

Modelos de atención en el Hospital de las Culturas, de
San Cristóbal de las Casas, Chiapas.
Inserción del sistema de medicina tradicional.

Autoras:

Rocío Marisela Ruíz Ruíz rocioruiz.mdl@gmail.com

Cecilia Alba Villalobos cecialba03@hotmail.com

Universidad Autónoma de Chiapas

Facultad de Ciencias Sociales,

Campus III

San Cristóbal de Las Casas, Chiapas.

MÉXICO

Resumen

El presente trabajo tiene la finalidad de mostrar los avances preliminares del proyecto de investigación que culminará en junio de 2018, en el área de medicina tradicional del Hospital de las Culturas en San Cristóbal de las Casas, dentro del enfoque de interculturalidad en la salud.

La región V Altos de Chiapas es un espacio territorial con un porcentaje alto de población indígena, principalmente tseltal y tsotsil, con un Índice de Desarrollo Humano bajo, donde los servicios sanitarios no cubren a toda la población y se interponen barreras económicas, geográficas y culturales.

Los intentos por superar las barreras no han sido fructíferos, pese a las políticas públicas de interculturalidad en la salud, ya que en el momento de implementarlas se visibilizan relaciones de dominación/sumisión entre el modelo médico hegemónico frente al modelo alternativo subordinado, específicamente con parteras tradicionales.

Palabras clave: modelos médicos, medicina tradicional, interculturalidad en salud.

Abstract

This work tries to show the preliminary advances of the research project which will be finished in June, 2018. It will be developed with the interculturality in health approach in the traditional medicine area at “Hospital de las Culturas” in San Cristobal de la Casas.

Region V of the highlands of Chiapas is a territorial space with a high percentage of indigenous population, mainly tseltal and tsotsil; with a low Human Development Index where the health services are not available for all the population and with economical, geographical and cultural barriers.

Trying to get over the difficulties has not been successful even to the public policies of interculturality health , and at the moment of trying to apply them, they make visible relationships of domination/submission between the hegemonic medical model compared to the subordinate alternative model, specifically with traditional midwives.

Key words: medical models, traditional medicine, intercultural health

Introducción

Las diversas formas de atención a la salud se han vertido en diferentes momentos y escenarios sociales, con la finalidad de prevenir y/o revertir los procesos de enfermedad o padecimientos que afectan a la población. En México, los conocimientos prehispánicos se fueron fusionando con los africanos y las culturas dominantes durante la Colonia. Históricamente ese conocimiento ha estado presente en la atención a la salud en contextos indígenas y se ha extendido a otros ámbitos.

En el año 2009 las parteras de la región Altos de Chiapas fueron convocadas a colaborar en el área de medicina tradicional dentro del Hospital de las Culturas, como parte del programa de Salud Mujer de la Jurisdicción Sanitaria No. II, en la ciudad de San Cristóbal de Las Casas.

Los objetivos de investigación son: analizar a partir de sus principales actores sociales, el proceso mediante el cual se inserta el área de medicina tradicional dentro del sistema público de salud y su articulación con el sistema biomédico. Así como describir las políticas públicas de salud que el Estado ha diseñado e implementado, identificar a los médicos (as) tradicionales y su práctica médica y reconocer la visión que tienen los médicos (as) del sistema biomédico.

Desarrollo

Marco teórico conceptual

Existen diferentes tipos de saberes y formas de atención a los padecimientos, con sus indicadores y técnicas de diagnóstico, de tratamientos y criterios de curación. En Latinoamérica se utilizan principalmente los siguientes saberes de atención (Menéndez, 2009)

-Saberes y formas de atención biomédica: implementada por médicos y personal paramédico, de los niveles de atención para padecimientos físicos y mentales.

-Saberes y formas de atención popular y tradicional: la llevan a cabo curadores especializados como: hueseros, parteras, brujos, curanderos, hierberos, etc. y la atribución también al poder curativo de algunas figuras religiosas.

-Saberes y formas de atención alternativas, paralelas, como sanadores, bioenergéticos, etc.

