

INVESTIGACIÓN ORIGINAL

La percepción del personal médico sobre la salud materna: una etnografía en la Sierra de Totonacapan, Veracruz, México

Niels Michael Dörr

Introducción

La salud materna es un tema complejo. En 2010, la tasa mundial de mortalidad materna (MM) seguía siendo de 240 defunciones por cada 100.000 nacidos vivos. En América Latina, según la ONU (UN, 2013), era de 72. A pesar de los avances positivos en las áreas de "atención del parto por personal capacitado", "atención prenatal" y "uso de métodos anticonceptivos modernos" (MAM) (UN, 2013), es cuestionable por qué la salud materna en la región no mejora en la medida adecuada, tomando en cuenta la MM (Lozano *et al.*, 2011).

Por tanto, se hace necesario examinar la forma en que los grupos de población vulnerable, como las personas que viven en pobreza o las que son parte de pueblos indígenas, están siendo afectados por este problema. En 2008, 20.9% de todos los mexicanos vivía en pobreza extrema, la cual se concentraba en las zonas rurales, con el 33,5% (Iniguez-Montiel y Kurosaki, 2018). En 2005, se estimaba que vivían en el país 9,8 millones de indígenas, lo que representaba el 9,5% del total de su población (PNUD, 2010). En 2002, la pobreza extrema en las comunidades indígenas (es decir, aquellas en donde más del 70% de la población es indígena) era de alrededor del 68,5% (Hall y Patrinos, 2006).

En vista de la complejidad del debate acerca de identidad y etnicidad, las encuestas estadísticas deben ser evaluadas de manera crítica (Schmal, sin fecha). Diversas publicaciones han demostrado que el estado de salud de la

Mapa
Sierra de Totonacapan,
Veracruz, México



Fuente: cuenta-la-historia-que.blogspot.com

población indígena es inferior a la de otros grupos. En términos de salud materna, las tasas de mortalidad y morbilidad son significativamente más altas (Gracey y King, 2009). Una encuesta realizada en 2006 por el Instituto Nacional de la Mujer mostraba que las mujeres indígenas utilizaban MAM con mucha menos frecuencia que las no indígenas. En las zonas rurales solo 48,9% de las mujeres indígenas en edad reproductiva utilizaban los MAM, en comparación con el 61,1% de las no indígenas (INMujer, 2009).

En 2012, la población indígena recibió más apoyo de los programas sociales, que la no indígena. Es notable que más del 50% tuvo apoyo a través de un programa de nutrición o del Programa Oportunidades. Por otro lado, la situación del seguro de salud de la población indígena mejoró significativamente entre 2006 y 2011, pues si bien 64,9% no lo tenía, en 2006, en 2012 esta proporción disminuyó a 22,1%. En 2012, el 61,9% estaba afiliada al Seguro Popular de Salud (Leyva-Flores *et al.*, 2013).

Dr. Niels Michael Dörr. Médico. Instituto de Investigaciones en Educación, Universidad Veracruzana; Instituto de Historia de la Medicina Universidad Justus-Liebig de Giessen. Correo-w: nielsdoerr@gmail.com

Esta publicación, basada en datos empíricos de una investigación alemana mayor que tuvo el propósito de elaborar una tesis doctoral en medicina (*Límites y posibilidades de la medicina intercultural para la salud materna en la Sierra de Totonacapan*, México; <http://geb.uni-giessen.de/geb/volltexte/2018/13910/>) presenta una perspectiva acerca de la salud materna en una región rural del Estado de Veracruz. Se enfoca en barreras estructurales y socioculturales entre la población local, la atención médica (AM) y la percepción del personal médico (PM) con respecto a los pacientes atendidos. La mayoría de las investigaciones sobre este tema se dirigen a las barreras existentes por parte de los pacientes, p. ej., aspectos socioeconómicos (Titaley *et al.*, 2010). Al contrario, la investigación acerca de los factores que afectan al PM está subrepresentada hasta la fecha (Holmes, 2012). La percepción del PM que se enfrenta a la AM en las regiones rurales es de particular interés en esta publicación. El presente artículo concluye con una perspectiva que se centra en las posibilidades y limitaciones de la medicina intercultural (MI).

Marco teórico

El concepto de MI tiene tradición en México en el contexto de la AM de la población indígena (Lerín-Piñón, 2004). El trabajo del antropólogo Gonzalo Aguirre Beltrán es considerado pionero y de particular relevancia. En 1954, Aguirre Beltrán solicitó incluir este concepto en los programas nacionales de salud (Aguirre Beltrán, 1994). Especialmente, se utiliza hoy en día en el contexto de la cultura indígena y la medicina tradicional (Menéndez, 2006). Otras características se asocian con menos frecuencia a la MI.

La población que vive en pobreza ha sido descuidada en este sentido (Ramírez Hita, 2011). En la política de salud mexicana, el concepto se entiende, generalmente, como la adaptación de la AM a la realidad local, con el fin de superar las barreras culturales para así mejorar la AM, principalmente, de la población indígena (Campos Navarro *et al.*, 2017). Pero, en general, no existe una definición común (Salaverry, 2010). La comprensión política y la consiguiente aplicación de la MI son criticadas en la literatura antropología. Una crítica es que el concepto se aplica sin evidencia significativa (Salaverry, 2010). Por otro lado, se plantea la cuestión de si

el concepto debe seguir utilizándose, ya que aún no se ha producido ninguna mejora perceptible con respecto a la salud comunitaria (Ramírez Hita, 2011). Por lo tanto, esta publicación intenta también aclarar las siguientes cuestiones: ¿Cuáles son las posibilidades y limitaciones del concepto de la medicina intercultural? ¿Qué beneficios puede tener el concepto para de la AM? ¿Qué aplicaciones son favorables y cómo se pueden implementar?

