la práctica médica en estudiantes de medicina que realizan internado rotatorio de pregrado en el Hospital Civil Juan Antonio Alcalde, que pertenecen a la Universidad de Guadalajara y Universidad Lamar en el periodo de agosto a diciembre de 2016.

El presente estudio tiene el objetivo de comprender los significados y creencias que tienen los estudiantes de medicina acerca de la integración de las terapias tradicionales y complementarias en la práctica médica, con el propósito de proporcionar información que será útil para el sistema de salud y las instituciones universitarias, para la incorpora-

ción en planes de estudio de medicina de los elementos de la medicina tradicional, alternativa y complementaria, así como la implementación y sensibilización en los estudiantes. La elaboración del estudio tiene implicaciones importantes, pues aporta conocimiento que permita una implementación curricular fundamentada en necesidades expresadas por los futuros médicos como trabajadores de la salud.

5.1. Sujetos y metodología

Supuesto ontológico

En el estudio se concibe a los estudiantes de medicina y sus significados sobre la medicina tradicional como sujetos sociales formados en el campo de la biomedicina, que actúan y piensan de acuerdo con estos procesos.

Supuesto epistemológico

El fundamento epistemológico del estudio se sustenta en el paradigma hermenéutico, porque se busca el entendimiento de una realidad mediante un proceso interpretativo a partir del análisis de los significados que tienen los estudiantes de medicina acerca de la medicina tradicional.

Supuesto metodológico

La investigación se aborda desde la metodología cualitativa a través de un proceso inductivo en el que se pretende analizar el discurso individual a partir de las prácticas, valores, normas y conocimientos social e históricamente contextualizados.

5.2. *Sujetos de estudio*

Forma de seleccionar los sujetos de estudio

Es por muestreo selectivo de juicio, por el cual se elige estratégicamente a los sujetos, teniendo presente la estructura de la sociedad y el contenido de la investigación, seleccionando a los informantes en dominios culturales específicos, de forma particular en el caso de esta investigación será a través de casos típicos de estudiantes del último grado de medicina en universidad pública (Universidad de Guadalajara) y universidad privada (Universidad Lamar).

Criterios de estudio

- a. Criterios de inclusión: estudiantes de medicina de último grado de estudio de universidad privada y pública.
- b. Criterios de no inclusión: estudiantes de grados inferiores, de intercambio universitario o con algún tipo de problemas que no puedan expresar de forma clara sus opiniones (idioma o trastornos del habla).
- c. Criterios de exclusión: las personas que decidan no seguir participando en el estudio.

Tamaño de la muestra

El tamaño de la muestra se determina a partir de la saturación de la información en los contenidos y temas.

5.3. *Diseño metodológico*

Diseño antropológico etnográfico que se sustenta en el análisis del discurso a través del método hermenéutico interpretativo.

5.4. Procedimientos de investigación por fases

1. Fase de negociación con las instituciones.

Se realiza una negociación política con las autoridades de la universidad pública y privada con las autoridades de ambas instituciones.

2. Fase de recolección de datos.

Se realizan entrevistas a partir del enfoque de Fortino Vela de las dimensiones básicas para la clasificación de las entrevistas cualitativas sobre los significados y constructos de los estudiantes de medicina sobre el uso de plantas medicinales en la práctica médica, donde el grado de libertad y nivel de profundidad son niveles medios, ya que están enfocados o centrados en el tema de la medicina tradicional en la práctica profesional.

3. Fase de análisis de datos.

- a. Se realiza la transcripción de entrevistas a profundidad en las cuales se aplican los lineamientos de transcripción de registros grabados en campo por Baena y colaboradores.
- b. A partir de la transcripción se realiza el proceso de codificación con ayuda del *software* Atlas-Ti para formar categorías.
- c. Se interpretan las unidades de análisis por categoría, donde se discute el dato empírico con la teoría pertinente y estudios similares.
- d. El análisis de la información se basa en algunos aspectos que proponen Goetz y Lecomte (1988) en el trabajo de investigación cualitativa que refiere la búsqueda de patrones, tipologías y comparaciones constantes en el discurso de los informantes.

Para disminuir el sesgo metodológico del estudio se utilizan los siguientes criterios de vigilancia de confiabilidad y validez:

- a. La selección de los informantes clave se realiza por criterios cualitativos de género, realizando el mismo número de entrevistas en mujeres y hombres que estudian medicina.
- b. El número de entrevistas se limita hasta saturar empíricamente los datos cualitativos (saturación empírica).

- c. El análisis de los datos empíricos se realiza hasta saturar la teoría con que se interpretan los mismos (saturación teórica).

5.5. Aspectos bioéticos

Esta investigación se apega al reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, artículo 17, en el que se considera sin riesgo pues no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio. En el presente estudio no se identifican ni se tratan aspectos sensitivos de su conducta, clasificándola con riesgo mínimo para la integridad del participante.

El estudio garantiza justicia al proteger los derechos del sujeto de estudio respecto al trato digno e igualitario, la autonomía de decisión al no coaccionar la participación y las respuestas de las entrevistas.

El estudio garantiza la beneficencia, retroalimentando los programas curriculares de posgrado que se implementan en la Universidad Guadalajara Lamar, respecto a los resultados obtenidos. Se protege la privacidad de los sujetos de estudio, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y el sujeto lo autorice.

Por lo anterior, se aplica un consentimiento informado verbal culturalmente comprensivo, mediante el cual el sujeto autoriza su participación en la investigación.

5.6. Resultados

Percepción de las medicinas tradicional, alternativa y complementaria (MTAC)

Percepción de la medicina tradicional

La medicina tradicional es el origen y las prácticas que anteceden a la medicina actual, es el uso de las plantas para el tratamiento de las enfermedades a partir de conocimientos dados por la experiencia, a diferencia de la medicina moderna, caracterizada por el sustento científico-

tecnológico. Los informantes definen la medicina actual como moderna, proceso que refiere un rompimiento con procesos tradicionales a partir de conocimientos sistematizados, ordenados, experimentados y comprobados para resolver problemas de salud en un modelo industrial. Como se observa en el siguiente texto en palabras de los informantes:

Es uno de los principios de la medicina, me imagino que todo empezó sin bases científicas, meramente el conocimiento empírico de las personas que utilizaban las plantas, remedios, herbolaria para tratar sus enfermedades. Que yo creo que es como un inicio, como una antesala a lo que es la medicina moderna [...]. Es el uso de sustancias tradicionales en un pueblo [...]. Plantas, extractos de algunos animales, troncos, más que nada vegetales [...]. Algo común que utiliza la gente como hierbas, tierras, espiritismo, es como algo naturista que suelen utilizar las personas [...]

Para los informantes la medicina moderna se desarrolla a partir de la medicina tradicional, producto de los avances de la tecnología aplicada a la herbolaria, recuperada principalmente de los curanderos tradicionales o chamanes a partir de la Revolución Industrial.

El origen de la medicina alopática radica en la medicina tradicional [...] desde hace muchísimos años, de las antigüedades de hecho, se ha estado utilizando [...]. Se me viene a mí a la mente, la medicina de antes, a base de hierbas [...] lo tradicional me sigue viniendo a la mente, chamanes [...]

En los párrafos anteriores también se observa cómo los informantes relacionan la medicina tradicional con plantas y elementos de la naturaleza; además, se le vincula con creencias y prácticas relacionadas con elementos inmateriales y culturales de un grupo social.

Desde la perspectiva de los informantes, otro rasgo que caracteriza a la medicina tradicional es la práctica y conocimiento a partir únicamente de la experiencia sin fundamento teórico-metodológico, basada en la observación empírica y en pruebas de ensayo y error, por lo que es difícil de definir un pronóstico terapéutico, además de que no existe un proceso formal para su transmisión, ya que se comunica de manera informal.

Algo no muy científico [...] no se utilizan estudios de laboratorio, ni utiliza clínica, ni posiblemente literatura [...] la medicina tradicional es de voz en voz, no tiene nada que lo fundamente o que lo explique, puede llegar o no a funcionar, no hay nada que te diga por qué sí funciona o por qué no funciona [...]