-Saberes y formas devenidas de otras tradiciones médicas tradicionales: acupuntura china y japonesa, ayurveda, mandarina, etc.

-Saberes y formas de autoatención: del grupo doméstico o el de las organizaciones en grupos de autoayuda.

Menéndez (1992) reconoce tres modelos médicos: el Modelo Médico Hegemónico (MMH), el Modelo Alternativo Subordinado y el Modelo de Autoatención. Define al modelo como un instrumento metodológico que supone una construcción a través de determinados rasgos estructurales, por modelo médico entiende las construcciones que, a partir de esos rasgos estructurales, construyen la producción técnica, práctica, ideológica y socioeconómica de los curadores en general, y de la participación de los conjuntos sociales implicados en su funcionamiento.

En el MMH se reconocen tres submodelos: modelo individual privado, modelo corporativo privado y modelo corporativo público; con los siguientes rasgos estructurales: biologismo, concepción teórica evolucionista positiva, ahistoricidad, asociabilidad, individualismo, eficacia pragmática, la salud como mercancía directa o indirectamente, relación asimétrica entre médico y paciente, participación pasiva y subordinada del consumidor y producción de acciones que lo excluyen del saber médico, profesionalización formalizada, identificación ideológica con la racionalidad científica, como criterio para excluir a los otros modelos, normatización de la salud/enfermedad medicalizada, tendencia al control social e ideológico, induce al consumismo médico, tendencia al dominio de la cuantificación de la calidad y tendencia a la escisión entre teoría y práctica, y a la práctica de la investigación (Menéndez, 1997).

El modelo corporativo público, tiene características estructurales particulares, como la tendencia al enfoque de prevención, a dividirse en sub profesionalidades que están

controladas, a actuar sobre el medio y no sobre el individuo y a dirigir las legitimaciones ideológicas y políticas del sector salud.

En el Modelo Médico Alternativo Subordinado, se integran las prácticas reconocidas como tradicionales, pero no solo implica las que están cargadas de pasado y valores, sino las que emergen del MMH, que sintetizan y transforman a las tradicionales. Incluye prácticas médicas que provienen de una organización académica compleja, que existieron antes de la biomédica, como la acupuntura, la herbolaria china y la medicina ayurvédica. El eje de agruparlas aquí, radica en el hecho que constituyen alternativas institucionales que el MMH ha pretendido estigmatizar y en los hechos las subordina ideológicamente.

Las prácticas médicas de este modelo son tan variadas que presentan rasgos no homogeneizantes, y algunas no contienen todos los rasgos estructurales: concepción globalizadora de los padecimientos, es decir, consideran que la eficacia de las acciones terapéuticas radica en la eficacia simbólica y de sociabilidad, tendencia al pragmatismo, ahistoricidad (algunas), asimetría en la relación curador-paciente, legitimación comunal o grupal de sus prácticas curativas, racionalidad técnica o simbólica, tendencia a excluir a otras prácticas de su saber, tendencia cada vez mayor a la mercantilización, caracteres de complementación y subordinación al MMH.

El Modelo de atención basado en la Autoatención, actúa tanto en el diagnóstico como en la atención de la persona misma o su grupo comunal o parental, y no se involucra directamente ningún curador profesional. Su estructuralidad está basada en la función de curación y en la socioeconómica que cumple en las personas o grupos en que opera.

Los modelos no hegemónicos se mantienen y se reproducen, por su relativa eficacia, por un reconocimiento social y porque son los únicos con los que cuentan algunos grupos sociales. Sin embargo, en México, se da una expansión del MMH (Menéndez, 2009), pese a que han permanecido algunas prácticas tradicionales como el de las parteras empíricas, pero utilizando dichas formas de atención.

-Sistema de medicina tradicional o etnomedicinas

La medicina tradicional (MT) contiene conocimientos y prácticas para el diagnóstico, prevención, eliminación del desequilibrio físico, mental y social basados en la experiencia y la observación, transmitidos de generación en generación por las culturas indígenas.

