

Personal de salud e interculturalidad*

(Health staff and interculturality)

F. Domingo Vázquez Martínez**

Había una vez tres ciegos que se toparon con un elefante.

Uno se acercó a él por la trompa, otro por una pata y otro por la panza.

El primero dijo: este animal es como una víbora, sólo que más fuerte, y arrugado.

El segundo repeló: ¿qué dices?, más bien parece como el tronco de un árbol;

a lo que el tercero rebatió: los dos están locos, este animal es muy grande y asemeja a una pared.

Fábula de la India

Resumen

Existen pocos trabajos sobre la conducta del personal de salud tradicional hacia el personal del sistema alopático y viceversa. En consideración a la coexistencia en México, y sobre todo en el estado de Veracruz, de los sistemas de atención tradicional y de atención alopática resulta relevante conocer las relaciones entre ambos personales de salud. De ahí que este trabajo tenga como objetivo conocer la conducta del personal de salud tradicional hacia el personal de salud alopático y viceversa. Se realizaron entrevistas a 14 personas del sistema de atención tradicional y 16 del alopático, residentes en nueve comunidades del estado de Veracruz. Entre los entrevistados hay parteras, hueseros, culebreros, ensalmadores y curanderos; así como médicos generales y especialistas, enfermeros y pasantes.

En general, en el personal de salud tradicional predominan las conductas de acomodación y evitación hacia el personal de salud alopático; y en éste, las conductas de competencia y compromiso hacia aquél. Los resultados del trabajo resultan relevantes si se busca la integración de un sistema de salud multicultural, como corresponde a la población mexicana.

Abstract

Few works exist on the conduct that exists of the personnel of traditional health towards the personnel of the allopathic system and viceversa. Considering coexistence in Mexico, and mainly in the state of Veracruz, the system of traditional

attention and the allopathic system of attention it turns out excellent to know the relations between the personnel health that integrate these systems. For that reason this work must like objective know the conduct that has the personnel of traditional health towards the allopathic personnel of health and vice versa. Interviews to 14 people of the system of traditional attention and 16 of the allopathic system, resident of nine communities of the state of Veracruz were realised. Between the interviewed people there are midwives, hueseros, culebreros, quacks and healers; as well as general and specialistic doctors, nurses and pasantes. Generally, in the personnel of traditional health the conducts of accomodation and avoidance predominate towards the allopathic personnel of health; and in this one, the conducts of competition and commitment towards that one. The results of the work are excellent if the integration of a system of multicultural health looks for, as it corresponds to the Mexican population.

Palabras claves: personal de servicios de salud, salud intercultural, educación

Key words: personal of health services, intercultural health, education

Introducción

Todos los grupos humanos han desarrollado ideas sobre la salud-enfermedad, así como expuesto y practicado respuestas para atender a su población. Así, desde hace ya muchos años se reconoce que las ideas y prácticas sobre la salud y la enfermedad son parte de la cultura^{1,2}. En este sentido, el sistema de salud (conceptos y prácticas sobre la atención a la salud de la población) es una construcción cultural y en él el personal de salud tiene un papel fundamental por ser quien atiende directamente a la población que lo requiera.

En un contexto intercultural coexisten dos o más conceptos sobre enfermedad y dos o más respuestas a ella; hay por lo menos dos tipos de población y dos tipos de personal de salud. El estudio de la interacción entre los diferentes tipos de poblaciones, entre el personal de salud de las diversas culturas y entre éstos y las poblaciones es fundamental para conocer y entender cómo se resuelven los problemas de salud en situaciones

* El trabajo se desarrolló durante una estancia sabática en la Universidad Veracruzana Intercultural y una versión previa del mismo se presentó en el Foro Veracruzano de Estudios Interculturales, 2008.

** Investigador del Instituto de Salud Pública. Universidad Veracruzana.

interculturales. Cuando dos culturas conviven, las interacciones básicas son, además de las que se dan en el interior de la propia cultura, las de la población de la cultura A con la de la B; las del personal de salud de la cultura A con el de la B; las de la población de la cultura A con el personal de salud de la cultura B y las de la población de la cultura B con el personal de salud de la cultura A.

En las relaciones interculturales se presentan, de manera frecuente, contraposición de intereses que provocan desacuerdos³, esto es, hay conflicto. Para el caso de salud es común encontrar explicaciones heterogéneas sobre las causas de enfermedad y muerte y, en consecuencia, propuestas de acción diferentes para enfrentarlas, así como normas y valores distintos para evaluar los resultados.

México es un país multicultural y plurilingüe, en consecuencia, en él coexiste un gran número de conceptos sobre salud y enfermedad y de respuestas a la enfermedad. De todas éstas, predomina la correspondiente a la medicina científica o alopática; las propias de las culturas prehispánicas, y calificadas en conjunto como "tradicionales", coexisten e interaccionan con aquélla en condiciones poco estudiadas.