La medicina tradicional, en palabras de algunos de los entrevistados, es la práctica alópata desactualizada, que siempre se ha realizado de la misma forma, es decir sin cambios, sin modificaciones de generación a generación, porque los conocimientos se basan en lo que ya está escrito y no hay actualización; que se sustenta en la conservación del arte de hacer medicina, en el “ojo clínico” u observación empírica de los relatos y síntomas del paciente y que no ha incorporado los avances científico-tecnológicos de la modernidad médica.

[La medicina tradicional] tiene una base de formación [...] siempre se ha hecho igual, viene siendo lo mismo generación tras generación, por eso un médico tradicional a pesar de que yo me esté formando ahorita, me estoy basando en lo ya descrito, eso para mí siento que es ser algo tradicional, en este caso un médico tradicional [...] en el ambiente hospitalario los médicos siguen estando igual, que no están actualizados, que no usan artículos, que sólo se basan en los conocimientos empíricos o lo que obtuvieron durante los estudios de la universidad [...] en este hospital lo que es medicina tradicional, pues sería la alópata [atrasada] [...]

Percepción de la medicina alternativa

El patrón de semejanza que más se repite en los constructos de los informantes sobre medicina alternativa es la conceptualización como otro tipo diferente de prácticas terapéuticas alternativas a la medicina alópata, realizada principalmente con herbolaria, homeopatía, acupuntura y “remedios caseros”, como le expresan en el siguiente relato:

La medicina alternativa es a base de herbolaria [...] yo lo tomaría como homeopatía [...] es dar como un tratamiento como la homeopatía, por ejemplo [...] existen otros tipos de medicinas alternativas como la acupuntura [...] los remedios caseros y todo eso [...]

La medicina alternativa también se representa como una “cosa terapéutica” que se sale de la práctica “normal” y como no tiene una base documentada científicamente no se enseña en las escuelas de medicina. Además, esta práctica no está certificada y se cree que es inocua, es decir, no cura pero tampoco genera daños. Es una terapéutica que el médico alópata no aplica en su consulta en el contexto del gremio profesional, no es aceptada como una medicina científica.

[La medicina alternativa] es lo que no se ve en una consulta normal [...] lo que no vamos a dar, es como fuera del contexto que nos enseñan en la escuela [...] como la herbolaria, cosas que no están documentadas [...]

A muchas personas no se les puede dar la certificación, pero en cambio como no se les prohíbe, como no generan daño, pero tampoco un bien. Eso lo veo como una medicina alternativa [...]

La medicina alternativa, en palabras de pocos informantes, es una práctica milenaria que se utiliza como otra opción para tratar las enfermedades y se caracteriza por la transmisión del conocimiento generacionalmente, como se expresa en los relatos siguientes:

Como su nombre lo dice, otro punto de vista para tratar las enfermedades [...] es una alternativa para liberar a su vez de toxicidad de otros medicamentos [...] es una terapéutica muy antigua desde los emperadores chinos, todo eso, miles de años pues que se han ido pasando de generación en generación y ya se han ramificado [...]

Otra forma de caracterizar la medicina alternativa fue relacionándola con especialidades y terapéuticas de la medicina alopática, como se observa en el siguiente párrafo:

[Se considera como medicina alternativa] a una investigación donde vean lo de las células madre, terapia génica. Eso también podría ser alternativo, o injertos implantes, pueden ser algo alternativo al tratamiento de base, que es tener la causa y corregirla.

Bueno creo que la medicina alternativa [...] podría ser ya con otro tratamiento diferente, no sé, alguna cirugía o algún procedimiento como los que usan en rehabilitación, no sé, ultrasonido, compresas o algo así [...]

Percepción de la medicina complementaria

Los significados que expresan los informantes sobre la medicina complementaria se clasificaron en dos conjuntos de constructos: el primero, expresa que la medicina complementaria es aquella que se integra o se aplica a una persona que tiene un tratamiento de medicina alópata establecido, con el objetivo de generar bienestar en el paciente, como se observa en los siguientes fragmentos:

La medicina complementaria es toda aquella que nos ayuda con los tratamientos que ya tenemos establecidos o con los diagnósticos que ya tenemos para ayudar al paciente [...]. Sería como algo que te ayuda a lo que te está ayudando, o sea, un plus al tratamiento médico [...]

El segundo enfoque está relacionado con la idea de que la medicina complementaria es otra opción respecto a la medicina convencional, es decir, una forma de tratamiento diferente a la terapéutica alópata cuando ésta ya no está funcionando en el paciente, como se comenta en los siguientes relatos de los entrevistados:

Es lo que si se complementa con el médico [alópata] como la homeopatía, mucha gente utiliza las dos, homeopatía, lo alópata y lo no alópata [...] una segunda opción sobre algún manejo ya establecido; cuando el tratamiento no está teniendo el resultado que esperaba o el resultado que debería de tener en el paciente entonces es cuando buscas esa nueva opción [...]

Un enfoque marginal de la medicina complementaria es considerar que la psicología y la terapia física son terapias complementarias a la medicina alopática, es decir, que no son parte del campo disciplinar del modelo médico hegemónico establecido en el sistema de salud, como lo expresa uno de los informantes:

Lo que entiendo, más bien sería como darle un enfoque en el que no solamente sea dar fármacos, sino integrarlo junto con psicología o alguna otra medicina alternativa [...] medicina complementaria, podríamos utilizarla como las terapias físicas, para pacientes con lesiones, para pacientes con traumas, pacientes con distrofias musculares [...]

Percepción de las ventajas y desventajas de la MTAC

Ventajas de la MTAC

Una de las fortalezas percibidas por los informantes es que en la actualidad ya hay fundamento científico que demuestra la validez de su eficacia para apoyar el tratamiento de los pacientes, a la vez de señalar que es una práctica empírica que ha sido validada a través de ensayo y error por su aplicación en el tiempo, como se describe a continuación:

Son terapias o cosas [sic] que se están implementando, porque se han hecho demostraciones que sí funcionan, entonces creo que es por el hecho de que ahora sí que están ayudando a la misma persona [...]. ¿Si ha funcionado desde años atrás, por qué actualmente no puede funcionar? [...]

A partir de que la medicina actual tiene cada vez un mayor enfoque biopsicosocial que supera el enfoque biomédico hegemónico de la práctica clínica, se valoran las ventajas psicosociales del empleo de las MTCA en pacientes, ya que este abordaje genera una mayor disciplina en la toma de sus medicamentos, así como se acompaña de terapias de relajación mental que apoyan la terapéutica médica.

Como un trasfondo emocional, creo que sí tendría un gran impacto sobre los pacientes relacionado con el apego al tratamiento [...] las terapias tanto físicas, mentales y de relajación creo que ayudarán al paciente a su entorno porque lo estamos cuidando tanto mentalmente, como en cuanto a su malestar físico [...]

Un elemento señalado como fortaleza de la MTAC es que la manufactura de dichos medicamentos está más apegada a procesamientos básicos como lo son la cocción, por ejemplo, evitando así la pérdida de los ingredientes activos, permitiendo así la permanencia natural.

“Se procesan de manera natural a través de la cocción, sin perder obviamente las propiedades que tienen, pero no se procesan químicamente [...]”

Una de las fortalezas del uso de la MTAC son sus ventajas económicas, ya que los recursos empleados durante la estancia intrahospitalaria

de un paciente se reducen, ya que muchos de los ingresos hospitalarios son secundarios a hipersensibilidad medicamentosa, generando a su vez que al utilizar medicamentos MTAC éstos generen menos efectos adversos y por lo tanto la reducción de daño a órganos corporales, a la vez que permitiría un mayor conocimiento de los médicos, pacientes y comunidad respecto a los efectos adversos de los medicamentos alopáticos:

A nivel salud, considero que disminuiría muchos costos, respecto a hospitalizaciones, porque muchas de ellas, por ejemplo, los medicamentos que causan reacciones alérgicas, un choque anafiláctico, medicamentos que dañan hígado, dañan riñón, dañan ciertas partes específicas del cuerpo; si tú las combinas con la medicina alternativa, te puede contrarrestar o disminuir este impacto en el cuerpo [...] a la vez que aumentaría el conocimiento en el médico, población y en el enfermo sobre las reacciones alérgicas que causan los medicamentos [...]