Las etnomedicinas parten de su cosmovisión, “por cosmovisión puede entenderse el conjunto articulado de sistemas ideológicos relacionados entre sí en forma relativamente congruente, con el que un individuo o un grupo social, en un momento histórico, pretende aprehender el universo” (López Austin, 2004:20).

Existen diferentes formas de concebir y vivir el mundo, por lo tanto, hay distintas realidades sociales, y por ende distintas formas de ser persona. La noción de persona es central para delimitar cómo las personas se experimentan y viven en un contexto sociocultural determinado, es decir, cómo se conciben y se ven a sí mismas. En el campo médico, ésta constituye la categoría que da lugar a estructuras simbólicas, que definen cómo es ese campo y sus prácticas (Page, 2011).

De acuerdo a Bartolomé (1992) la noción de persona implica un intento de destotalización, de deconstrucción conceptual; para hablar de la construcción de la identidad, hay que referirse al proceso de construcción de la persona tal como se registra en los grupos. Se trata de entender la forma en que las sociedades conciben, definen y construyen una versión particular de lo que debe ser un ser humano, la construcción de los seres colectivos.

Es decir, cada cosmovisión refiere a una noción de persona con particularidades que la distinguen y la hacen única. Aunque haya elementos similares entre culturas étnicas, como los mayas, los huaves, náhuatl, zapotecas, etc., es importante partir del marco referencial de cada una para entender sus saberes y prácticas etnomédicas. Una de las similitudes es precisamente el reconocimiento de los especialistas en medicina tradicional: J'ilol (pulsador), K'oponej witz (rezador de los cerros), Tzak'bak (huesero), Jve't'ome (partera) y Ac'vomol (hierbero) ¹.

¹ De acuerdo a la Organización de Médicos Tradicionales del estado de Chiapas, A.C. (OMIECH).

Pech (2008) menciona que, de acuerdo a las etnografías hechas por diversos autores de la noción de persona entre los mayas de los Altos de Chiapas, hay una diversidad y complejidad, pero se encuentran varios elementos comunes como: cuerpo humano, ch'ulel-alma, vela de la vida, lab (entre los tseltales) y quibal (entre los tsotsiles). El alter ego, que es el animal compañero, presente en algunos grupos tseltales y tsotsiles, entendiendo al animal compañero como la coesencia que incumbe a todos los individuos, y al lab, como la capacidad de transformarse en animales, fenómenos meteóricos, naturales o sobrenaturales, pero de algunos individuos solamente.

En un estudio realizado por Page (2008) en diferentes parajes de Oxchuc y Tenejapa, Chiapas, con personas que detentan uno o varios cargos para ayudar a sanar: una ch'abajel (el/la que puede escuchar-sentir), ocho ak'huamaletik (hierbateras/os), un jtsak'bak (huesero) y siete tam'alaletik (parteras/os), describe cómo es la noción de la entidad anímica llamada lab. La persona entre los tseltales tradicionalistas de Oxchuc se concibe haciendo referencia al cuerpo, ch'ulel-alma, vela de vida, y en unos cuantos, la capacidad de lab.

En Yajalón, Chiapas, Oscar Sánchez (2007) enuncia las representaciones y/o nociones de los actores sobre el cuerpo (chanul) y sus entidades anímicas: ch'ulel y lab, entre otras criaturas, yalak'. Con ocho especialistas (poxtawanejetik): dos parteras (chilil) son intérpretes de los regalos sagrados que Dios concede al bebé y los dones que estos significan, encargadas de trazar los paralelismos entre el cuerpo, ch'ulel y los animales compañeros (chambalam) del recién nacido; un huesero, sak'bak', tiene el mandato de unir la quebradura; dos que son al mismo tiempo hueseros, parteros, rezadores y ritualistas, para atender diferentes problemas de salud y tres poxtawanejetik que realizan ritos terapéuticos, de protección y conservación de la salud, versados en el manejo de oraciones y lenguaje sagrado o k'opontik Dios.