Existen trabajos ya clásicos⁴ en los que se describen las concepciones y prácticas de la medicina "tradicional", otros dan cuenta de los esfuerzos realizados por erradicar dichas concepciones y prácticas^{5,6}, y algunos más sobre la posibilidad de interacción o de complemento entre ellas^{7,8,9}. El tema se ha abordado desde diversas perspectivas teóricas y disciplinarias^{10,11}; sin embargo, la convivencia que hay entre los personales de salud pertenecientes a diferentes sistemas de salud ha sido poco explorada. Los escasos trabajos al respecto nos revelan cambios importantes en las actividades que desarrolla el personal de salud tradicional, inducidos por el del sistema alopático^{12,13}.

La necesidad de una mayor investigación en la conducta del personal de la medicina alopática hacia el de la medicina tradicional y viceversa resulta ineludible, sobre todo si se consideran los esfuerzos que se realizan actualmente desde aquélla para ponerse en contacto con ésta y aprovechar sus recursos. En México, por ejemplo, tanto la Secretaría de Salud a través de la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural, como el Programa de Desarrollo Humano Oportunidades operado por el Instituto Mexicano del Seguro Social y algunos gobiernos estatales como el de Veracruz, plantean, para el logro de sus objetivos de ofrecer más y mejores servicios de salud a la población, el contacto y la vinculación con la medicina tradicional. Sin embargo, no hacen explícito el tipo de relación que se desea y se debe

establecer entre el personal de ambos sistemas de salud, ni la manera en que hay que resolver los conflictos que inevitablemente han de surgir entre ellos. En este sentido, hay antecedentes de que solamente con una comunicación real, en la que exista reconocimiento, respeto y corresponsabilidad en la toma de decisiones se avanzará en la resolución de los problemas de salud que tienen las comunidades¹⁴.

El objetivo de este trabajo es aproximarse al conocimiento de la convivencia entre los personales de salud tradicional y alopático del estado de Veracruz, así como a la opinión que tienen uno del otro.

Marco teórico

El conflicto como objeto de estudio ha sido abordado desde diversas disciplinas y perspectivas. El resultado es un conjunto de enfoques que más que contraponerse se complementan entre sí. Para los propósitos de este trabajo se parte de la perspectiva del Modelo general del conflicto de Kenneth Thomas¹⁵.

Para Thomas el conflicto es el proceso que comienza cuando una parte percibe que la otra afecta negativamente o está próxima a afectar negativamente a algo que le concierne. El conflicto ocurre como un proceso o secuencia de eventos que se dan en episodios conflictivos entre las partes y que incluyen experiencias internas (cómo los participantes en un proceso conflictivo lo piensan, lo construyen y lo interpretan) y comportamientos visibles externos. De manera obvia, el conflicto surge dentro de un contexto económico y social particular, lo que determina los resultados específicos del conflicto y sus consecuencias para el mantenimiento del sistema social.

La unidad de análisis del conflicto es el episodio. El número de episodios que tiene un conflicto es variable (en un conflicto en escalada son innumerables) y, de manera evidente, éstos no son independientes unos de otros. Cada episodio consta de una secuencia de eventos^a, a saber: conciencia del conflicto, pensamientos y emociones, intenciones, conductas y resultados.

La conciencia del conflicto aparece cuando una o ambas partes se dan cuenta de que la otra le afecta o le afecta negativamente. La afectación puede ser a los intereses u objetivos, a los juicios (controversias) o a las normas. En los conflictos de intereses las partes tienen fines incompatibles; en los cognitivos, o sobre juicios, se percibe que la

^a Una de las críticas a este modelo es que la secuencia de eventos no es necesariamente unidireccional y ordenada. Con esta aclaración en mente, el modelo sigue siendo útil.

otra parte ha sacado conclusiones erróneas sobre un hecho; en los normativos hay una evaluación de la conducta de la otra parte desde las propias normas.

Los pensamientos y las emociones son elementos básicos en los conflictos. De hecho, preceden a la toma de conciencia sobre el conflicto.

Las intenciones se generan en los pensamientos y las emociones que se forman durante el proceso conflictivo, además de estar en la conducta manifiesta. Se construyen sobre dos dimensiones: importancia de satisfacer los intereses de la otra parte o de la relación con la parte en conflicto (cooperador-no cooperador) e importancia de satisfacer los propios intereses (asertivo-no asertivo). De acuerdo con la importancia que se le otorgue a la relación (los intereses del otro) o a los resultados (los propios intereses) las intenciones y, en consecuencia, las conductas hacia la parte en conflicto son: de colaboración (asertivo y colaborador), de competición (asertivo y no colaborador), de acomodación (no asertivo y cooperador), de evitación (no asertivo y no cooperador) y, por último, de compromiso (medianamente asertivo y medianamente colaborador).

Las conductas de las partes en conflicto se refieren a los comportamientos observables y, de acuerdo con las intenciones, son también: de colaboración, de competición, de acomodación, de evitación o de compromiso.