Para mostrar las ventajas del uso de la MTAC, es necesario realizar ensayos clínicos comparativos a través de seguimiento al paciente de acuerdo con cada tratamiento y evolución del mismo:

“Pienso que todo será sobre un solo paciente en el que estemos trabajando y cada paciente mostrará los avances o cómo o qué impacto está teniendo lo que estamos haciendo o realizando sobre él [...]”

Desventajas de la MTAC

Los informantes mencionan que una de las principales desventajas es que muchas de las prácticas que se realizan en la MTAC son realizadas por personas empíricas que sobrevaloran su uso generando problemas, principalmente en enfermedades crónico-degenerativas como el cáncer y la diabetes, lo que provoca complicaciones severas en los pacientes, como se señala en los siguientes relatos:

A veces venden falsas esperanzas, venden su tratamiento como lo máximo [...]. Lo prescriben como un elixir mágico que va a curar a la persona, que va a hacer cambios en su cuerpo y que va a desaparecer el cáncer por ejemplo [...] por mala información por ejemplo dicen que ciertas plantas curan la diabetes, y dejan de tomarse el medicamento, o los mismos diabéticos tipo 1 dejan de aplicarse la insulina, por tomar no sé, la planta milagrosa y claro que los trae aquí por cetoacidosis [...]. Que no tengan el conocimiento a

fondo que lo que estén recetando y que lo empírico puede llegar a ser otras complicaciones o alguna enfermedad poder agravarla [...]

Una de las desventajas mencionadas por los informantes, es que las personas que realizan prácticas con MTAC no sustentan su actuación en una base científica, lo que puede llevar a un resultado no deseado para el paciente, a la vez que generan expectativas falsas sobre su eficacia, sin evidencias documentadas, como se rescata en los comentarios siguientes:

Una desventaja es que hay ciertos métodos que no están comprobados científicamente y no se puede saber si en realidad funcionan [...] Nadie de ellos se ha animado a hacer labor científica, a aplicar una metodología, por lo que creo que a veces sí engañan, ya que deberían tener más sustentabilidad científica en muchos de sus métodos [...] entonces pues sería como estar jugando con el azar [...]

Entre los problemas que se consideran desventajas del uso de la MTAC, están su toxicidad debido a las dificultades de dosificación, la potenciación de efectos colaterales de medicamentos alópatas, entre otros mencionados por los informantes:

También los medicamentos alternativos llenan de tóxicos tu organismo, como a los pacientes de homeopatía para bajar de peso los cuales causan problemas renales [...]. Lo que a mí me ha tocado ver de desventajas es las dosis, una planta o algo, como que si lo toman de más pueden intoxicarse [...]. Pues que pudiera hacer alguna interacción con algún medicamento de los que damos nosotros o algo así.

5.7. *Conocimientos y prácticas en MTAC*

Conocimientos sobre MTAC

Los conocimientos que los médicos internos tienen sobre la MTAC son deficientes, lo que no les permite tener las bases para su uso racional, así como para la preparación de los remedios en su práctica profesional, pues expresan que ese tipo de medicina no se enseña en la carrera:

Creo que poco realmente, como para yo aplicarlo, que haga las fórmulas, que incluso elabore un fármaco que es extraído en base de un extracto de x planta. No te lo expliquen durante la carrera, que te digan, estás parado aquí, pero también tienes otras opciones [...]

El conocimiento básico que tienen los entrevistados sobre la MTAC es adquirido por enseñanza transmitida generacionalmente y está sustentado principalmente en el uso de plantas medicinales y remedios naturales, como se describe en el siguiente relato:

“Lo que yo sé, es porque mi mamá me ha enseñado, así como mi abuelita y es muy limitado, por ejemplo: té de hierbabuena que pues no deja de ser para el dolor de estómago [...]

Práctica de la MTAC

Respecto a la prescripción de la MTAC por estudiantes de medicina, la mayoría no la aplican en su práctica médica y los que la utilizan, es a base de plantas o hierbas para procesos de enfermedades comunes relacionadas con neurosis e infecciones virales leves, en los que no se requiere aplicar fármacos, sino que el proceso terapéutico se sustenta en apoyo psicológico y en manejo de los síntomas generales.

No, nunca lo he hecho [...]. Sí lo he hecho con herbolaria, sobre todo; no con mucha frecuencia, sobre todo en casos de ansiedad, con terapia, como flores de bag y té [...] en algunas ocasiones o en algunos procesos virales no requieren de algún fármaco, entonces les doy un té.

5.8. Conocimientos de las estrategias de la OMS

Los conocimientos sobre la implementación de la estrategia de la OMS que consiste en integrar la medicina tradicional y alternativa al sistema de atención a la salud en América fueron nulos, ningún informante estaba enterado de la estrategia y sus propuestas de atención a la salud, como se comenta en la siguiente síntesis de informantes:

“Yo no la conozco, ni sabía que estaban implementándolas [...] no me parece una mala decisión tratar de hacer una medicina más integral [...]. Sí, sí me gustaría conocerla.”

Durante la entrevista se comenta con los informantes el documento de la estrategia de OMS. La opinión que se expresó respecto a la estrategia de la OMS por parte de los médicos informantes fue favorable, pues consideran que las enfermedades y los pacientes son diferentes y que al implementar esta estrategia se tienen más opciones de tratamiento que ofrecer, además de ser más económica e inocua la terapéutica tradicional alternativa, lo cual generaría más apego y menos deserción al tratamiento.

También se expresó que de esta forma el paciente puede elegir su tratamiento y que habría mayor regulación y sistematización en el uso de las plantas, ya que también pueden generar un impacto negativo a la salud y de esta forma el médico tendría conocimiento para prescribir y saber efectos secundarios de la medicina complementaria. Lo anterior se observa en los siguientes datos empíricos.

A mí se me hace súper bien, porque en el ámbito que uno labora y en el que uno se desarrolla, con el tipo de personas, hay de todo tipo, y hay personas que te van a decir: “A mí me gustaría la homeopatía, a mí me gustaría lo médico, lo científico, a mí me gustaría la herbolaria, porque se me hace que no me va a ocasionar ningún problema en un futuro” [...] mejoraría el apego al tratamiento [...] porque si el paciente se siente bien, no va a buscar excusas para no tomarlo [...] sería aprovechar las sustancias que están en el medio natural tradicional.

Todos tenemos derecho a decidir qué medicamento tomar o qué tipo de médico nos va a atender nuestra enfermedad [...] porque además en la consulta general uno no sabe cuáles son los efectos secundarios o para qué es principalmente [...]

También se expresó que la MTAC está vinculada con elementos emocionales y espirituales, aspectos que favorecen el tratamiento porque los pacientes se deben abordar de forma integral y no sólo desde la dimensión física.

Pues la verdad se me hace padre [sic] que intenten hacer una medicina humana, más integral, siento que sí le hace falta un enfoque de muchos sentidos, no sé la meditación le podría ayudar a muchas personas, Porque muchas patologías se podrían venir de un trasfondo psicológico [...] por ejemplo: niños con cáncer que reciben quimioterapias, al aplicar ese tipo de terapias con ellos es más llevadera, el mismo proceso y el progreso de la enfermedad que llevarían.

Otras opiniones adversas al documento de OMS se centraron en el aumento de trabajo y el exceso de conocimientos que, sumados al conocimiento alópata, es excesivo, por lo que sería difícil abarcar otro tipo de medicinas y terapéuticas, además de la confusión que puede resultar de la aplicación médica múltiple en el caso que se presente una reacción adversa al medicamento.

Estoy en desacuerdo porque es demasiada la carga que tenemos ya como médicos, habiendo otras disciplinas que pueden encargarse también del manejo de los pacientes, porque si llega el señor que trae a su hijo y lo tratas con una monoterapia convencional y otra terapia alternativa múltiple y la alternativa le hace daño o la múltiple, no sabrías cuál le afectó [...]

6. Discusión de resultados

En cuanto a las percepciones de la medicina tradicional, existen dos concepciones en los estudiantes de medicina acerca de la misma: una definida como la medicina que realizan los curanderos y chamanes, realizada con base en la experiencia ancestral; la otra relacionada con la práctica médica alópata, ejercida por los médicos de manera empírica, sin incorporación de los avances científico-tecnológicos de la medicina, por lo que es importante sustentar bien ambos conceptos en la formación del médico para evitar confusiones semánticas que dificulten la comprensión de ambas prácticas.