Freyermuth y Montes (2000), muestran las prácticas de parteras tseltales de la zona Altos, de la Organización de Médicos Indígenas de Chiapas (OMIECH). Las parteras aprendieron por la enseñanza de alguna otra partera o por la experiencia de sus propios partos, saben de hierbas medicinales para remediar o prevenir los problemas que se puedan dar durante el embarazo, parto y puerperio, dar consejos de higiene a las mujeres y son las encargadas de los ritos para que todo salga bien, antes y después del parto. Son respetadas por sus años de

experiencia, por el cuidado y atención que brindan a la mujer y por la forma de resolver los problemas. Algunas parteras poseen más conocimiento, además de la partería son consideradas jiloles y hueseras y brindan atención fuera de su comunidad.

En la descripción que se presentó de las diferentes cosmovisiones tseltales se evidencia lo que Bartolomé precisa acerca de las particularidades de la noción de persona en cada cultura, de las diferencias y similitudes entre las visiones del mundo y la etiología de la salud, enfermedad y prácticas de atención etnomédicas, específicamente la de las parteras, que al igual que otros especialistas tradicionales, parten de la noción de persona de acuerdo a su referente sociocultural.

-Políticas públicas en la medicina tradicional

En la segunda mitad del siglo XX influyeron acontecimientos en el ámbito internacional respecto al nivel de atención primaria a la salud, vinculado a la medicina tradicional.

A inicios de la década de los setenta, la República Popular de China ingresó al sistema de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), esta inserción manifestó, entre otras cosas, los resultados que habían obtenido para solucionar muchos de sus problemas en salud en el primer nivel de atención médico a su población, su estrategia fue vincular el sistema médico occidental con el sistema de medicina china. Esto llamó la atención a la Organización Mundial de la Salud (OMS). A partir de entonces se acuña el término de medicina tradicional como el conjunto de conocimientos, prácticas y recursos de las culturas médicas populares.

La OMS buscó engarzar sus propuestas con los programas de salud, apoyándose de las recomendaciones que se dieron en la Declaración de Alma-Ata sobre “Atención Primaria en Salud” en 1978 y en la estrategia global de “Salud para todos en el año 2000”.² Su estrategia se centraba en extender los servicios de salud y en la atención primaria de salud, donde se podría incluir a quienes practicaban la medicina tradicional, siempre y cuando recibieran adiestramiento técnico.

² Proponía llevar a toda la población al final del siglo XX, a un nivel de salud que permitiera una vida social y económicamente productiva. Reconociendo el derecho a los pueblos a la salud y el Estado como responsable de este derecho.

En la misma década, surgió en México un movimiento reivindicativo de las medicinas indígenas, que influyó en diversos grupos de investigadores en antropología, biología y medicina, quienes sustentaron la base para implementar en salud la estrategia de recuperación de las medicinas tradicionales.

En 1976 se promovió la capacitación de parteros empíricos y convertirlos en auxiliares de salud. Se publicó en el Diario Oficial de la Federación el Reglamento de Parteros Empíricos Capacitados, como una forma de vincular la medicina institucional con la tradicional.

Se creó en 1982 un proyecto para lograr el aprovechamiento de todos los recursos médicos sanitarios de cada comunidad, incluyendo a la medicina tradicional, llamado Programa de Interrelación de la Medicina Tradicional con el Programa Nacional de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria IMSS-COPLAMAR.

En 1983 la Secretaría de Salubridad y Asistencia cambió su denominación a Secretaría de Salud. En ese mismo año el programa IMSS-COPLAMAR tuvo cambios de operación y se denominó IMSS-Solidaridad. En 2002 cambió a IMSS-Oportunidades; en 2012 se renombró PROGRESA, como Programa Desarrollo Humano Oportunidades PDHO; en 2014 se convirtió en IMSS-PROSPERA.