"...el medico es el que decide"

El presente artículo tiene su base en trabajo de campo. Para el primer grupo focal se llevó a cabo una capacitación en salud dentro del marco del Programa Oportunidades, que eran obligatorias para embarazadas subvencionadas. Los temas principales aludieron a los factores de riesgo del embarazo y del parto, la sensibilización acerca de síntomas y las medidas preventivas. El grupo estaba conformado por 19 mujeres embarazadas, un marido, una intérprete de totonaco y el investigador. El objetivo era investigar la percepción de los participantes con respecto a las ventajas y desventajas del parto institucional. Al comienzo del grupo focal, las participantes se mostraron sorprendidos por el formato del evento, el cual habitualmente estaba orientado hacia la capacitación. Además, al principio les parecía inusual revelar su opinión sobre la AM. A la reticencia de los participantes se reaccionó con la afirmación: "*Así que todo está bien en el hospital*". Particularmente impresionante fue la argumentación de una participante:

De hecho, nos hacen firmar el consentimiento de que queremos tener el dispositivo [intrauterino] y si uno no puede, pues el marido. Yo digo, ahí ya es una negligencia, te obligan y realmente es uno, como dueño de nuestro cuerpo, si no queremos, nadie nos puede obligar a nada que no queremos. Precisamente por eso mucha gente no quiere ir a que les atiendan en los hospitales o que les atiendan el médico, porque realmente el médico es el que decide, no uno. Te lo ponen así nada más, aunque no nos quede.

Anteriormente, ya se había realizado una observación participante en el hospital regional, pero nunca se habían expresado denuncias de tal envergadura. Después del grupo focal surgieron algunas preguntas que influyeron y enfocaron el discurso de la investigación: ¿Por qué la relación médico-paciente era tan patriarcal? ¿Qué impide

una interacción satisfactoria? ¿Qué efecto tiene esta práctica para la salud materna? ¿Por qué nunca ha habido quejas o denuncias mientras la observación participante en el hospital regional? ¿Por qué las mujeres siguen asistiendo diariamente al hospital regional para dar a luz?

Métodos

El trabajo de campo se basó en observación participante extendida en la Sierra de Totonacapan (ST). La investigación se llevó a cabo en instituciones médicas de tres municipios de la región: en el hospital regional de la ST en Entabladero (Hospital de la Comunidad Entabladero) y en dos centros de salud municipales: el de Coyutla y el de Filomeno Mata. Las instituciones médicas de la región ofrecieron la oportunidad de observar y comprender los valores centrales de la sociedad local (Long *et al.*, 2008).

Durante un total de nueve meses entre 2011 y 2012, el investigador principal, un estudiante de medicina formado en metodología de investigación cualitativa, participó tanto en el hospital regional como en los centros de salud. Era un miembro activo y pasivo del equipo médico, vivía al lado del hospital y participaba en la vida diaria de la comunidad.

La metodología y los métodos se eligieron y aplicaron para proporcionar una visión integral de la atención a la salud materna. La investigación se realizó durante cuatro meses en el hospital regional y otros cuatro en las otras instituciones. Durante el trabajo de campo en Entabladero y Filomeno Mata el investigador principal vivió en la comunidad. Mientras trabajaba en Coyutla, continuó viviendo en el vecino Entabladero.

Los resultados de esta publicación se basan en 62 entrevistas individuales semiestructuradas. Además, se realizaron 24 entrevistas estructuradas con el PM al final del trabajo de campo, tres grupos focales con mujeres embarazadas y en cada institución médica con PM. Las entrevistas y los grupos focales se realizaron en español o en totonaco. Las entrevistas totonacas se llevaron a cabo con la ayuda de una intérprete, posteriormente se tradujeron y se analizaron en detalle con la colaboración de ella.

La autorización para realizar el trabajo de campo se obtuvo a través de la Universidad Veracruzana Intercultural en Xalapa y del Departamento de Salud de Veracruz (Distrito No. III Poza Rica). Se respetó el anonimato de los informantes, sin cambiar el contenido de las entrevistas. Se comunicó a todos los informantes sobre el registro de los datos recogidos y estuvieron de acuerdo en su uso.

Introducción al campo

La ST es una región indígena de Veracruz (Valderrama, 2005). Históricamente, la población vulnerable se concentra aquí (Ortiz Espejel, 1995), en gran parte, viviendo en pobreza extrema (CONEVAL, 2015). Todos los municipios de la región están oficialmente clasificados como indígenas (CDI, 2006), se hablan tanto el español como el totonaco. En Filomeno Mata, p. ej., 97% de la población habla una lengua indígena y 32% solo su lengua (INLAI, 2008).

Diez años antes del trabajo de campo, el hospital regional, una institución pública, fue construido para mejorar la AM en la región. Durante la realización de la investigación, el hospital regional ofreció AM a los pacientes no derechohabientes y derechohabientes del Seguro Popular de Salud. Se ofrecen consultas pediátricas, de medicina interna y ginecológicas en diferentes días de la semana. Además de un área para la hospitalización, la sala de emergencias y la sala de partos, pueden ser mencionadas como las unidades más importantes. El hospital es la única institución médica de la región, está abierta todo el día.