La medicina alternativa es considerada por los alumnos entrevistados como una terapéutica alternativa a las medicinas alopáticas que carece de base científica sustentada principalmente en la herbolaria, homeopatía, acupuntura y remedios caseros, pero se acepta por considerarla inocua para la salud humana. Es una opción terapéutica practicada desde la antigüedad que se utiliza para desintoxicar los efectos adversos de la medicina alópata. Una concepción marginal es considerar a la medicina alternativa como los nuevos avances terapéuticos surgidos de las células madre, la rehabilitación a base de ultrasonido o terapia génica.

La medicina complementaria es considerada como un apoyo a la terapéutica alópata o como apoyo ante el fracaso de las terapias con-

vencionales. Un enfoque marginal es considerar la psicología y la terapia física como alternativas terapéuticas a la medicina alopática hegemónica.

Desde la perspectiva de la OMS, la medicina tradicional es definida como la práctica realizada por agentes locales de las comunidades, que es transmitida generacionalmente a través de comunicación oral y que debiera ser promovida como un elemento de identidad cultural de los pueblos originarios.

La “práctica médica tradicional alopática” es una práctica médica occidental sustentada en el arte u oficio de la medicina alopática con escaso desarrollo científico.

Las prácticas médicas alternativas y complementarias, desde las representaciones sociales de los médicos alópatas, son complementarias a la medicina hegemónica, que es practicada con fundamentos científicos positivistas y sustentada en el pensamiento biomédico. Las representaciones sociales de los médicos surgen de las “coacciones” sociales surgidas de los factores condicionantes y determinantes de la práctica médica dominante, como la educación médica hegemónizada por el pensamiento biomédico y clínico, la práctica médica impulsada por los gremios profesionales dominados por el pensamiento estadounidense que promueve el consumo de medicamentos, y el mercado laboral que coacciona hacia una práctica en donde domina el diagnóstico con base en un arsenal de instrumentos “llamados científicos”. Este pensamiento anula las posibilidades de una práctica médica alternativa y complementaria, sustentada en el ensayo y error, aunque cada vez se busquen alternativas científicas para demostrar su eficacia.

Respecto a las ventajas de las MTAC, los alumnos identifican los siguientes: su enfoque psicosocial en el abordaje del paciente, la base natural de sus sustancias activas, la facilidad de la producción y sus bajos costos económicos. Las principales desventajas están relacionadas con su práctica empírica realizada por personas con escaso pensamiento científico y con los efectos colaterales relacionados con dificultades en la dosificación y potenciación con otros medicamentos de uso alopático.

Uno de los problemas de la práctica médica alopática es el abandono del abordaje integral del paciente a través del diálogo que profundiza en aspectos psicosociales, propio de la escuela francesa de la medicina,

reduciendo el expediente clínico a un relato llenado con rigor por el médico que se apoya en exámenes de gabinete propio de la medicina biomédica estadounidense.

Una de las ventajas identificadas por los alumnos internos de medicina está relacionada con las terapéuticas de las medicinas tradicionales, alternativas y complementarias que son de bajo costo, no sólo por su base natural, sino que se elaboran con tecnologías apropiadas; lo contrario sucede con las medicinas alopáticas, que se basan en la extracción industrial de sustancias activas las cuales son convertidas en medicamentos de alto costo para los pacientes.

De acuerdo con las representaciones sociales de los entrevistados, los problemas que tienen las medicinas alternativas y complementarias están relacionados con el escaso rigor científico de sus procesos formativos y de sus prácticas, lo que aumenta el riesgo de su uso en los pacientes.

En relación con los conocimientos que los médicos pasantes tienen sobre la MTAC, son deficientes, lo que no les permite tener las bases para su uso racional, así como para la preparación de los remedios en su práctica profesional. La mayoría de estudiantes de medicina no prescriben de la MTAC y quienes la utilizan es a base de plantas o hierbas para procesos de enfermedades comunes relacionadas con neurosis e infecciones virales leves.

Los conocimientos sobre la implementación de la estrategia de la OMS, que consiste en integrar la medicina tradicional y alternativa al sistema de atención a la salud en América, son nulos.

7. Conclusiones

- Existen dos concepciones en los estudiantes de medicina acerca de la medicina tradicional: una definida como la medicina que realizan los curanderos y chamanes, realizada con base en la experiencia ancestral; la otra relacionada con la práctica médica alopática, ejercida por los médicos de manera empírica, sin incorporación de los avances científico-tecnológicos de la medicina.

- La medicina alternativa es considerada como una terapéutica alternativa a las medicinas alopáticas que carece de base científica, y está sustentada principalmente en la herbolaria, homeopatía, acupuntura y remedios caseros, pero se acepta por considerarla inocua para la salud humana.
- Entre las ventajas de las MTAC destacan: su enfoque psicosocial en el abordaje del paciente, la base natural de sus sustancias activas, la facilidad de la producción y sus bajos costos económicos.
- Las principales desventajas están relacionadas con su práctica empírica realizada por personas con escaso pensamiento científico y con los efectos colaterales relacionados con dificultades en la dosificación y potenciación con otros medicamentos de uso alopático.
- Existe interés por parte del estudiante de medicina sobre la medicina tradicional y su implementación, a pesar de no conocer la estrategia que propone la OMS. Se piensa que una limitante es la deficiencia en la fundamentación científica que este tipo de medicina tiene, pero consideran que el apego a los tratamientos, por parte del paciente, sería mejor por los elementos culturales que tiene la terapéutica tradicional.
- Es posible la implementación de un modelo de atención a la salud con enfoque complementario, como lo propone la OMS, por lo que las instituciones educativas y de salud deben de transitar hacia un modelo de atención alternativo con bases científico-metodológicas que garanticen una práctica médica segura y eficaz.

8. Referencias bibliográficas

- Aedo-Santos, J., y Granados, J. (2000). La medicina complementaria en el mundo. *Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación*, 12(4): 91-99.
- Arriagada, M., Celis, G., Maella, R., y Paul, M. (2007). Conocimientos y opiniones de estudiantes de medicina de quinto año acerca de las medicinas alternativas y complementarias. *Boletín Escuela de Medicina U. C. Pontificia Universidad Católica de Chile*, 32(2).

- Awad, A. I., Al-Ajmi, S., y Waheedi, M. A. (2012). Conocimientos, percepciones y actitudes hacia las terapias alternativas y complementarias entre los estudiantes de medicina y de farmacología de Kuwait. *Med. Princ. Pract.*, 21(4): 350-354.
- Ballesteros, S., y Fernández, I. (2015). Conocimientos y actitudes sobre terapias alternativas y complementarias en estudiantes de ciencias de la salud. *Inv Ed Med.*, 4(16): 207-215.
- Baugniet, J., Boon, H., y Ostbye, T. (2000). La medicina complementaria y alternativa: La comparación de la percepción de los estudiantes de medicina con los estudiantes de otras profesiones de la salud. *Fam Med.*, 32(3): 178-184.
- Berenzon, S., Alanís, S., y Saavedra, N. (2009). El uso de las terapias alternativas y complementarias en población mexicana con trastornos depresivos y de ansiedad: Resultados de una encuesta en la Ciudad de México. *Salud Mental*, 32(2): 107-115.
- Berger, P., y Luckmann, T. (2008). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Campos, R. (2015). *Proceso de legalización de las medicinas indígenas tradicionales en México y Bolivia*. Universidad Nacional Autónoma de México, pp. 29-45.
- Carmona, R., y Álvarez, F. (2005). La prevalencia del uso de medicina alternativa y complementaria en pacientes con síndrome de intestino irritable, dispepsia funcional y enfermedad por reflujo gastroesofágico. *Rev Gastroenterol Mex*, 70(4): 393-398.
- Chifa, C. (2010). La perspectiva social de la medicina tradicional. *Boletín Latinoamericano y del Caribe de Plantas Medicinales y Aromáticas*, 9(4): 242-245.
- Clemente, Y., Williams, A., y Khan, K. (2005). Una brecha entre la aceptación y el conocimiento de las hierbas medicinales por los médicos: La necesidad de una intervención educativa. *BMC Complemento Altern Med.*, 5(20).
- Cros, E. (1986). *Literatura, ideología y sociedad*. Madrid: Gredos.
- Damgaard, N., Nielsen, L., y Uldall, S. (2008). El conocimiento y la percepción de la medicina complementaria y alternativa entre los estudiantes de medicina en Copenhague. *Ugeskr Laeger*, 170(48): 3941-3945.
- Dipierrri, J. (2004). Impacto e integración entre la medicina alternativa y la convencional. *Cuadernos fhycs-unju.*, núm. 22, pp. 241-263.
- Freymann, H., Rennie, T., Bates-Nebel, S., y Heinrich, M. (2006). Conocimiento y uso de la medicina complementaria y alternativa en estudiantes británicos de farmacología. *Pharm Sci Mundial*, 28(1): 13-18.