En 1990 la Secretaría de Salud, a través de la Jurisdicción Sanitaria II, contaba con un Departamento de Salud Rural, que incluía diferentes programas de atención a la salud, como el de Atención Materno Infantil, Planificación Familiar, Atención Primaria de Salud, a través del cual se supervisaba a las parteras empíricas; y el de nutrición y salud. En las comunidades donde no había médicos, los Técnicos de Atención Primaria eran los encargados de la atención médica, y de canalizar a pacientes al Hospital Regional en San Cristóbal de Las Casas, ya que hasta los noventa las poblaciones indígenas casi no acudían a este Hospital, acción que comenzó a modificarse a través de los Técnicos que les brindaban atención en sus comunidades (Freyermuth, 1992: 39).

El actual Plan Nacional de Desarrollo enfatiza en el Programa Sectorial de Salud 2013-2018:

Fomentar una perspectiva intercultural, intersectorial y de género en el diseño y operación de programas y acciones de salud e incorporar el enfoque intercultural y de género en el diseño y operación de programas y acciones para la población, encaminadas a la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal, compromiso establecido en la administración actual y estipulado como una estrategia del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 (Secretaría de Salud, 2014:12).

-Interculturalidad en la Salud

Cuando se habla de relaciones e intercambios entre grupos, se hace referencia a dos términos que están entrelazados: multiculturalidad e interculturalidad. Para García Canclini (2004), respetar la heterogeneidad entre culturas, hace referencia al multiculturalismo, y, “la interculturalidad implica que los diferentes son lo que son en relaciones de negociación, conflicto y préstamos recíprocos” (García, 2004:15).

Van a existir acuerdos y negociaciones, pero a la vez también desacuerdos o conflictos, con un diálogo entre unos y otros, dentro de un marco de respeto recíproco, y al mismo tiempo se posiciona la importancia de concientizarnos de la diferencia.

Gasché (2008), considera que el ejercicio de la interculturalidad, debe centrarse en los derechos culturales y en la tarea de superar los prejuicios y el desprecio hacia los pueblos indígenas por parte de los sectores sociales dominantes, ya que existe una relación social que vincula a la sociedad nacional con sus pueblos indígenas en una posición de dominación/sumisión.

La interculturalidad como propuesta ético-política, ha sido elaborada preferencialmente en América Latina y en algunos países europeos. En el caso latinoamericano surge dentro de la problemática y de los últimos planteamientos de la educación bilingüe de los países indígenas y posteriormente dentro de la salud.

La interculturalidad en salud se desarrolla a partir de reivindicaciones de pueblos indígenas y su derecho a la identidad cultural, pero también a una tendencia global del derecho a la diferencia, convivencia entre distintas culturas en un mismo territorio. Es “la capacidad de moverse equilibradamente entre conocimientos, creencias y prácticas culturales diferentes respecto a la salud y la enfermedad, la vida y la muerte, el cuerpo biológico, social y

relacional. Percepciones que a veces pueden ser incluso hasta contrapuestas”. (Oyarce e Ibacache, 1996, en Campos, s/f).

Las acciones emprendidas deben responder a un proceso de comunicación intercultural, donde se valide el proceso de salud/enfermedad del paciente de acuerdo a su sistema de creencias, no quiere decir que tenga el mismo, pero que sí lo comprenda y respete. Muchas mujeres y hombres de pueblos originarios han emigrado a zonas urbanas, llevándose consigo su cosmovisión, saberes y prácticas de partería, o comenzando su labor de ayuda a mujeres que necesitaban asistencia en su parto y no había y/o no querían ser atendidas por biomédicos. Algunas de sus prácticas son ahora un sincretismo entre sus saberes tradicionales y recursos biomédicos, que han adquirido principalmente porque el Sector Salud las condicionó a registrarse en un padrón de parteras tradicionales, para que pudieran otorgar la constancia de nacimiento y los padres del bebe tengan acceso a una constancia de alumbramiento del sector salud para tramitar el acta de nacimiento ante el registro civil.

Metodología

Para recolectar y analizar los datos obtenidos durante la investigación, se retoma el enfoque cualitativo desde la antropología médica, porque permite comprender los procesos de salud/enfermedad/atención, más allá de una perspectiva fisiológica, lo hace desde los aspectos simbólicos, emocionales, sociales y culturales. Permite entender los diferentes sistemas de salud y las relaciones que se dan entre el modelo médico hegemónico y los modelos subalternos, e identifica las racionalidades que aplican los distintos grupos para hacer válidas sus prácticas.