Los centros de salud de los municipios Coyutla y Filomeno Mata ofrecen programas de prevención en planificación familiar, capacitaciones de salud, campañas de vacunación y exámenes prenatales, así como también consultas médicas generales y salas para exámenes y partos. Desde Filomeno Mata se invierten hasta dos horas en llegar al hospital regional y por la noche es imposible salir del lugar sin vehículo propio. Durante el trabajo de campo en Filomeno Mata, se ofrecieron tres consultas con horario hasta la tarde, en cualquier momento se contó con la presencia de intérpretes totonacos, sin capacitación médica, en caso de problemas de comunicación. Por otro lado, en Coyutla se ofreció consulta médica de lunes a viernes

durante ocho horas al día. No se emplearon intérpretes. Además, el centro de salud de Filomeno Mata es el único que ocasionalmente atendió partos. Otros centros de salud, como Coyutla, en el momento del parto envían a las embarazadas al hospital regional. Los médicos crecieron y estudiaron principalmente en los centros urbanos Papantla y Poza Rica, algunos solo vienen a trabajar a la ST, pues viven en los centros urbanos, una pequeña parte proviene de la región y pertenece a la población mestiza, los médicos no hablan totonaco. Una minoría del personal de enfermería y otros grupos de profesionales pueden comunicarse en Totonaco, muchos de ellos han crecido en la región y están acostumbrados a las condiciones locales.

La percepción del personal médico

El PM se encuentra con varios problemas estructurales, uno de ellos es la marginación de la región rural. Las consecuencias para la AM son mencionadas por un médico, el cual trabajó en la ciudad por mucho tiempo.

Como tú has visto, se tiene lo necesario, pero nos falta personal médico porque no quiere venir a trabajar a un lugar donde el teléfono no funciona bien, la carretera está en pésimas condiciones, etc. El hospital es bonito, el edificio, porque realmente hay edificios más feos, en Poza Rica está feo, pero no quieren desplazarse de Poza Rica. En Poza Rica hay mucho trabajo, hay mucha necesidad de especialistas, entonces, los absorben las ciudades grandes.

Como el salario en las instituciones públicas es bajo y la situación económica de la región hace que apenas haya oportunidades de obtener ingresos adicionales, p. ej., de una consulta privada, especialistas en particular evitan la región. Además, trabajar en la ST significa una separación de la familia, una vida fuera del ambiente habitual, con la privación de muchos recursos y la exigencia de adaptarse a circunstancias difíciles. La falta de personal resultante significa que los médicos presentes tienen que prestar servicios para los que no han sido formados. De esta manera, la carencia significa pérdidas en la calidad y la satisfacción del PM. La marginación no solo implica una limitación de personal, sino que también se traduce en una carencia de materiales y medicamentos. Un médico de Coyutla explica por qué el trabajo en la ST es un reto para el PM.

Otra de las cosas importantes: la mayor parte del tiempo el cuadro básico que se usa en el primer nivel, que es un centro de salud, no siempre es completo, es decir, hacen falta medicamentos. Con el programa del Seguro Popular las farmacias han mejorado mucho, antes eran estatales las farmacias. Ahora los medicamentos están casi al 100%, pero siempre hay falta de medicamentos. Antes era lo más básico, antibiótico, era penicilina y nada más.

La falta de medicamentos y materiales dificulta la AM, a menudo, el PM debe improvisar e iniciar medidas terapéuticas menos efectivas. A pesar del Seguro Popular de Salud, los pacientes a veces tienen que comprar sus medicamentos y materiales en farmacias privadas. En el hospital regional esto es habitual en el caso del parto, aunque se sugiere una cobertura de los costos, esta situación conduce a conflictos entre los pacientes y el PM. Otra barrera, especialmente cuando se trabaja con pacientes indígenas, es la del idioma. Los médicos hispanohablantes y los pacientes que hablan totonaco se sientan uno frente al otro, sin que sea posible una comunicación adecuada. Incluso en situaciones en las que una persona intérprete podría apoyar la comunicación mutua, esta ventaja es parcialmente rechazada. Un intérprete de Filomeno Mata cuenta de su trabajo.

Por ejemplo, viene un doctor los sábados, él no te pide que le apoyes, pero no entiende el dialecto, quien sabe cómo lo hace. Se comporta muy agresivo. ¿Pues, la gente, que va a decir? No les gusta que él dé la consulta, por ejemplo, hay personas que tienen dolor de estómago, diarrea, dolor de cabeza, como no les entiende, el doctor les está dando medicamento como entendió y la gente no se compone.

A menudo se renuncia a la ayuda de intérpretes por falta de tiempo o de interés, en algunos casos, los pacientes que hablan totonaco traen a sus hijos bilingües a la consulta, en situaciones excepcionales, se consulta a enfermeras bilingües. Si bien las enfermeras totonacas y los intérpretes empleados en Filomeno Mata provienen de la región y conocen las circunstancias locales, hay que mencionar que al momento del trabajo de campo no se contaba con intérpretes capacitados.

La percepción del PM influye en su interpretación y comportamiento, tales percepciones deben ser analizadas en sus marcos respectivos. En el caso de la atención prenatal,

en el contexto de los procedimientos diagnósticos, frecuentemente se presentan discrepancias. Mientras que al PM le gustaría realizar por lo menos cuatro exámenes cuando sean posibles, la población trata de limitarlos al mínimo, porque se ven obligados a viajar para hacerse un análisis de sangre o ultrasonido.