- García, M., y Díaz, G. (2012). Efectividad de la fitoterapia en pacientes con asma bronquial. *Rev Ciencias Médicas*, 16(1).
- Gobierno de la República. (s/f). Título primero. Capítulo I: “De las garantías individuales”. Artículo 2. *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*.
- Gutiérrez, J., y Gutiérrez, M. (2009). Historia de la medicina. Organización médica mexicana y sus tratamientos con énfasis en la epilepsia. *Revista Mexicana de Neurociencia*, 10(4): 294-300.
- Hassan, I., Abd, N., y Keng, S. (2012). La medicina complementaria y alternativa (CAM): Un estudio comparativo entre estudiantes de enfermería y estudiantes de medicina. *Education in Medicine Journal*, 4(2).
- Heidelberg, A. (2002). News extra: Three out of four Germans have used complementary or natural remedies. *BMJ*, 32(5): 990.
- Hussain, S., Malik, F., Hameed, A., Ahmed, S., y Riaz, H. (2012). La percepción de los estudiantes de farmacología de Pakistán sobre la medicina complementaria y alternativa. *Am. J. Pharm Educ*, 76(2): 21.
- James, P., y Bah, A. (2014). Conocimientos, la aplicación, la actitud y la necesidad percibida de la educación medicina complementaria y alternativa (CAM) entre los estudiantes universitarios de farmacia en Sierra Leona: Un estudio descriptivo de corte transversal. *Altern. Med*, 8(14): 438.
- Koning, S. (2011). La medicina tradicional indígena: Un sistema de salud. *Revista Tukari*, 3(16): 5 y 6.
- Kreitzer, M., Harris, I., y Shandeling, J. (2002). Las actitudes hacia la CAM entre médicos, enfermeras, profesores y estudiantes de farmacia: Un análisis comparativo. *Altern Ther Health Med*, 8(6): 44-47 y 50-53.
- Lakoff, G., y Johnson, M. (2009). *Metáforas de la vida cotidiana*. Madrid: Cátedra.
- Le Goff, J. (1989). Eine mehrdeutige Geschichte. En: Raulff, U. (Ed.), *Mentalitäten Geschichte*. Berlín: Wagenbach.
- Luque, J. D. (2001). *Aspectos universales y particulares del léxico de las lenguas del mundo*. Granada: Método.
- Mansour, Elsadig, Y., Mohamed, Sawsan, M., Abdalla, Khalid, A., Medani, Waqas, S., Mahmoud, Syed, A., y Meraj. (2015). Satisfacción, auto-uso y la percepción de los estudiantes de medicina en la Universidad de Majmaah, Reino de Arabia Saudita, hacia la medicina complementaria y alternativa. *Revista de Ciencias Médicas de la Universidad Taibah*, 10(1): 74-78.
- Maric, M. (2013). Representaciones sociales de los modelos biomédico y tradicional en estudiantes de la facultad de medicina de las universidades públicas de La Paz y El Alto. *Estudios Bolivianos*, núm. 18, pp. 169-181.

- Mayca, J., Palacios, E., y Medina, A. (2009). Percepciones del personal de salud y la comunidad sobre la adecuación cultural de los servicios materno perinatales en zonas rurales andinas y amazónicas de la región Huánuco. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*, 26(2): 145-160.
- Mhatre, S., Artani, S., y Sansgiry, S. (2011). Influencia de los beneficios, barreras y señales a la acción para el uso de medicina complementaria y alternativa entre los estudiantes universitarios. *J Complemento Integr Med*, 8(10).
- Noguera, J. (2011). *Teoría sociológica analítica*. Centro de Investigaciones Sociológicas CYAN, p. 29.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1978). Atención primaria de la salud. *Informe de la Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud*. Alma Ata, URSS.
- . (2002). *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005*. Ginebra: OMS, pp. 1-6.
- . (2003). *Resolución de la Asamblea Mundial de la Salud. Medicina tradicional, alternativas y complementarias*.
- . (2013). *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023*.
- Pavón, L., Flores, L., y Flores, C. (2016). Representaciones sociales y medicina tradicional. *Revista Médica de la Universidad Veracruzana*, 16(1): 58-73.
- Peña, A., y Paco, O. (2007). Medicina alternativa: Intento de análisis. *Anales de la Facultad de Medicina*, 68(1): 87-96.
- Pérez, M. (2001). Plantas, cultura y sociedad. *Estudio sobre la relación entre seres humanos y plantas en los albores del siglo XXI*. México: UAM-Iztapalapa/Secretaría de Medio Ambiente, Recursos Naturales y Pesca, pp. 23-30.
- Pérez, M., y Argueta, A. (2011). Saberes indígenas y diálogo intercultural. *Cultura Científica y Saberes Locales*, 5(10): 31-56.
- Pinto, M. (2012). *Integración de la medicina alternativa en los servicios de salud de Colombia*. Bogotá, Colombia: Universidad Nacional de Colombia-Maestría en Medicina Alternativa.
- Pokladnikova, J., y Lie, D. (2008). La comparación de actitudes, creencias y comportamiento sobre la medicina alternativa complementaria entre el primer y tercer año de los estudiantes de farmacología checa. *Am. J. Pharm Educ.*, 72(2): 24.
- Rojas, A. (2013). Servicios de medicina alternativa en Colombia. *Rev. Salud Pública*, 14(3): 468-477.
- Rojas, F. (2013). En defensa de una medicina natural y tradicional avalada por la ciencia. *Revista Cubana de Salud Pública*, 39(4): 623-626.

- Roy, V., Gupta, M., y Ghosh, R. K. (2015). La percepción, actitud y el uso de la medicina complementaria y alternativa entre los médicos y los pacientes en un hospital de tercer nivel en la India. *J Pharmacol India*, núm. 47, pp. 137-142.
- Secretaría de Salud. (2006a). *Ley General de Salud. Artículo único*. México: Secretaría de Salud.
- . (2006b). Artículo 25. *Reglamento Interior de la Secretaría de Salud*. México.
- Sierra-Ríos, S., Urrego-Mendoza, D., y Jaime-Jaimes, D. (2012). Conocimientos, actitudes y prácticas acerca de la medicina alternativa en médicos vinculados a hospitales públicos de Cundinamarca, Colombia. *Rev. Salud Pública*, 14(3): 478-490.
- Torres, M. (2010). Prevalencia en el uso y aceptación de terapias alternativas en el municipio de Tequisquiapan, Querétaro, México. *Revista Especializada en Ciencias de la Salud*, 13(1-2): 10-15.
- Urrego, D., Ángel-Macías, M., y Salazar, R. (2012). Conocimiento, actitud y aceptación acerca de la medicina alternativa en los médicos-profesores de la Escuela de Medicina de la Universidad Industrial de Santander. *Salud UIS*, 44(1): 45-55.
- Van Dijk, T. A. (1999). *Ideología: Una aproximación multidisciplinaria*. Barcelona: Gedisa, pp. 31-90.
- Versnik, A., Degise, J., y Daugherty, A. (2015). Prevalencia y predictores de la medicina complementaria y alternativa (CAM): Uso entre los estudiantes universitarios. Implicaciones para los servicios de salud del estudiante. *Journal of American College Health*, 63(6).
- Villar López, M., y Villavicencio Vargas, O. (1992). Uso de plantas medicinales en el tratamiento del asma bronquial. *Bol de la Sociedad Peruana de Med Int*.
- Wagner, W., y Flores, F. (2010). Apuntes sobre la epistemología de las representaciones sociales. *Rev. Educación Matemática*, 22(2): 139-162.
- Yáñez, E. (2004). Medicina alternativa y complementaria en la ciencia médica. *Cuadernos Médico Sociales*, 44(4).
- Yeo, A. S., Yeo, J. C., Yeo, C., y Lee, C. H. (2005). Las percepciones de la medicina complementaria y alternativa entre los estudiantes de medicina en Singapur: Una encuesta. *Acupunct. Med.*, 23(1): 19-26.
- Zimmerman, C., y Kandiah, J. (2012). Un estudio piloto para evaluar las percepciones de los estudiantes sobre la familiaridad y el conocimiento en el uso de suplementos de hierbas en la promoción de la salud. *Altern Ther Health Med*, 18(5): 28-33.