Se ha realizado un trabajo de investigación documental, consultando el marco legal, las políticas públicas en salud y datos que ayuden a identificar las condiciones de inserción y sostenimiento del área de medicina tradicional.

Para la interpretación y análisis de los datos, se recurrió a las siguientes técnicas:

Observación participante de los sujetos de estudio, para identificar sistemáticamente sus acciones con respecto al área de medicina tradicional, cómo las realizan, cuándo y dónde, con quiénes y cómo se vinculan con los otros actores.

Entrevistas semiestructuradas y abiertas, se diseñó el contenido por áreas, con preguntas abiertas, elaborando diferentes formatos de acuerdo a los actores entrevistados.

Diario de campo, donde se han registrado las observaciones y las entrevistas durante la investigación, para dar cuenta de todos los asuntos del área de medicina tradicional: lo que digan, los silencios, como está organizado el espacio, las relaciones entre los sujetos, qué sucede, sistematizando la información requerida para el análisis posterior.

Resultados Preliminares

Las especialistas en el ámbito de la partería tradicional están incorporadas al Sector Salud, por medio de políticas culturales y de interculturalidad en la salud, desde los años 80's, a partir de reivindicaciones de los movimientos indígenas por sus derechos, que influyeron en las políticas internacionales para buscar garantizarlos en cada nación. Sin embargo, no podemos olvidar que existe una primacía en lo occidental. Es la medicina occidental o biomedicina que incorpora a la MT, bajo instituciones que parten de una lógica o racionalidad biomédica, como modelo hegemónico. En la inserción no se encuentran al mismo nivel.

De las parteras que acudieron al llamado para colaborar en el área de medicina tradicional, algunas se quedaron haciendo guardias de manera rotativa, vinculándose con personal biomédico del hospital de las culturas.

En 2015 se cerró el área por parte de la jefatura jurisdiccional y tras un año de acciones constantes de las parteras y de un sector de la sociedad que las apoyaba, se inauguró de nuevo el área de medicina tradicional en el año 2016, pero con personal biomédico a cargo del área, adscritos a la jurisdicción sanitaria, que cubren guardias de lunes a domingo mañana, tarde y noche. Se encuentran: una médica responsable de área, que a su vez es coordinadora de las casas maternas de la región; enfermeros y enfermeras; técnicos en enfermería; una doctora para ultrasonidos y una más para cubrir el turno de la noche.

Las parteras no son parte del personal de la jurisdicción sanitaria, ellas cobran de manera particular sus servicios. Actualmente son doce parteras, se dividen en guardias de lunes a domingo, y si tienen partos llegan en cualquier horario, ellas mismas llevan a sus parturientas, les brindan atención prenatal en su casa o algunas llegan a atención prenatal

uno o dos meses antes al área de medicina tradicional y conviene con la partera ser atendidas ahí.

Es a las parteras a quienes se capacita para implementar prácticas biomédicas -como el uso de material quirúrgico que ellas mismas lo consideran adecuado-; pero no el sistema biomédico el que integra conocimientos tradicionales en la atención a la salud. Aparentemente sí, por ejemplo el tener una cama vertical para partos, pero que muchas veces ni se usa. Hay que decir que del personal biomédico laborando con las parteras, algunos mencionan haber aprendido de ellas e incorporado algunas prácticas a su quehacer médico.

Los servicios que ofrece el área son: control prenatal, atención de parto con pertinencia cultural, atención del recién nacido, planificación familiar; además de servicios de medicina tradicional: baño de hierbas, masajes, temascal, infusiones y tés que provienen del jardín herbolario, baño con vapor y limpias para mal de ojo y espanto, tratamiento para fertilidad. Capacitación a partera y capacitación a personal de salud.