Además, la situación socioeconómica de los pacientes es relevante, la explotación infantil está muy extendida, sin embargo, los hombres aseguran el mantenimiento económico de la familia. Muchas familias son apoyadas por Oportunidades, una gran parte de la población asegura su existencia a través del trabajo ocasional, sobre todo, a través de la cosecha o de la construcción, siendo imposible ahorrar recursos. Esto significa que una consulta con el médico debe ser sopesada cuidadosamente, debido a los gastos directos y la pérdida de salario. La siguiente cita de un médico de Filomeno Mata pretende ilustrar el problema.

Faltan más especialistas en el hospital porque es un centro de referencia, al llegar a este lugar y no encontrar el especialista: ¿Qué pasa? Muchas regresan a sus unidades y si superan el problema, qué bien. ¿Pero, si no? Después de que insistimos nosotros en mandarles al hospital a hacerse un simple examen de laboratorio, ya no quieren ir. ¿Por qué? Porque recuerdan que no hay especialistas allá y van a gastar su dinero y tiempo, para ellos es una pérdida total porque trabajan por día. Eso es lo que principalmente nos hace falta: el apoyo de especialistas en los hospitales.

La declaración muestra que este informante asocia la realización de un análisis de sangre con la pobreza y la ausencia de personal. Aunque este razonamiento parece realista al principio, oculta la influencia multifactorial de la población. En relación con el diagnóstico prenatal, los recursos son solo una de las razones de la discrepancia entre el PM y los pacientes. Durante otra entrevista con un médico del mismo centro de salud, surgió una percepción completamente diferente.

No se dan cuenta si están embarazadas, porque la mayoría de las pacientes no baja al valle para hacerse un ultrasonido. Tienen miedo de viajar, ni un solo análisis se van a hacer. La mayoría no viaja, tan solo no quieren, no se hacen su análisis, ultrasonido, nada. Por lo tanto, pierden tanto tiempo y, a veces, cuando empiezan las contracciones, ya está muerto su

bebe.

De hecho, parte de la población no baja al valle, algunos de los informantes nunca salieron de su comunidad. El informante citado argumenta que este comportamiento dificulta el trabajo y denuncia a sus pacientes por poner en peligro la vida de sus hijos. Las decisiones y acciones de la población local a menudo son interpretadas por el PM en el contexto de presuntos hábitos, tradiciones, costumbres y cultura. La confianza en las parteras tradicionales de la población local es entendida por el PM como un acto basado en “raíces culturales”.

¡La costumbre! La costumbre es que le crean más a la partera, que al médico. Si una ya fue a ver al médico y el médico le dice que tiene que ir al hospital. ¡No! Ellas están muy cerradas en sus costumbres y una de esas costumbres son las parteras.

El hecho de que muchas personas en la ST acudan a las parteras tradicionales es extraño para la mayoría del PM. El entendimiento y las acciones resultantes de la población local se consideran inferiores a la AM institucional y están castigadas como peligrosas para la salud materna. Esta percepción se ve reforzada por la suposición de que se trata de hábitos anacrónicos en forma de “raíces culturales”. Aunque es posible que las mujeres embarazadas den a luz en el centro de salud de Filomeno Mata, ellas buscan a su partera tradicional en el momento del parto, en la mayoría de los casos la partera ya las ha cuidado durante el embarazo, comparativamente, pocas mujeres tienden a dar a luz en el centro de salud. Debido a esta observación se investigaron más a fondo las decisiones en el momento del parto. Un médico de Filomeno Mata explicó el comportamiento de las embarazadas con la siguiente casuística:

Ellas tienen pudor, te digo, todo va de acuerdo con la ignorancia, entonces, en los partos que he atendido aquí, tan solo le digo: 'A ver, doña, mire, usted va a tener a su hijo, a ver súbase su vestido'. No quiere. Le da pena y le insisto: '¿Cómo vas a tener a tu hijo? ¡Separa tus piernas!' No quiere. Así me han tocado varios casos. Hace 3 o 4 años una señora ya estaba arriba en la sala de expulsión, y yo con la enfermera. '¡Háblale!' Llega la otra enfermera diciendo: '¡Abre tus piernas, si no, no va a salir tu niño, abre tus piernas! No quería, se bajaba su vestido y ya le faltaba poco. Entonces, luego dice la partera: 'Doctor, ella no lo quiere tener ahí. Mejor se va a bajar, ahí en el piso lo va a tener'.

Le respondo: '¿Cómo crees? ¿Cómo lo va a tener? Primero, yo no la voy a dejar, si lo quiere tener en el piso, no lo va a tener aquí, entonces, que se vaya a su casa.

Aquí, en la clínica, vamos a hacerlo cómo se debe de hacer, en la sala de expulsión, aquí arriba, en la cama, aquí lo va a tener. La partera dijo: 'Pues es que no quiere, no lo va a tener, no lo va a tener ahí arriba, dice que mejor lo va a tener ahí abajo.' Les ponen un lazo, se agarra del lazo y lo tiene abajo. Le respondo: '¡Pero eso no! Nosotros somos médicos, enfermeras y todo y no lo vamos a hacer como ella quiere o como su esposo diga.' Ese día de plano no quería. '¿Sabes qué? Yo le hago la referencia: ¡Adelante, vámonos!' Se la llevaron a Poza Rica. A fuerza lo quería tener abajo. Estaba una traductora y dos enfermeras que hablan totonaco que le decían a su esposo, que nada más estaba callado y no dijo nada. '¿Sabes qué? Si no hablas con ella, ¡Vámonos! Te vas al hospital, porque la señora no quiere separar sus piernas, no quiere colaborar, no quiere empujar, no quiere nada, entonces, quiere bajarse, pero no aquí, aquí no lo va a tener así'. Como te digo, la ignorancia es uno de los principales motivos, de los factores principales.