Los resultados del proceso conflictivo dependen de las intenciones y conductas de las partes y, en general, tienden a disminuirlo cuando predominan las intenciones y conductas de colaboración y compromiso; a aumentarlo, en caso de que prevalezcan las de competencia; o a posponerlo, cuando en alguna de las partes o en ambas sobresalen las intenciones y conductas de evitación.

Material y método

A través de la Coordinación de Salud de la Licenciatura en Gestión Intercultural para el Desarrollo, de la Universidad Veracruzana Intercultural (UVI), se estableció contacto con los personales de salud tradicional y alopático identificados por la Coordinación en tres de las cuatro zonas donde tiene presencia la UVI: Altas Montañas, Selvas y Huasteca. Además, mediante la ayuda del Grupo de Apoyo a los Médicos Indígenas Tradicionales del Centro del estado de Veracruz (GRAMIT-Centro) se identificó y logró el acceso a otros médicos tradicionales.

El único criterio para la selección del personal fue que realizaran prácticas de salud en alguno de los dos sistemas. Una vez establecido el

contacto con los personales de salud se les pidió su colaboración para conocer sus puntos de vista sobre el tipo de relación profesional que tiene con el personal de salud del sistema al que no pertenece.

Se realizaron entrevistas y grupos focales; todos, excepto dos entrevistas en las que no se autorizó, se grabaron para su posterior reproducción. Los grupos focales se organizaron de manera natural, con personas que se conocían previamente y que trabajan juntos en una misma institución u organización. Excepto dos entrevistas que se realizaron en náhuatl con la ayuda de una traductora, el resto se efectuaron en español, al igual que todos los grupos focales.

En el Anexo 1 se aprecia lugar y técnica de obtención de información, así como número de participantes. En total se obtuvo información de 19 mujeres y de 11 hombres. El trabajo de campo se realizó entre enero y junio de 2008.

Se utilizó una guía de preguntas con tres apartados: 1) Trabajo en salud, 2) Formación y 3) Relaciones interculturales con el otro personal de salud. En relación con Trabajo en salud se exploraron los siguientes temas: a) Incorporación de elementos de otros sistemas de salud a la práctica propia, b) Referencia y contrarreferencia de pacientes entre los diversos sistemas de salud y c) Práctica en salud conjunta con personal de otros sistemas de salud.

Para el análisis de la información obtenida se utilizaron, en cada uno de los tres apartados, las cinco categorías de intención o conducta del Modelo general de conflicto de Thomas: de colaboración, de competición, de acomodación, de evitación y de compromiso.

Resultados

Trabajo en salud

En general, las respuestas al trabajo en salud confirmaron la pertenencia de todos los informantes a alguno de los sistema de salud. En el Cuadro 1 se observan sus características generales.

Cuadro 1. Características generales de los informantes de los sistemas de salud tradicional y alopático. Veracruz, 2008.

Características	Informantes del sistema tradicional (n = 14)	Informantes del sistema alopático (n = 16)
Edad promedio	55 años (máxima 67, mínima 47)	38 años (máxima 60, mínima 29)

Continúa siguiente página

Promedio de años con el trabajo en salud	30 años (máxima 50, mínima 12)	17 años (máxima 40, mínima 29)
Número de pacientes que ven a la semana	Las parteras tenían en control de una a seis embarazadas en el momento de la entrevista. El resto del personal tiene aproximadamente un promedio de 15 consultas a la semana	Un promedio de 50 consultas a la semana
Lugar más frecuente de consulta	Casa del personal de salud	Consultorio
Otras actividades con remuneración pecuniaria, además de la de salud	Generalmente sí: campesinos, carpinteros, albañiles	Generalmente no
Escolaridad	Por lo general no mayor a 6 años (primaria)	Mayor de 10 años (técnica y universitaria)
Enfermedades o procesos por los que los consultan con mayor frecuencia	Empacho, susto, mal aire, torceduras, caídas, limpias, tendones, desgarres, luxaciones, tlazole, mordeduras y picaduras de animales ponzoñosos, control de embarazo y atención de partos	Infectocontagiosas, diabetes, hipertensión, control de embarazo y atención de partos

Incorporación de elementos del otro sistema

En general, el personal de salud tradicional está más dispuesto a incorporar a su saber y a su práctica profesional los elementos de la medicina alopática, que el personal de salud alopático a integrar elementos de la medicina tradicional.

En el caso de algunas parteras la incorporación de los elementos de la medicina alopática a su práctica profesional ha sido el resultado de un proceso de capacitación planeado y ejecutado por las instituciones oficiales de salud. Muchas parteras no sólo han incorporado elementos de la medicina alopática a su práctica en salud, en muchos casos esta misma ha cambiado. Este fenómeno ya ha sido documentado previamente en otros estados de México^{12,13}, y en este trabajo se constata que en Veracruz muchas de las parteras han dejado de atender partos y han incursionado en actividades de planificación familiar. Esto indica que han renunciado a sus prácticas propias y asumido las que les asignan las instituciones de salud alopáticas, se convierten en personal con remuneración pecuniaria de las instituciones de salud, cuyo trabajo es canalizar a las embarazadas al sistema alopático de salud y en promotoras de los programas de planificación familiar.