Sin embargo, lo que las parteras mencionan que saben hacer es: control prenatal, atención a partos, cuidado al bebé, cuidado de la cuarentena, tomas de hierbas después del parto para limpiar la matriz, masajes, sobadas, curaciones de ombligo, curaciones de parásitos, tés de hierbas durante el parto, baño de hierbas, baño de vapor, curan de empacho, de espanto, de quebradura a los bebés, disentería, caídas de matriz, de frialdad cuando hay problemas de menstruación o no pueden tener hijos, o cuando les duele la ciática; algunas dan limpias, otras ofrecen shampoo para caída del cabello. Hay una partera musulmana, que tiene 5 meses colaborando ahí, ella agrega flores de Bach. Otra de ellas pone inyecciones, sueros, limpieza facial, ya que aprendió con una partera que utilizaba estos insumos y con médicos en un hospital particular; además es estilista.

Durante el parto, ayudan a la parturienta a acelerarlo con tés de plantas como mishto, romero y otras más, algunas les dan chocolate. Cuando comenzaron a capacitarlas, en los ochentas, les enseñaron a utilizar la oxitocina para inducir el parto y acelerar la dilatación; pero les prohibieron utilizarla. Algunas han referido que en su casa sí llegan a utilizarla, en el área de medicina tradicional no lo hacen porque no se los permiten.

Cuando nace el bebé lo envuelven en una sabanita quirúrgica o en la colchita que lleven los familiares, esperan un rato para cortar el ombligo midiendo 4 dedos, lo hacen con pinzas quirúrgicas y en el alumbramiento (cuando sale la placenta) a veces soban la panza de la mamá, revisan con detenimiento si salió completa, una de las parteras pesa la placenta. Revisa el cordón para ver cuántos hijos (as) más tendrá. Le preguntan a la mamá si se llevará la placenta para que la entierren, si no la tiran en un bote de desechos del hospital. Permiten que estén los familiares.

Dentro del hospital los ritos que, al menos las parteras tseltales, hacen con la placenta y el cordón umbilical, no se aprecia. Pero se puede corroborar que enterrar la placenta es una práctica difundida entre ellas, y preguntarles a los padres qué quieren hacer con ella, es por lo menos una diferencia comparada con los hospitales. Ahora tienen que acatar la regla de que, si no se la lleva la familia, la desechan.

Durante el proceso del trabajo de parto, parto y postparto, el tiempo que está en el área el personal biomédico: doctoras, enfermeras y enfermeros, están involucrados tomando signos vitales de la mamá, los latidos del corazón del bebé, las dilataciones, toman el tiempo de las contracciones y si consideran necesario, les ponen o dan suero. Le aplican al bebé cloranfenicol para sus ojos, y le dan vitamina A y vitamina K. Si consideran que la mamá tiene algún riesgo como la presión alta o muy baja, o tienen 15 años o menos, toman la decisión de canalizarla al Hospital de la Mujer.

Se han presentado situaciones donde el personal biomédico considera canalizar al hospital a la parturienta, pero partera y mamá se oponen y logran quedarse; en otros casos, no han podido decidir, porque el personal biomédico toma esa decisión.

En más de una ocasión las parteras han referido no querer seguir dentro del área, ya que no sienten la libertad de tomar sus propias decisiones, pero han comentado que es una labor que les otorgó Dios y por esa razón seguirán, además algunas mencionan que estar ahí les permite mantener relaciones con los médicos y personal del sector salud, por si tuvieran una complicación y así las atienden de manera inmediata sin poner barreras para recibirlos. Entre las parteras también se presentan algunas dificultades, son las más jóvenes que muestran más disponibilidad para colaborar en equipo, las más grandes muestran recelo de

sus propios conocimientos y prácticas, la competencia entre ellas, la falta de comunicación y ayuda mutua.

Conclusiones

Se puede reconocer la falta de un proceso operativo de la interculturalidad en salud, y la existencia de una relación de dominación/sumisión de interculturalidad, con relaciones verticales.

Conocer las cosmovisiones de las diversas “culturas” dentro de una región multicultural, es un elemento imprescindible para hacer políticas interculturales, no basta con nombrar hospital de las “culturas” a un espacio donde domina una sola cultura.