El médico pone en primer plano la ignorancia y la vergüenza de la embarazada, además, reporta sobre el nacimiento vertical: “*Les ponen un lazo, se agarra del lazo y lo tiene abajo*”. Desde su punto de vista, esto no es compatible con la medicina institucional. La casuística muestra que, sobre todo, el comportamiento patriarcal del médico debe ser considerado responsable de la falta de entendimiento. Este supuesto se intensifica durante las entrevistas con la población, algunos informantes reportan situaciones similares. En el presente caso la negligencia enfocada es la transferencia a otro

hospital, la cual es costoso y riesgoso al mismo tiempo.

La planificación familiar y MAM son temas centrales de la AM dentro de la región y para la reducción de la mortalidad materna (Cleland *et al.*, 2006). La percepción del PM con respecto a la planificación familiar varía ampliamente, un médico del hospital regional percibía el problema de la siguiente manera:

Saben que hay métodos anticonceptivos, saben que existen y que se pueden conseguir en el centro de salud, pero no van porque no tienen tiempo y porque tienen muchos hijos. No van al

centro de salud porque su marido se enoja, los hombres se enteran de que no han estado en casa. ¡Machismo! No vienen porque no saben cómo pedirnos un método, porque no podemos hablar la lengua indígena, es un tema de confianza. Muchas mujeres vienen y dicen: 'Ya no quiero tener hijos, pero no lo digas a mi marido, de lo que estamos hablando ahora mismo nadie debería saberlo, porque si mi marido se enterara...'. Hay mucha gente que puede y quiere, pero hay muchas barreras, a veces no hay médico cuando lo necesitan. Las mujeres a veces te visitan cuando no estás trabajando, no lo sabemos, entonces, las rechazamos y no las ayudamos. Pero si supiéramos que querían un método, creo que todos estaríamos dispuestos.

El médico explica que las razones de la necesidad insatisfecha son múltiples, particularmente, una razón es la jerarquía entre hombres y mujeres, que se expresa en géneros estereotipados. La declaración de un médico de la misma institución contradijo la declaración del médico antes citado:

Últimamente vemos que muy poco se usa el método hormonal, muy poco, ahora todas las mujeres que se alivian regresan con dispositivo, ya no con pastillas, ni con inyecciones, la población ya está aceptando el dispositivo. Por eso, nosotros aquí en el hospital colocamos el dispositivo a toda mujer posparto, otros métodos ya no se ocupan.

Mientras que un informante percibe la planificación familiar como cuestiones problemáticas de la AM, otro explica que la población “acepta” MAM. Ambas percepciones deben ser consideradas en el contexto del material empírico del grupo focal descrito al principio del presente manuscrito. La percepción del PM está determinada por varios factores. Durante la investigación en instituciones médicas de la región, experiencias diferentes, más o menos impresionantes, conducen a una percepción que se condensa en una imagen estigmatizante y estereotipada.

Más allá de la evidencia, dada por la observación participante y la contextualización de las entrevistas, el trabajo de campo también identificó factores que son menos obvios y que requirieron una base de confianza entre informante e investigador. La siguiente cita de un médico proporciona una visión profunda de la AM.

Cuando iniciamos el programa de prevención de la mortalidad materna, nuestros jefes nos dijeron que, si una mujer embarazada se muere, iríamos a la cárcel. Pierdes el trabajo y tu permiso de trabajo, así que nuestra prioridad es cuidar a la embarazada y evitar que se muera. Por eso tengo la impresión de que nosotros como médicos siempre tenemos miedo de que una mujer embarazada muera.

Esta cita muestra que los factores estructurales que influyen en la AM y la percepción del PM están directamente vinculados por miedos fundamentales, la influencia a través de estructuras superiores conduce a un miedo esencial.

Determinantes de la salud que escapan del control médico

El PM racionaliza la deficiente salud materna y la MM al referirse a factores fuera de su control (Allsop y Mulcahy, 1998). En particular, los médicos culpan a la falta de recursos humanos por la atención inadecuada. También argumentan en términos de disponibilidad, la necesidad de tener suficiente cantidad y calidad de bienes de salud. La literatura previa tenía evidencia similar, pues la calidad de la AM es lo más importante para reducir la MM (Maine, 2007).

Si bien el equipo de enfermería percibe que la calidad de la AM y MM están relacionadas con la capacitación deficiente de los médicos, los médicos no abordan este tema en absoluto. Sin embargo, existe una relación significativa entre la asistencia calificada del parto y la MM (Holmes, 2012), además, la percepción del PM está influenciada por los medios de comunicación. Los antropólogos Menéndez y Di Pardo (2009) analizaron la perspectiva sobre la salud a través de los medios mexicanos. Los autores consideran que las cuestiones relacionadas con la salud materna se presentan como catastróficas. Uno de los resultados es la construcción de una perspectiva temerosa del embarazo y del parto que los convierten en un riesgo potencial (Smith-Oka, 2012).

Por un lado, el PM evalúa las condiciones dentro de las instituciones, pero, por otro, culpan a la pobreza, al comportamiento y a la cultura de las pacientes como responsables. La pobreza está relacionada con la escasez de atención prenatal, la falta de recursos financieros para pagar el transporte o los bienes de salud, las malas

condiciones de vida, la falta de educación relacionada con la salud, etc. Asimismo, el PM culpa a la cultura de las pacientes. La capacidad de hablar una lengua indígena o a su voluntad de acudir a una partera tradicional, basada en la estructura de poder existente, lo que será responsable de la alta tasa de MM entre la población indígena, en lugar de interpretarla como una representación de violencia estructural. Esta percepción se determina durante la formación médica universitaria.