*...Pos ahorita ya no es como antes, ahora todo se va a los hospitales y allá se van a aliviar..., uno nomás las lleva (GF2)
Las parteras informan al centro de salud (GF3).*

...Las parteras no sabían, no sabían (GF2)

Desde la perspectiva utilizada para interpretar estas declaraciones, es evidente que en los conflictos de atención a la mujer embarazada y a la atención del parto, que han surgido y surgen actualmente entre los personales de salud tradicional y alopático, las parteras han sido muy colaboradoras y poco asertivas, lo que ha dado como resultado un cambio sustantivo en su práctica en salud. Por otra parte, hay un reconocimiento de algunos miembros del personal de salud alopático de que en la relación con el personal de salud tradicional lo importante son los propios intereses y no los de ellos (asertivo-no colaborador).

...El médico, sobre todo nosotros los médicos estamos acostumbrados a llegar e imponer nuestra cultura..., haz esto, haz aquello, haz lo otro... (A2)

Ante esta situación es natural que haya personal de salud tradicional, parteras en este caso, que en un esfuerzo por afirmar su saber y su práctica opten por no cooperar, manifestándose entonces intenciones y conductas de evitación, tanto en las parteras como en las embarazadas que controla.

Con la partera no hay esa comunicación... (A2)

Las embarazadas ... prefieren venir conmigo y no quieren ir a los servicios de salud porque les cortan y las obligan a utilizar una posición incómoda (T1)

Por parte del personal de salud del sistema alopático también hay incorporación a su práctica profesional de elementos propios del personal de salud tradicional. Pero esta incorporación no se realiza directamente a través del personal tradicional, sino en los laboratorios farmacéuticos mediante los fitofármacos. Existen casos en que se han construido jardines botánicos en algunos centros de salud o en unidades médicas rurales y se perciben intenciones claras de colaboración con el personal de salud tradicional para que incorpore sus prácticas al quehacer alopático.

En este hospital no hay un área, que debería haber un área de medicina tradicional..., yo pienso que si nosotros tuviésemos un área de medicina tradicional como hay en otros

paises iba a ser un éxito. La gente nos iba a querer (A2)

También se encontraron faltas de cooperación y de reconocimiento al personal de salud tradicional. Algunas personas del sistema de salud alopático consideran que no tienen nada que aprender, en cuanto a la atención a la salud, del personal tradicional.

... Es magia..., pensamiento mágico ¿no?..., cuando se supera la pobreza... la ignorancia y se educa a la gente desaparece eso (A3)

Referencia-Contrarreferencia

En el caso de las parteras que han modificado su práctica profesional es común la referencia al sistema de salud alopático. En el resto del personal tradicional no es algo cotidiano, a pesar del establecimiento de compromisos oficiales al respecto.

Con los médicos de bata blanca tenemos un acuerdo y compromiso. Cuando nos reunimos y platicamos y este..., van los de la universidad..., hicimos un acuerdo, Acuerdos y compromisos^b se llama, porque si un médico tradicional tiene un enfermo que no puede atender se lo pasamos al de bata blanca o viceversa, si el de bata blanca tiene un paciente que no le encuentra se lo pasa a ustedes... (T9)

Ciertamente, estos *Acuerdos y compromisos* no siempre se han cumplido. Sin embargo, la intención que tienen suponen una gestión del conflicto en la que haya colaboración. En la realidad, como hemos visto con las parteras, la colaboración se traduce en acomodación de una de las partes a la otra. A pesar de lo anterior, sí hubo personal de salud alopático que refiere pacientes al sistema tradicional y recibe pacientes referidos del sistema tradicional.

...Doña Reina en Atlahuilco me refiere y le refiero..., casi diario. Yo la conocí hace varios años, le tengo mucho cariño y mucho respeto. Ella me refiere pacientes y al revés. Uno no puede luchar ni meterse en cosas que no. Aquí somos muy respetuosos con cualquier paciente..., yo voy a ver en el aspecto médico patológico cómo lo puedo ayudar, pero si yo veo que trae una cuestión de ese tipo y que él atribuye que su enfermedad tiene que ver con lo que le hicieron o no le hicieron, entonces yo lo recomiendo con el médico tradicional y le

^b Se hace referencia al Convenio de Colaboración Interinstitucional, para el Fortalecimiento de la Medicina Tradicional Veracruzana, celebrado en Xalapa-Enriquez, Veracruz en mayo de 2006

digo: sabes qué, ves allá y que te hagan una limpiadita..., aquí curamos de una forma, allá de otra forma. ¡Y sabes qué resultados tan maravillosos! (A1)

Existen muchas razones para no referir pacientes al otro sistema de atención a la salud, algunas de las identificadas en este trabajo tienen que ver con la competencia que hay entre ambos sistemas.