ESTRATEGIAS EDUCATIVAS PARA MULTICULTURIZAR LA FORMACIÓN DEL MÉDICO EN UN MODELO DE ATENCIÓN INTERCULTURAL EN SALUD

RENÉ CROCKER SAGASTUME
JULIO CÉSAR GÓMEZ FERNÁNDEZ

Resumen

En el presente documento se presenta una propuesta teórico-metodológica para multiculturalizar la formación del médico en un Estado multicultural, interétnico, plurilingüe de unidad nacional y responder a las necesidades y demandas de los pueblos originarios del país que superen la visión monoepistémica de los diseños curriculares.

Para su construcción se revisa el estado de conocimiento de la educación intercultural y con base en esta reflexión se propone un modelo teórico, conceptos operativos y estrategias educativas para multiculturalizar la formación de médicos desde una perspectiva interprofesional en salud.

Las estrategias educativas que se proponen están relacionadas con el desarrollo de comunidades de conocimiento intercultural sustentadas en el diálogo de saberes.

Introducción

En el presente ensayo científico se presenta una propuesta teórico-metodológica para multiculturalizar la formación del médico en un Estado multicultural, interétnico, plurilingüe de unidad nacional, en donde coexisten diferentes sistemas y modelos de atención a la salud y en donde

las posibilidades de atención a la salud se realizan con calidad, calidez y pertinencia para todas las personas, independientemente de su origen étnico y sociocultural.

De acuerdo con diversas fuentes, entre el 10 y 15% de la población mexicana son pueblos originarios que tienen un sistema tradicional de atención a la salud, aunque las fuentes tienen un sesgo alto, por ser poblaciones elusivas y dispersas (Secretaría de Salud, 2018).

Estos pueblos sufren la inequidad estructural histórica producto del colonialismo y poscolonialismo de los países de la región sur del continente, a la que se agrega la crisis alimentaria planetaria crónica agudizada por la crisis ecológica y por las políticas de la globalización neoliberal en los últimos 30 años, que les ha provocado un perfil epidemiológico polarizado que se caracteriza por: enfermedades carenciales e infecciosas en el grupo materno-infantil y síndrome de adiposidad (obesidad, diabetes e hipertensión) en los adultos.

Las formas de respuesta médico-social a su problemática han sido a través de la imposición de un modelo de salud monoepistémico, transnacionalizado, promovido por las políticas en salud y medios de comunicación, que afecta las culturas en salud locales.

Uno de los cuestionamientos a la educación médica de la región, es que carecen de una visión intercultural para aportar soluciones a la problemática de salud que padecen los pueblos originarios, debido a que los diseños curriculares de las escuelas de medicina tienen currícula monoepistémicas basados en la cultura médica occidental (Crocker, 2015). Esta situación no está presente en los indicadores de calidad que se formulan desde los organismos acreditadores de la educación médica a escala nacional e internacional.

Con base en la argumentación anterior, se formula la siguiente premisa del ensayo: los currícula de medicina en México no responden a las necesidades y culturas de atención a la salud de la población y a las demandas del nuevo modelo de atención a la salud relacionadas con medicina intercultural. Esta situación genera la necesidad de construir propuestas educativas multiculturales e interculturales en las escuelas de medicina, sustentadas en la cosmovisión de la población y las demandas de desarrollo de medicina intercultural del nuevo modelo de atención a la salud.

Marco de referencia de la propuesta

La interculturalidad y la educación médica

De acuerdo con Dietz (2017), el concepto de interculturalidad se usa como un término complejo que se refiere a las relaciones que existen dentro de la sociedad entre diversos grupos, y que se definen no sólo en términos de cultura, sino también en términos de etnicidad, lengua, denominación religiosa y/o nacionalidad. No obstante, es un hecho que el concepto de interculturalidad se da con base en el contexto. Así, mientras en algunas sociedades la interculturalidad se utiliza para referirse a la diversidad “provocada” por la migración, en otras, como es el caso de México, la misma noción se aplica para las interacciones entre pueblos indígenas y descendientes de colonizadores.

Por lo anterior, siendo conscientes de los riesgos que implica una conceptualización errónea del término de interculturalidad, que actualmente se expresan en el fracaso de las políticas públicas en salud que intentan integrar a la población originaria en el actual sistema de salud, en el presente trabajo se analiza la aplicación del concepto de interculturalidad a partir de un enfoque crítico con base en la propuesta de Dietz (2017) para definir y clasificar interculturalidad de acuerdo con tres ejes: la noción *dinámica* de la cultura; la naturaleza *prescriptiva* del concepto de interculturalidad para analizar su aplicación funcionalista *versus* su aplicación crítica y emancipadora, de manera que se permita la identificación de los conflictos inherentes y las fuentes de transformación de la sociedad.

El concepto de interculturalidad suele utilizarse, de manera prescriptiva, como una noción normativa. En este sentido, la interculturalidad es, en ocasiones, acuñada como “interculturalismo” (Gundara, 2000), un programa transformador que tiene como objetivo hacer que las sociedades contemporáneas sean más conscientes de sus diversidades internas, y más inclusivas y simétricas en relación con sus — así denominadas— minorías. De esta manera, el interculturalismo, a diferencia del concepto de multiculturalismo, enfatiza la necesidad de transformar la naturaleza de las relaciones entre estos grupos, lo cual

implica no sólo empoderar a unos, sino también alterar las percepciones de la mayoría y promover los procesos recíprocos de identificación entre grupos que han sido privilegiados y aquellos que han sido excluidos históricamente (Dietz, 2017).

La interculturalidad crítica (Walsh, 2003) profundiza en la naturaleza histórica y estructural de las desigualdades (imperiales, coloniales, etcétera) que moldea la diversidad cultural actual e identifica a los actores colectivos que pueden transformar las relaciones asimétricas, no de manera individual sino sistémicamente, mediante el desarrollo de nuevos canales de participación y de nuevos marcos jurídicos para el reconocimiento de nuevas instituciones y/o identificaciones poscoloniales.

Desde esta perspectiva, en el presente ensayo se considera a la educación médica intercultural como un diálogo de saberes entre los pueblos indígenas y las escuelas y facultades de medicina de las universidades, para construir una propuesta educativa y de atención a la salud que permita formar médicos que den respuesta a las necesidades de salud con respeto a la identidad étnico-cultural de las comunidades en países multiétnicos y multiculturales.

Marco conceptual para la multiculturalidad e interculturalidad en la educación médica

Sociedades multiculturales

Desarrollo histórico de las sociedades con múltiples orígenes étnico-culturales producto de migraciones, procesos de colonización y neocolonización que se han conformado como Estados-nación en un mismo espacio geográfico y político.

Prácticas interculturales en la educación médica

Acciones intencionadas que realizan los miembros de una institución educativa que forma médicos, con fines de aprendizaje intercultural que favorezca la identidad y el desarrollo social de los pueblos como

parte de los procesos formativos para los estudiantes y académicos para integrarse a prácticas de atención de la salud inclusivas.

Construcciones identitarias

Conjunto de repertorios culturales interiorizados (significados, valores, símbolos) a través de los cuales los pueblos excluidos construyen y demarcan sus fronteras de acuerdo con su cosmovisión que los distingue de otras etnias en una situación determinada, todo ello dentro de un espacio históricamente específico y socialmente estructurado y que les permite negociar sus propuestas en educación médica y atención a la salud a partir de un diálogo de saberes.