Los futuros médicos serán formados para ampliar su mirada clínica sobre los factores culturales (Foucault, 1994), p. ej., en el trabajo con pacientes indígenas (Jenks, 2011). Esto da lugar a estereotipos y a una comprensión esencialista de la cultura. Además, la identidad cultural propia del PM juega un papel central: los modelos de pensamiento y acción, las percepciones y los valores morales. Sin embargo, también hay que tener en cuenta en ambos casos que se trata de grupos muy heterogéneos, por lo que las afirmaciones generalizadoras son prácticamente imposibles.

Posibilidades y límites de la medicina intercultural

La cultura y el encuentro de diferentes culturas a menudo tienen importancia en el contexto médico (Kleinman y Benson, 2006). Al mismo tiempo, la MI debe considerarse como una cuestión de derechos humanos, pues une el derecho de los pueblos indígenas y a otras minorías étnicas a preservar y desarrollar la medicina tradicional y el derecho a la salud. Por lo tanto, el concepto sirve como un instrumento para el respeto de los derechos humanos (Anderson, 2011). Si se considera la cultura como un derecho humano, solo se hará justicia si la comprensión del concepto de cultura se adapta a su existencia real. Si la cultura se considera relevante en el contexto médico, el derecho humano a la salud únicamente puede realizarse si también se presta la atención necesaria a esta dimensión. Por lo tanto, hay que tener en cuenta dos aspectos, por un lado: ¿Qué concepto de cultura se utiliza? Por el otro: ¿Qué aspectos de la cultura se consideran?

A menudo se demuestra que el PM tiene una concepción esencialista de la cultura ajena, el uso sinónimo de cultura, idioma, etnia y nacionalidad, frecuentemente utilizado en el

contexto médico, conduce a “*estereotipos peligrosos*” (Kleinman y Benson, 2006: 1673). Se puede decir que el uso sinónimo e irreflexivo de estos términos lleva a una esencialización de la pertenencia étnica y cultural.

La mayoría de los programas y proyectos en el contexto de la MI se enfocan en la expresión visible de las tradiciones (Castañeda, 2010). Por esta razón, una gran parte de ellos trata sobre el conocimiento práctico de los curanderos tradicionales y su medicina (Menéndez, 2006), una perspectiva que va más allá de la dimensión material, pero que a menudo se ignora o se evita.

Sin embargo, el conocimiento de los hechos culturales produce etnocentrismo y fomenta la discriminación (Jenks, 2011), aquí es precisamente donde se encuentran la ambivalencia y el desafío de la MI. El primer objetivo de la MI debe ser, en este sentido, establecer un concepto realista de la cultura, los símbolos culturales descritos como ajenos pueden ser útiles para transmitir el concepto de cultura.

Una percepción diferenciada de las parteras tradicionales puede ser un argumento, tanto para un repertorio de modelos de pensamiento y acción, percepciones y valores morales que no pueden ser objetivados, como para la transformación continua de lo ajeno. La investigación en la ST ha demostrado que el PM tiende a culturalizar los problemas de la región. Además, los determinantes de la salud que escapan del control médico a menudo se denominan como causales. Se ha demostrado que muchos de los problemas a los que se enfrenta el PM son de naturaleza política, socioeconómica o estructural.

Es particularmente notable que precisamente aquellas personas que son afectados por determinantes sociales de salud sean considerados responsables de AM inadecuada. En consecuencia, esta interpretación representa la reproducción y continuidad de las estructuras coloniales (Mignone *et al.*, 2007), pues “*el acto de colonización en sí mismo fue legitimado a través de postulados de diferencia*” (versión en la lengua original: *Akt der Kolonisierung selbst wurde durch Differenzpostulate zu legitimieren gesucht*) (Kerner, 2012: 29).

Dicotomías como tradicional y moderno, blanco y negro, progresivo y primitivo, para la separación de lo culturalmente propio de lo ajeno, que expresan jerarquías y sustentan estructuras post coloniales. Dentro de la AM se debe evitar entender a los individuos como “*encarnaciones determinadas de su cultura*” (versión en la lengua original: *determinierte Verkörperungen ihrer Kultur*) (Randeria, 1999: 426). También es cuestionable el esfuerzo de los programas y proyectos de salud con un enfoque intercultural que integran a la medicina tradicional en la medicina institucional.

La obligación de proteger la cultura basada en los derechos humanos se utiliza a menudo como argumento a favor de la integración. Sin embargo, las dimensiones amplias de la cultura local no siempre pueden ser comprendidas por extranjeros, pues se interpretan inevitablemente en el marco de la propia cultura. En general, la institucionalización de los sistemas de la medicina tradicional que han sobrevivido hasta hoy debe ser discutida en el contexto de la MI, ya que se han mantenido y desarrollado independientemente, sin la participación activa de la medicina institucional y el apoyo de los programas de salud (Knipper, 2007).

Por lo tanto, una definición de MI útil debe basarse en un concepto realista de cultura. El área temática de la MI es cualquier interacción entre actores de diferentes contextos culturales en el ámbito médico. Con el fin de hacer justicia a esta situación en términos de derechos humanos, deben crearse dos condiciones fundamentales: por un lado, en la medicina, debe establecerse un concepto de cultura con base en las ciencias sociales. Por otro lado, los aspectos relevantes (sociales, políticos, históricos y estructurales) deben diferenciarse de los aspectos culturales para lograr que la cultura sea aprovechable como concepto analítico de la medicina.