—¿Por qué dice que las parteras son celosas?

—Por que no quieren traer bien..., así..., porque piensan que ya no les van a pagar lo mismo..., o sea, ellas atienden a la paciente desde que está embarazada, la van viendo, la van sobando y hay veces que no la querían traer..., hay algunas..., pues el esposo les decía: yo ya te dije a ti, tú la tienes que atender...

...Es más económico para ellas que la atienda la partera (A4)

En el testimonio que se acaba de leer es evidente que sí hay competencia entre los sistemas de atención alopático y tradicional. Es también revelador del conflicto en el que están las parteras, no sólo ante el personal alopático, sino ante su propia comunidad. Ésta les sigue solicitando que desempeñen sus funciones tradicionales, al contrario de lo que les exige el sistema alopático.

Práctica conjunta en salud

En general no hay una práctica conjunta en salud. Se reconoce, tanto por el personal de salud tradicional como el alopático, que se trabaja de manera aislada. Esto indica que hay evitación del otro personal de salud y que los personales de ambos sistemas saben de la existencia del otro y de su influencia en la comunidad. Sin embargo, no se puede hablar de una práctica conjunta.

No se desconocen los esfuerzos realizados en los hospitales mixtos, tanto en México como en otras partes del mundo¹⁶. En las comunidades visitadas y en el momento presente no se identificaron prácticas de este tipo. En algún momento del pasado reciente, las parteras llevaban a las embarazadas a término a un centro de salud o unidad médica rural, y allí junto con el médico o la enfermera atendían el parto de manera conjunta.

Se traía a la embarazada y aquí se atendía el parto. Era una buena forma de atender el parto. Una aprendía mucho, porque el médico le iba diciendo y una aprendía..., cualquier complicación se tenía lo necesario para resolverla. ¿Quién sabe por qué ya no se hace? (T5)

Otro de los esfuerzos por realizar prácticas en salud conjuntas son los jardines botánicos que de acuerdo con el *Convenio de Colaboración Interinstitucional para el Fortalecimiento de la Medicina Tradicional Veracruzana* se deben establecer en las unidades médicas rurales.

La formación en salud

La formación profesional del personal de salud es, por lo general, excluyente en cuanto a la planta docente, aunque no en cuanto a los temas. Esto es, los miembros del sistema de salud tradicional no participan en la formación del personal de salud alopático y el personal docente de éste tampoco participa en la formación del personal de salud tradicional. En este sentido hay una interrelación muy circunscrita a determinado personal de salud (con las parteras como alumnas y el personal del sistema de salud alopático como profesores) y circunstancias como el Servicio Social (aquí los alumnos son del sistema alopático y, frecuentemente, los profesores del sistema tradicional).

Entre el personal participante en este estudio, el pasante de medicina recibió pláticas sobre medicina tradicional y uno de los médicos tradicionales ha participado como docente de medicina tradicional a los pasantes. Es importante mencionar que la cooperación y colaboración entre el personal de salud alopático y el tradicional en procesos de formación es coordinada básicamente por los servicios de salud y no por las universidades. En el caso de las parteras la capacitación se refiere a temas técnicos y en el caso de los pasantes a una introducción a la medicina tradicional del lugar donde desarrollarán su Servicio Social.

Excepto los casos mencionados, el personal de salud del sistema alopático recibe nula o escasa formación profesional en el sistema de salud tradicional, y el personal del sistema tradicional, sobre todo si no son parteras, no recibe capacitación en el sistema de salud alopático.

Fuera de los compromisos institucionales y en un nivel más interpersonal, hay resistencia a compartir conocimientos y técnicas entre el personal de salud de los diferentes sistemas, sobre todo del alopático hacia el tradicional.

— *...Una vez le dije que me enseñara a poner yeso para las fracturas, porque yo no pongo yeso, les pongo un parche de urea, de ocote...*

— *¿Y no le enseñó a poner el yeso?*

— *No. Me dijo que sí, cuando llegue un paciente te voy a mandar traer..., no..., nunca..., la envidia...* (T8)

Se encontraron conductas de acercamiento del personal tradicional hacia el alopático con

la intención de aprender. Casos en los que se reconoce explícitamente que hay mucho que aprender de la medicina alopática

...Por eso le digo que un médico que estudia debe de saber más, él ve cómo está el hueso ese, cómo se desacomoda, porque ven al cuerpo humano..., entonces..., yo nomás la pura idea, el tacto... Yo siempre me encomiendo a Dios.

Yo lo único es que me arrimo a los doctores para sacarles algo, preguntarles..., pero no, no le dicen a uno (T8)

En estas situaciones, en las que surge un conflicto entre enseñar o no enseñar al personal de salud tradicional, los médicos alópatas reaccionan de diferente manera, algunos optan por colaborar y otros no.