Desarrollo social y educación médica

Prácticas de saber, hacer y ser de los pueblos excluidos de acuerdo con sus necesidades y su cosmovisión, con base en multiplicar centros y agentes de producción y de conocimientos para que puedan transformarse en sujetos de su propio sistema de atención a la salud que contribuya a su desarrollo humano integral con base en identidad social.

Política de educación médica intercultural

Es proceso histórico social y cultural de construcción de hegemonías y resistencias, a través del cual los pueblos excluidos y los actores académicos de las instituciones educativas que forman médicos ejercen su poder para negociar en posición de igualdad una nueva política pública de educación médica que incorpore sus construcciones identitarias para desarrollar un Estado-nación multiétnico, intercultural y plurilingüe de unidad nacional que permitan guiar el funcionamiento de la sociedad en dirección de resolver los problemas y necesidades de salud de sus miembros a través de leyes, decisiones, acciones, inacciones, acuerdos e instrumentos de consenso, en el contexto de la sociedad global poscolonial.

Elementos de la propuesta

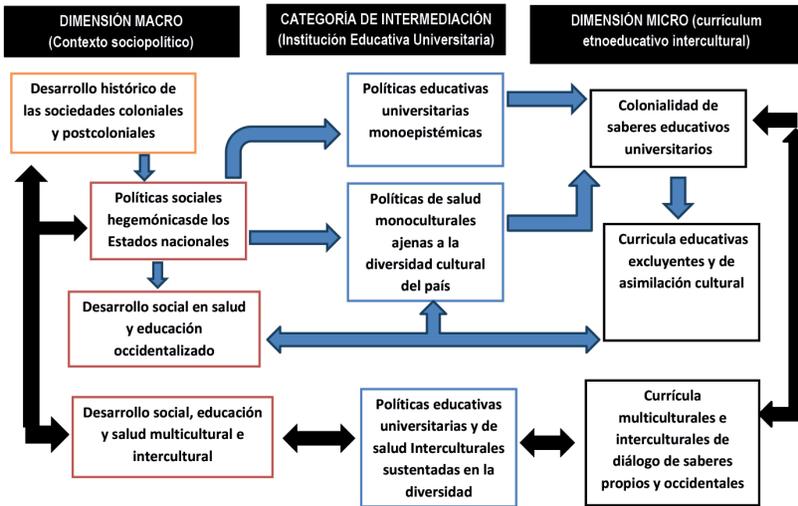
Modelo de análisis complejo de la educación médica intercultural en sociedades poscoloniales

Las sociedades del sur del continente americano, ubicadas en la periferia del capitalismo mundial como producto del colonialismo y poscolonialismo, han construido sus modelos y conocimientos en educación médica y atención a la salud como producto de la hegemonía eurocéntrica y estadounidense. Esta situación ha generado una dependencia en sus políticas de desarrollo social, educación y atención a la salud que ha contribuido a la exclusión de los pueblos colonizados y neocolonizados (figura 1).

Como consecuencia, se han generado al interior de las universidades políticas educativas monoepistémicas con hegemonía del conocimiento y la cultura occidental, que son ajenas a la diversidad étnico-cultural de nuestros países. Esta situación de colonialidad de los saberes educativos universitarios ha permeado los diseños curriculares para formar médicos, que son principalmente de exclusión y asimilación cultural de los saberes de los pueblos originarios (figura 1).

Para transitar a sociedades multiculturales, en donde se dé cabida a relaciones interétnico culturales, es necesario desarrollar políticas universitarias que permitan la diversidad y el diálogo de saberes que posibiliten la equidad en educación y salud con las poblaciones excluidas, producto de los contextos coloniales y poscoloniales, lo que permitirá gradualmente construir diseños curriculares para formar médicos, en donde se incluyan saberes occidentales hegemónicos y saberes subalternos que han estado excluidos de las planes y programas de estudio de nuestros países (figura 1).

Figura 1
Modelo complejo de análisis de la educación médica intercultural



Estrategias para la educación médica inclusiva

Para propiciar una educación médica inclusiva que incorpore los saberes de los pueblos originarios es importante desarrollar *comunidades emergentes de conocimiento intercultural local (CECIL)* en una alianza de los sistemas de salud, escuelas de medicina, sociedad civil y comunidades, lo que permitirá desarrollar el conocimiento y los saberes propios en donde participen los sabios indígenas, egresados universitarios indígenas, alumnos, académicos e investigadores no indígenas ligados a procesos científicos interculturales, como lo ejemplifica un sabio indígena de la etnia wixárika:

Me escogieron para la escuela Tatutsi Maxakwaxi como profesor de cultura [...] ahora tengo más investigación, hice un libro, tuve muchos errores con las letras, ahora sí conozco más para escribir un poco bien, pero creo que vamos a trabajar juntos [...] vamos haciendo la lucha con la universidad intercultural [...] (Crocker, 2015).

Una estrategia educativa importante para la educación médica inclusiva es *multiculturalizar los diseños curriculares* para la formación de médicos con una nueva visión, a través de la incorporación de nuevas culturas en salud, tradicionales y alternativas y complementarias, lo que permitirá avanzar gradualmente hacia un modelo de educación multicultural e intercultural que flexibilice el conocimiento y los saberes educativos a través de la recreación del conocimiento, integrando con juicio crítico la visión de hacer ciencia, el conocimiento de los saberes occidentales, de otros saberes locales y de otras culturas en salud. Para lograr este propósito es necesario incorporar cursos de antropología de la salud y gestión de servicios de salud interculturales en la formación básica común, en la formación de profesionales de la salud, así como incluir formaciones específicas en medicina complementaria y medicina tradicional para los diseños curriculares de médicos.

Una demanda de los pueblos originarios para las escuelas y facultades de medicina consiste en apoyar *nuevas propuestas curriculares de pregrado* para formar recursos humanos en salud y alimentación con los pueblos originarios en los lugares donde residen, para desarrollar su propio modelo de atención a la salud que responda a su identidad etnocultural y al propio modelo de desarrollo social, así como para disminuir la emigración de los jóvenes a las ciudades mestizas, como se señala en los siguientes comentarios de ancianos de la comunidad wixárika en el occidente de México:

Se plantea en la asamblea pasada, que queremos que exista una universidad para que los jóvenes no se vayan de sus comunidades, que se tenga este su derecho como comunero. Queremos que no pase, que tanta gente anda fuera estudiando y no regresa. Que haiga [sic] una carrera, ya que los jóvenes nomás llegan a la prepa y ya no siguen estudiando [...]. Tenemos la necesidad de tener una universidad en nuestra comunidad para resolver muchos de los problemas de desarrollo social, que tenemos [...]

Se hablaba de salud, de la licenciatura en salud y alimentación intercultural, porque viene a ser una carrera, que se requiere aquí, para mejorar la alimentación de nuestros niños [...] enfermeras y doctores para que hagan medicina general pero que usen nuestras plantas medicinales [...] (Crocker, 2015).

Con el propósito de mejorar la atención a la salud para los pueblos originarios, es importante *desarrollar programas profesionalizantes de especialidad y posgrado en salud intercultural* sustentadas en el modelo de atención primaria en salud intercultural que incluyan la formación interprofesional en: medicina integrada comunitaria, alimentación sustentable, psicología social comunitaria, enfermería comunitaria y odontología comunitaria con tecnología apropiada.

Para desarrollar las especialidades y maestrías, así como mejorar los programas de medicina intercultural, es necesario construir *posgrados orientados a la investigación en salud intercultural*, que incluyan áreas de profundización doctoral en: medicina tradicional y etnobotánica, medicina integrada complementaria, etnopsiquiatría, soberanía y seguridad alimentaria, epidemiología sociocultural y políticas públicas en salud intercultural, entre otras orientaciones de profundización doctoral.

Una función de las escuelas y facultades de medicina para *desarrollar un modelo de atención a la salud intercultural*, debe realizarse a través de trabajar un programa de medicina académica utilizando modelos integrales de interculturalidad crítica, participando en programas de medicina intercultural entre el sistema de salud occidental y el sistema de salud de los pueblos originarios, propiciando un diálogo respetuoso de saberes con los pueblos originarios y mestizos, que eviten la asimilación del sistema de salud de los pueblos originarios, que es la propuesta actual de política de salud intercultural de los organismos internacionales y la Secretaría de Salud.