La tarea de la MI es crear estas condiciones, no solamente cumplir la función de la atención de las minorías étnicas o de los pacientes con origen inmigrante, en cualquier caso, debe haber sensibilidad por la cultura en el contexto médico. Además, esto significa que el tema de la MI no debe concentrarse únicamente en la relación médico-paciente, sino que también debe ser considerada en las decisiones, programas y proyectos de salud, en las encuestas

epidemiológicas (Ramírez Hita, 2009) o en el análisis de la AM para mujeres embarazadas en una región indígena, como la ST.

Concepto analítico significa reconocer y diferenciar aspectos relevantes, pero también tener en cuenta cuando los aspectos culturales no tienen relevancia para la interacción. De esta manera, el PM tiene la oportunidad de obtener una perspectiva más diferenciada sobre el comportamiento de sus pacientes, pudiendo así la AM adaptarse a las condiciones reales de vida de la población (Holmes, 2012).

De este modo, se pueden reforzar los aspectos esenciales de la AM: aceptación y respeto, relaciones horizontales entre los diferentes actores, inclusión e integración de los grupos de población desfavorecidos y solidaridad entre ellos y con ellos (Torri, 2010). Los estereotipos, la estigmatización, la discriminación y el racismo pueden ser superados, esto, a su vez, contribuye al reconocimiento y al respeto de los derechos humanos. Además, la capacidad para diferenciar entre los diversos aspectos relevantes permite obtener una visión integral de las causas reales, incluida de la MM. Utilizando el material empírico, se demuestra que el uso establecido de un concepto esencialista de la cultura favorece las dicotomías instituidas por la violencia. La superación de esta violencia debe ser el momento político de la MI.

Agradecimientos

Deseamos agradecer en particular al Dr. Francisco J. Pancardo Escudero por su apoyo durante la investigación de campo, y a nuestra intérprete totonaca Ana García Pérez de Filomeno Mata, sin su apoyo ningún diálogo con la población monolingüe hubiera sido posible. También quiero agradecer en especial al Prof. Gunther Dietz, el proyecto local InterSaber (http://www.intersaber.org/) y el Instituto de Historia de la Medicina de la Universidad Justus Liebig en Giessen, Alemania, donde aprecio particularmente el apoyo ofrecido por él Dr. Michael Knipper.

Referencias

1. Aguirre Beltrán G. Programas de salud en la situación intercultural. 1st ed. Instituto Mexicano del Seguro Social. Xalapa: Universidad Veracruzana; Instituto Nacional Indigenista; Gobierno del Estado de Veracruz; 1994.
2. Allsop J, Mulcahy L. Maintaining professional identity: Doctors' responses to complaints. *Sociol Health Illn.* 1998;20(6):802–824.
3. Anderson J. Mortalidad materna y derechos humanos. *Apunt Rev Ciencias Soc.* 2011;38(69):101–128.
4. Campos Navarro R, Peña Sánchez EY, Paulo Maya A. Aproximación crítica a las políticas públicas en salud indígena, medicina tradicional e interculturalidad en México (1990-2016). *Salud Colect.* 2017;13(3):444-455.
5. Castañeda A. Derechos humanos e interculturalidad. En: *Salud, Interculturalidad y Derechos Claves para la reconstrucción del Sumak Kawsay-Buen Vivir.* Quito: Ediciones Abya-Yala; 2010. p 91–120.
6. Cleland J, Bernstein S, Ezech A, Faundes A, Glasier A, Innis J. Family planning: the unfinished agenda. *Lancet.* 2006;368(9549):1810–1827.
7. Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas; Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Regiones indígenas de México [En línea]. 2006. Available from: http://www.cdi.gob.mx/regiones/regiones_indigenas_cdi.pdf
8. CONEVAL. Medición de la Pobreza. Pobreza a nivel municipio 2010 y 2015 [En línea]. 2015 [fecha de acceso 11 de julio de 2019]. Available from: <https://www.coneval.org.mx/Medicion/Paginas/Pobreza-municipal.aspx>
9. Foucault M. *The Birth of the Clinic: An Archaeology of Medical Perception.* Vintage; 1994.
10. Gracey M, King M. Indigenous health part 1: determinants and disease patterns. *Lancet.* 2009;374(9683):65–75.
11. Hall G, Patrinos HA. Pueblos indígenas, pobreza y desarrollo humano en América Latina. *El Banco Mundial* [En línea]. Washington, DC : El Banco