...Había un doctor, sí que me daba la anestesia... No todos los médicos son así, a veces son egoístas. Con ese médico sí aprendí algo (T8)

Como se puede ver, la intención y la conducta de colaboración del personal de salud alopático hacia el personal tradicional no está ausente. Sin embargo, la buena relación con curanderos y parteras no es resultado de un proceso educativo formal, sino de la experiencia en el trabajo de campo.

— *...¿Pero esto no se lo enseñaron en la Facultad?*

— *Por supuesto que no. Es la experiencia en campo..., yo fui médico del Instituto Nacional Indigenista (A1)*

Por otro lado, el personal de salud tradicional, de manera independiente a que encuentre apoyo e información en el personal de salud alopático, tiene acceso a otras fuentes de información.

— *Además de lo que le enseñaron sus abuelitos y su papá ¿de qué otra parte ha aprendido sobre su trabajo en salud?*

— *Libros e Internet. Ahora encuentra uno mucho en Internet..., además de los intercambios en las reuniones con médicos tradicionales (T4)*

Las relaciones interculturales

Probablemente, en las relaciones entre el personal de salud tradicional y el alopático lo que prevalezca son los compromisos. Los compromisos que otros han establecido y que ellos deben concretar. El compromiso obliga al reconocimiento del otro, aunque no siempre al respeto. El personal de salud institucional tiene el compromiso de cumplir con programas de salud y de entregar informes

y metas cumplidas. Por parte de éste existe una competencia por imponer sus puntos de vista y acciones, y por parte del personal tradicional, sujeto a estos programas, una conducta de acomodación. Así, se instrumentan acciones, siempre sujetas a la disponibilidad de recursos, que no siempre son eficaces, pero sirven para cumplir programas y metas. Por ejemplo, respecto de los cursos de capacitación de parteras no siempre se tienen los recursos o las provisiones necesarias para lograr una verdadera colaboración.

...Todas las parteras hablaban náhuatl entonces..., resulta que todo estaba muy bonito, pero ¿qué cree? Que el curso era en español y ellas no hablaban español (A2)

La colaboración con parteras se distorsionó por la falta de recursos. Si uno les da el apoyo sí vienen (GF3)

Entre el personal de salud tradicional y el alopático existen también casos de colaboración y de evitación. Hay reconocimiento o no al trabajo del otro, que facilita o impide la colaboración.

Acá me ha tocado ver fracturas..., reducir fracturas inmediatamente por medio de encino, con cartón, mejor que cualquier yeso..., y lo saben hacer..., isí, y estamos hablando de fracturas! (A1)

La competencia también está presente en ambos personales de salud.

—¿Por qué vienen con usted, si ya hay hospitales, centros de salud, médicos particulares?

—Pues, es como le digo, que eso no lo curan los doctores. No sé por qué estudiaron y no lo hacen..., será porque no quieren trabajar..., nomás ven al paciente, medio le checan la presión, expiden la receta y a cobrar. Y aquí hay que trabajar..., tal vez por eso (T8)

La gente no sigue nuestras indicaciones y sigue las otras indicaciones de acuerdo a lo que le dicen los médicos tradicionales y..., a veces no son las acciones más adecuadas y las más indicadas para cierto tipo de padecimiento... (GF1)

Se identifican buenas intenciones de colaboración tanto del personal de salud tradicional como del alopático. Sin embargo, esas intenciones no rebasan, en la mayoría de las ocasiones, la disposición y la voluntad personal y no se concretan en programas y acciones que sumen y mejoren la salud de la población.

...A lo mejor nos están subutilizando, que seguramente es así, pero porque no nos

perciben como perciben a su medicina tradicional. El día que logremos que nos perciban de la misma manera..., que nos vean... Pero a lo mejor..., hay que cambiar nuestra manera de verlos y tratarlos también..., ¿no?, para que ellos también la suya puedan modificarla y que nos puedan incorporar a ese..., equipaje tan bueno que traen... (GF3).

Discusión

En síntesis, se plantea que en el personal de salud tradicional predominan las conductas de acomodación y evitación para resolver conflictos con el personal de salud alopático; y en éste, conductas de competencia y compromiso.

Las conductas de acomodación en los médicos tradicionales están caracterizadas porque le dan una importancia mayor al estar relacionados con el otro sistema, que al resultado específico de las negociaciones que emprendan. Es más, por mantener la relación al personal de salud tradicional con esta tendencia no les importa ceder ante las exigencias que el sistema de salud occidental les haga. En este sentido, los médicos tradicionales dan un gran valor a la relación con el sistema de salud alopático, porque dicha relación los legitima ante su propia comunidad y ante el sistema oficial, de manera independiente a las negociaciones concretas que lleven a cabo y de los resultados que se obtengan.

A los médicos tradicionales que evitan la relación con el sistema de salud alopático no les importa ésta, principalmente porque no les interesa negociar sus posturas y principios. Lo que caracteriza la conducta de evitación es la falta de respuesta a las convocatorias que reciben del sector salud oficial (alopático y público) y de sus propios colegas.