Los (las) médicos (as) tradicionales, como agentes activos dentro de su cultura, son individuos que participan en un campo en la búsqueda de capital cultural y social, principalmente, sin demeritar el capital económico, como un medio para su bienestar personal. Su trayectoria histórica cultural representa sus valores, su personalidad, su actuar frente al mundo, y por lo tanto es necesario hacer valer sus derechos culturales y humanos.

A pesar de que el discurso político indica la revaloración de las culturas indígenas y la implantación de la perspectiva intercultural en los programas de salud del Estado, en la actualidad se interponen diversas dificultades a los servicios de medicina tradicional.

En las propuestas de desarrollo se menciona favorecer la sinergia entre la medicina moderna y los conocimientos locales; pero es desigual, es a las parteras a las que se les capacita para implementar prácticas biomédicas, como el uso de material quirúrgico, pero no es el sistema biomédico el que integra conocimientos tradicionales en la atención a la salud.

Retomo a García Canclini cuando explica que se trata no solo de aprender a vivir con la diferencia, en un diálogo intercultural, que obviamente es vertical, sino con las mismas oportunidades, crecer juntos y con mayor equidad.

La interculturalidad no solo apunta al respeto por los derechos culturales, sino al intercambio de los saberes, conocimientos y creaciones entre culturas. En un sistema donde se disputan las realidades locales y las globales, es inevitable vivir en la diferencia.

Existen diversas cosmovisiones sobre salud/enfermedad/atención y prácticas de sanación y prevención de los pueblos indígenas, que no se plantean bien en las políticas. La formación que los profesionales de la salud han recibido se aleja de la noción de persona que tienen los diferentes grupos étnicos, y esto ha traído consigo dificultades en la atención a la diversidad cultural, subestimando el valor que tiene para los pobladores de las diversas comunidades que componen los pueblos originarios del país.

La realidad nos brinda un panorama de la importancia de hacer investigación antes de implementar una política pública. Es indispensable, además, la inclusión de la interculturalidad en la formación de todos los trabajadores de salud, no solo la capacitación a parteras, para colaborar COLECTIVAMENTE por el bienestar de la persona.

Bibliografía

- Bartolomé, Miguel (1992) “La construcción de la persona en las etnias mesoamericanas”, en Anuario del Centro de estudios superiores de México y Centroamérica. Chiapas, México. Universidad de Ciencias y artes del Estado de Chiapas / gobierno del estado de Chiapas. pp142-159.
- Campos Navarro, R. La interculturalidad, la medicina tradicional y los trabajadores de la salud, en: <http://www.mayas.uady.mx/articulos/pdf/interculturalidad.pdf>
- Freyermuth, G. y Montes, M. (2000) Parteras tradicionales en el estado de Chiapas, usos y costumbres. Apuntes sobre Medicina tradicional en México. México. Pp. 20-25
- García Canclini, N. (2004) Diferentes, desiguales y desconectados. Mapas de la interculturalidad. Edit. Gedisa. Barcelona. Pp. 29-55 y 161-166
- Gasché M. La motivación política de la educación intercultural indígena y sus exigencias pedagógicas ¿Hasta dónde abarca la interculturalidad? Artículo por publicarse en 2004 en: J. Gasché, M. Bertely y R. Podesta (eds.), Educando en la diversidad. investigaciones y experiencias educativas interculturales y bilingües. México: Paidós. en imprenta en francés en: a. akkari et p. dasen: les pédagogies du sud. paris, l’harmattan.
- Menéndez, E. (2009). De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva. Ed. Lugar. Buenos Aires, Argentina. P.p. 25-35
- Méndez M. (1997) Orientaciones para la interculturalidad, valores culturales dominantes. Grupo de profesores de educación compensatoria de la Subdirección Territorial Madrid/Oeste. Madrid, España
- López Austin, A. (2004) Cuerpo Humano e Ideología. Las concepciones de los antiguos Nahuas. Universidad Autónoma de México. Instituto de Investigaciones Antropológicas. México, D. F. p.p. 20