- Mundial; 2006 [fecha de acceso 11 de julio de 2019]. Available from: <http://documentos.bancomundial.org/curated/es/953541468045832636/Pueblos-indigenas-pobreza-y-desarrollo-humano-en-America-Latina>
12. Holmes SM. The clinical gaze in the practice of migrant health: Mexican migrants in the United States. *Soc Sci Med.* 2012;74(6):873–881.
 13. Iniguez-Montiel AJ, Kurosaki T. Growth, inequality and poverty dynamics in Mexico. *Lat Am Econ Rev.* 2018;27(1):12.
 14. Instituto Nacional de las Mujeres. Fecundidad y preferencias reproductivas en las mujeres indígenas mexicanas. Panorama actual con base en los resultados de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica Demográfica 2006 [En línea]. Ciudad de México; 2009. Available from: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101103.pdf
 15. Instituto Nacional de Lenguas Indígenas. Programa de Revitalización, Fortalecimiento y Desarrollo de las Lenguas Indígenas Nacionales 2008-2012 [En línea]. 2008. Available from: <https://www.inali.gob.mx/pdf/PINALI-2008-2012.pdf>
 16. Jenks AC. From “Lists of Traits” to “Open-Mindedness”: Emerging Issues in Cultural Competence Education. *Cult Med Psychiatry.* 2011;35(2):209–235.
 17. Kerner I. Postkoloniale Theorien zur Einführung. Hamburg: Junius Verlag; 2012.
 18. Kleinman A, Benson P. Anthropology in the clinic: the problem of cultural competency and how to fix it. *PLoS Med* [En línea]. 2006 Oct [fecha de acceso 11 de julio de 2019];3(10):e294
 19. Knipper M. Indianische Heilkunde im politischen Raum: Die Entwicklung der ‘traditionellen Medizin’ in Ecuador um die Wende zum 21. Jahrhundert. En: Büschges C, Pfaff-Czarnecka J. Die Ethnisierung des Politischen Identitätspolitik in Lateinamerika, Asien und den USA. Francfort del Meno/ Nueva York: Campus; 2007. p 216–247.
 20. Lerín-Piñón S. Antropología y salud intercultural: desafíos de una propuesta. *Desacatos Rev Ciencias Soc.* 2004;0(16):111–125.
 21. Leyva-Flores R, Infante-Xibille C, Gutiérrez JP, Quintino-Pérez F. Inequidad persistente en salud y acceso a los servicios para los pueblos indígenas de México, 2006-2012. *Salud Publica Mex.* 2013;55(2):123–128.
 22. Long D, Hunter C, van der Geest S. When the field is a ward or a clinic: Hospital ethnography. *Anthropol Med.* 2008;15(2):71–78.
 23. Lozano R, Gómez-Dantés H, Castro MV, Franco-Marina F, Santos-Preciado JI. Avances en los Objetivos de Desarrollo del Milenio 4 y 5 en Mesoamérica. *Salud Publica Mex.* 2011;53:s395-302.
 24. Maine D. Detours and shortcuts on the road to maternal mortality reduction. *Lancet.* 2007;370(9595):1380–1382.
 25. Menéndez EL, Di Pardo RB. Miedos, riesgos e inseguridades. Los medios, los profesionales y los intelectuales en la construcción social de la salud como catástrofe. Ciudad de México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social; 2009.
 26. Menéndez EL. Interculturalidad, ‘diferencias’ y Antropología “at home”. Algunas cuestiones metodológicas. En: Fernández Juárez G. Salud e Interculturalidad en América Latina Antropología de la salud y crítica intercultural. Quito: Ediciones Abya-Yala; 2006. p 51–66.
 27. Mignone J, Bartlett J, O’Neil J, Orchard T. Best practices in intercultural health: five case studies in Latin America. *J Ethnobiol Ethnomed.* 2007;3(31):1-14.
 28. Ortiz Espejel B. La cultura asediada: espacio e historia en el trópico veracruzano (el caso del Totonacapan). Ciudad de México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social; 1995.
 29. PNUD. Informe sobre Desarrollo Humano de los Pueblos Indígenas en México. El reto de la desigualdad de oportunidades. 2010. [fecha de acceso 11 de julio de 2019]. Available from: http://hdr.undp.org/sites/default/files/mexico_nhdr_2010.pdf
 30. Ramírez Hita S. La contribución del método etnográfico al registro del dato epidemiológico. *Epidemiología sociocultural indígena quechua de la ciudad de Potosí.* *Salud Colect.* 2009;5(1):63–85.
 31. Ramírez Hita S. Salud intercultural: crítica y problematización a partir del contexto boliviano. La Paz: Instituto Superior Ecuaménico Andino de Telología; 2011.
 32. Randeria S. Geteilte Geschichte und verwobene Moderne. En: Rösen J. Zukunftsentwürfe: Ideen für eine Kultur der Veränderung. Francfort del Meno/ Nueva York: Campus-Verlag; 1999.
 33. Salaverry O. Interculturalidad en salud. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* 2010;27(1):80–93.

34. Schmal JP. The Hispanic Experience - Indigenous Identity in Mexico [En línea]. [fecha de acceso 11 de julio de 2019]. Available from: <http://www.houstonculture.org/hispanic/census.html>
35. Smith-Oka V. Bodies of risk: Constructing motherhood in a Mexican public hospital. *Soc Sci Med.* 2012;75(12):2275–82.
36. Titaley CR, Hunter CL, Dibley MJ, Heywood P. Why do some women still prefer traditional birth attendants and home delivery?: a qualitative study on delivery care services in West Java Province, Indonesia. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2010;10(1):1-14.
37. Torri MC. Health and indigenous people: intercultural health as a new paradigm toward the reduction of cultural and social marginalization? *World Health Popul.* 2010;12(1):30–41.
38. United Nations. Millennium Development Goals Report 2011 [En línea]. Millennium Development Goals Report 2011. Nueva York; 2013 [fecha de acceso 11 de julio de 2019]. Available from: <https://www.un.org/en/development/desa/publications/mdg-report-2012.html>
39. Valderrama Rouy P. The Totonac. En: Sandstorm AR, García Valencía EH. Native Peoples of the Gulf Coast of Mexico. the University of Arizona Press; 2005. p 187–210.

Recibido: .02 de diciembre de 2019

Aceptado: .15 de mayo de 2020.

Conflicto de intereses: ninguno.



Medicina Social
Salud Para Todos