Las conductas de competencia en el personal de salud alopático se caracterizan por la baja importancia que dan a la relación con el personal del sistema tradicional y la importancia alta otorgada a los resultados de los programas de salud. Resulta notoria la competencia del sistema de salud alopático por ganar la atención que requiere la población, que actualmente corresponde y acude al sistema tradicional.

El compromiso surge porque el personal de salud del sistema tradicional es esencial para el desarrollo de algún programa de salud determinado, como el de capacitación de las parteras.

En relación concreta con los resultados de la conducta de competencia por el personal alopático y de acomodación por el personal tradicional, específicamente las parteras, podría suponerse

que la situación actual a la que se ha llevado a las parteras beneficia a la población y que ahora la mayoría de los partos se atienden en mejores condiciones, lo que ha favorecido la salud de la población y de la mujer en especial. Así se justificaría la competencia como la mejor conducta para resolver los conflictos entre el personal de salud tradicional y alopático. Ello sería así únicamente bajo el supuesto de que las prácticas de la medicina alopática son superiores en todo momento para atender la salud de la población, pero por lo menos para el caso de la atención del parto, no hay evidencias que sustenten dicha afirmación. Méndez González¹⁷ encontró que no hay diferencias estadísticamente significativas entre la atención del parto que brinda el sistema alopático y la del tradicional.

Por otra parte, una gestión competitiva del conflicto lleva necesariamente a la falta de colaboración y a la segregación de algunos de los miembros de la medicina tradicional que rehúsan renunciar a sus saberes y prácticas. Lo que para la construcción de un sistema de salud intercultural, que aproveche lo mejor de ambos sistemas, es un obstáculo mayúsculo. Además, hay ejemplos de colaboración, como el de la atención conjunta del parto, en que se aprovecha lo mejor que ofrecen los miembros de cada uno de los sistemas, con resultados satisfactorios para la salud de la población y la calidad de los servicios de salud, tanto desde la valoración alopática como tradicional.

Aunque el objetivo de este trabajo no fue el estudio del conflicto en sí, es importante mencionar dos observaciones relacionadas con éste.

Primera, en la relación entre personal de salud del sistema tradicional y el alopático se encontraron conflictos de intereses (competencia por pacientes), cognitivos (explicaciones sobre el mejor tratamiento) y normativos (evaluación del trabajo realizado). Esto es relevante dado que la forma en que se enfrenta el conflicto está relacionada con las características del mismo.

Segunda, no toda la actividad del personal de salud resulta igualmente conflictiva. Es evidente que entre mejor delimitados estén los ámbitos de competencia entre el personal de salud tradicional y el alopático menor posibilidad de conflicto de intereses, cognitivo o normativo habrá. Por ejemplo, el "susto" o una "limpia" no genera competencia por pacientes, ni controversia por explicarlo, entre el personal del sistema tradicional y el alopático.

En el otro extremo tenemos las entidades que son atendidas por los personales tradicional y alopático; por ejemplo, la atención del parto y las fracturas. Entre estos dos extremos, el de la competencia específica o excluyente y el de

la incluyente, hay una serie de padecimientos y procedimientos para cuidar y mejorar la salud que generan más o menos conflicto entre ambos personales. Estos dos aspectos se señalan como temas de investigaciones futuras.

Por último, las relaciones entre el personal de salud tradicional y el alopático, en general, son calificadas como insuficientes para lograr que cada uno de ellos haga su mejor aportación a la salud de la población y sumen esfuerzos en pro de la misma. Es importante transitar hacia una relación de colaboración plena, proceso que llevaría al surgimiento de un verdadero sistema intercultural de atención a la salud, como corresponde al México pluriétnico y multicultural en el que vivimos.

Todos somos salud, tratándose de salud no se trata de que si es el doctor, que si es la doctora, que si es el curandero, si es el sobador, si es el rezandero, si es el..., pues es salud y todos contribuyen (A1)

Agradecimientos

A la Universidad Veracruzana Intercultural, en particular a Sergio Téllez Galván, Gilberto Domínguez Estrada y al personal del Departamento de Salud: Andrea Isunza Vera, Nancy Villegas García, Francisco Javier Pancardo Escudero, Norma Edith Loeza García y Aimé López González; a Arcelia Apale Palacios por su apoyo en la realización y traducción de las entrevistas.

Al Grupo de Apoyo a los Médicos Indígenas Tradicionales del Centro del estado de Veracruz (GRAMIT-Centro).

A Maya Lorena Pérez y Luisa Paré por sus valiosos comentarios a la versión presentada en el Foro Veracruzano de Estudios Interculturales celebrado en Xalapa, Ver., en julio de 2008.

A los personales de salud tradicional y alopático que colaboraron.