Conclusiones

Las sociedades del sur del continente americano, incluido el Estado-nación mexicano, han construido sus modelos y conocimientos en educación médica y atención a la salud como producto de la hegemonía eurocéntrica y estadounidense. Esta situación ha generado una dependencia en sus políticas de desarrollo social, educación y atención a la salud que ha contribuido a la exclusión de las demandas y saberes de los pueblos originarios.

Derivado de este contexto, los planes y programas de estudio de las escuelas y facultades de medicina en México no responden a las necesidades y culturas de atención a la salud de los pueblos originarios y a las demandas del nuevo modelo de atención a la salud relacionadas con medicina intercultural, ya que los diseños curriculares se sustentan en modelos educativos monoepistémicos basados en la cultura médica occidental. Esta situación no está presente en los indicadores de calidad y pertinencia que se formulan desde los organismos acreditadores de la educación médica a escala nacional e internacional.

Para transitar a sociedades multiculturales, en donde se dé cabida a relaciones interétnico culturales sustentadas en los derechos humanos, es necesario desarrollar políticas universitarias que permitan la diversidad y el diálogo de saberes que posibiliten la equidad en educación y salud con las poblaciones excluidas, lo que permitirá gradualmente construir diseños curriculares para formar médicos, en donde se incluyan saberes occidentales hegemónicos y saberes subalternos que han estado excluidos en los planes y programas de estudio de nuestros países.

Para multiculturalizar la formación del médico en un modelo de atención intercultural en salud se proponen las siguientes estrategias educativas: a) propiciar una educación médica inclusiva que incorpore los saberes de los pueblos originarios, para lo cual es importante desarrollar *comunidades emergentes de conocimiento intercultural local (CECIL)* en una alianza de los sistemas de salud, escuelas de medicina, sociedad civil y comunidades; b) *multiculturalizar los diseños curriculares* para la formación de médicos con una nueva visión, a través de la incorporación de nuevas culturas en salud, tradicionales y alternativas y complementarias; c) apoyar *nuevas propuestas curriculares de pregrado* para formar recursos humanos en salud y alimentación con los pueblos originarios en los lugares donde residen, para desarrollar su propio modelo de atención a la salud; d) *desarrollar programas profesionalizantes de especialidad y posgrado en salud intercultural* sustentadas en el modelo de atención primaria en salud intercultural que incluyan la formación interprofesional; e) para desarrollar las especialidades y maestrías, así como mejorar los programas de medicina intercultural, es necesario construir *posgrados orientados a la investigación en salud intercultural*, y f) trabajar un pro-

grama de medicina académica utilizando modelos integrales de interculturalidad crítica, participando en programas de medicina intercultural entre el sistema de salud occidental y el sistema de salud de los pueblos originarios.

Referencias bibliográficas

- Crocker, René. (2015). Marco teórico para construir una propuesta de educación universitaria interétnica cultural. *Educación universitaria con los pueblos originarios. La experiencia con los wixaritari* (pp. 67-93). México: Ediciones de la Noche.
- Dietz, G. (2017). Interculturalidad: Una aproximación antropológica. *Perfiles Educativos*, xxxix(156): 192-207.
- Gundara, Jagdish. (2000). *Interculturalism, Education, and Inclusion*. Londres: Paul Chapman Educational Publishing.
- Secretaría de Salud. (2018). *Medicina tradicional y desarrollo intercultural*. México: SSA. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/medicina-tradicional-y-desarrollo-intercultural>
- Walsh, Catherine. (2003). Interculturalidad y colonialidad del poder: Un pensamiento y posicionamiento del otro desde la diferencia colonial. En: Catherine Walsh, Álvaro García Linera y Walter D. Mignolo (eds.), *Interculturalidad, descolonización del Estado y del conocimiento* (pp. 21-70). Buenos Aires: Ediciones del Signo.

ACERCA DE LOS AUTORES

René Cristóbal Crocker Sagastume

Médico-pediatra y nutriólogo; doctor en Investigación en Ciencias de la Educación Aplicada. Profesor-investigador titular del Instituto Regional de Investigación en Salud Pública del Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara. Director de Ciencias de la Salud e Investigación de la Universidad Guadalajara Lamar. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores, nivel I, y miembro del Cuerpo Académico de la Asociación Mexicana de la Asociación Nacional de Escuelas y Facultades de Medicina (AMFEM).

Vylil Georgina García Serrano

Licenciada en Nutrición; maestra en Ciencias de la Salud Pública; doctora en Ciencias Sociomédicas con orientación en Antropología de la Salud. Profesora del área de Alimentación en Poblaciones en la Licenciatura en Nutrición del Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Investigadora de la Universidad Guadalajara Lamar.

José Luis Vázquez Castellanos

Médico con especialidad en Epidemiología; doctor en Ciencias Sociomédicas. Profesor-investigador del Instituto Regional de Investigación en Salud Pública del Departamento de Salud Pública del Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara.

Julio César Gómez Fernández

Médico especializado en Cirugía y doctorado en Administración de Hospitales; maestro en Ciencias de la Educación; doctor en Dirección e Innovación de Instituciones. Director general de Enlace en la Universidad Westhill. Presidente de la Asociación Mexicana de Escuelas y Facultades de Medicina (AMFEM).

Javier García de Alba

Médico especializado en Salud Pública; doctor en Antropología. Coordinador de la Unidad de Investigación Social, Epidemiológica y de Servicios de Salud, Instituto Mexicano del Seguro Social. Profesor-investigador del Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara.

Aurora Hernández Herrera

Médico con especialidad en Medicina Familiar; maestra en Ciencias de la Salud Pública; candidata a doctora en Educación en el Departamento de Estudios en Educación del Centro Universitario de Ciencias Sociales, Universidad de Guadalajara.

Teresa de Jesús Pérez Patiño

Médico odontóloga; maestra en Ciencias de la Salud Ambiental; candidata a doctora en Salud Ocupacional. Docente en el Departamento de Salud Pública del Centro Universitario de Ciencias, Universidad de Guadalajara.

Blanca Alicia Varelas Blanco

Químico-farmacobióloga; doctora en Ciencias en Biología Molecular en Medicina. Profesora-investigadora de la Universidad Guadalajara Lamar.

Gabriela Luna Hernández

Licenciada en Nutrición; maestra en Ciencias de la Salud Ambiental. Profesora del área de Alimentación en Poblaciones de la Licenciatura en Nutrición del Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara.

Jennifer Alejandra Guzmán Rivera

Licenciada en Nutrición. Profesora del área de Alimentación en Poblaciones de la Licenciatura en Nutrición del Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara.

Patricia Muñoz López

Licenciada en Nutrición. Maestra de Ciencias Sociales con orientación en Políticas Sociales, Centro Universitario de Ciencias y Humanidades de la Universidad de Guadalajara.

Emmanuel Zúñiga Romero

Becario del Programa de Talentos Jóvenes hacia la Ciencia en el Instituto Regional de Investigación en Salud Pública del Departamento de Salud Pública del Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara.

Karla Mariel Gómez Cervantes

Becaria del Programa de Talentos Jóvenes hacia la Ciencia en el Instituto Regional de Investigación en Salud Pública del Departamento de Salud Pública del Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara.

Mario Arturo Valencia Velasco

Licenciatura en Médico Cirujano y Partero en la Universidad Guadalajara Lamar.

Diana Castro González

Alumna en prácticas profesionales de la Licenciatura en Nutrición del Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara.

Melissa Karina Navarro Flores

Becaria del Programa de Talentos Jóvenes hacia la Ciencia en el Instituto Regional de Investigación en Salud Pública del Departamento de Salud Pública; alumna en prácticas profesionales de la Licenciatura en Nutrición del Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara.

Juan Carlos Muñoz Navarro

Alumno en prácticas profesionales de la Licenciatura en Nutrición del Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara.

Karen Jacqueline Reynaga Berumen

Licenciada en Nutrición; afiliada académica del Programa de Talentos Jóvenes hacia la Ciencia, Licenciatura en Nutrición/Instituto Regional de Investigación en Salud Pública, Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara.

Salud y malnutrición en pueblos originarios.
Políticas y estrategias para la atención
y la educación médica inclusiva
se terminó de imprimir en diciembre de 2018
en los talleres de Ediciones de la Noche

www.edicionesdelanoche.com