Referencias bibliográficas

1. Aguirre Beltrán G. Programas de salud en situación intercultural. México: Fondo de Cultura Económica; 1994.
2. Menéndez E. Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención en salud. Méxic: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. (Cuadernos de la Casa Chata); 1983; 86.
3. Boueiri S. Salazar M. Aportaciones teóricas para el abordaje del conflicto y los medios alternativos de resolución con especial énfasis en la mediación. Revista CENIPEC. Enero-diciembre 2004; 23: 159-191.

4. Martínez Cortés F. (coordinador general). Historia General de la Medicina en México en Alfredo López Austin y Carlos Bisecas Treviño (coordinadores Tomo 1). México Antiguo. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 1984.
5. Holland W. Medicina maya en Los Altos de Chiapas. Un estudio de cambio sociocultural. México: Instituto Nacional Indigenista (Serie Antropología Social 2); 1963.
6. Aguirre Beltrán G. Nace la antropología médica. En: Roberto Campos (compilador). La antropología médica en México. Tomo 1. México: Instituto Mora, Universidad Autónoma Metropolitana; 1992. 39-77.
7. Aparicio Mena AJ. Idea de salud intercultural. Una aproximación antropológica a la idea de salud intercultural, derivada de la medicina tradicional china, en contacto con diferentes culturas. Gaceta de Antropología. 2004; 20.
8. Duarte Gómez MB. Medicina occidental y otras alternativas: ¿es posible su complementariedad? Reflexiones conceptuales. Cad Saude Pública. 2003; 9(2): 635-643.
9. Alarcón MA. Vidal HA. Neira Rozas J. Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. Rev. Méd. Chile. 2003; 131(9): 1061-1065.
10. Campos R. (compilador). La Antropología Médica en México. México: Instituto Mora y Universidad Autónoma Metropolitana; 1992.
11. Fernández Juárez G. (coordinador). Salud e interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural. Quito, Ecuador: Ediciones Abya-Yala; 2006.
12. Güémez Pineda M. De comadronas a promotoras de salud y planificación familiar. Proceso de incorporación de las parteras empíricas al sistema institucional de salud. En: Esteban Krotz, (coordinador). Cambio cultural y resocialización en Yucatán. Mérida, Yucatán: Universidad Autónoma de Yucatán; 1997. 117-147.
13. Güemez Pineda M. De la hegemonía a la subordinación obligatoria: visiones del pasado y el futuro de la partería en Yucatán, México. Temas Antropológicos Revista Científica de Estudios Regionales. Facultad de Ciencias Antropológicas de la Universidad Autónoma de Yucatán. 2003; 24 (2): 117-143.
14. Barragán Flores J. Desarrollo de programas de salud en comunidades indígenas. Aportaciones desde la comunicación intercultural. Tesis para obtener el grado de Maestro en Comunicación. Universidad Veracruzana. 2003.
15. Domínguez Bilbao R. García Duarte D. Introducción a la teoría del conflicto en las organizaciones. Universidad Rey Juan Carlos. Servicio de Publicaciones. Working Papers 48. (Consultado: marzo 2008). Disponible en: <http://www.fcjs.urjc.es/departamentos/areas/profesores/descarga/vrvwzrzuz/WP%202002-48%20Introduccion%20del%20Conflicto.pdf>.
16. Duarte Gómez MB. Brachet Marquez V. Campos Navarro R, et al. Políticas nacionales de salud y decisiones locales en México: el caso del Hospital Mixto de Cuetzalan, Puebla. Salud Pública Méx. 2004; 46 (5): 388-398.
17. Méndez González RM. Cervera Montejano MD. Comparación de la atención del parto normal en los sistemas hospitalario y tradicional. Salud Pública Méx. 2002; 44 (2): 129-136.

Anexo 1. Número y tipo de personal de salud participante, según técnica de obtención de información, sistema de salud al que pertenece y lugar de entrevista. Veracruz, enero-junio 2008

Lugar donde se obtuvo la información	Técnica de obtención de información	Personal del sistema de salud tradicional	Personal del sistema de salud alopático	Total de informantes
Tequila, Ver.	Entrevista focalizada	Una partera (T1)*, una curandera de niños (T2). Las dos fueron realizadas en náhuatl	Un médico particular (A1)	3
Tequila, Ver.	Grupo focal		Una médica, un médico, tres enfermeras y un odontólogo del centro de salud (GF1)	6
Tlaquilpa, Ver.	Entrevista focalizada		Una médica del hospital integral (A2)	1
Campanario, Ver.	Entrevista focalizada	Un partero y curandero (T3)		1
Atzacan, Ver.	Entrevista focalizada	Un médico tradicional (T4)		1
Huazuntlán, Ver.	Entrevista focalizada	Una partera (T5)	Un pasante de medicina de la unidad médica rural del IMSS (A3)	2
Huazuntlán, Ver.	Grupo focal	Cinco parteras (GF2)		5
Chacalapa, Ver.	Entrevista focalizada	Una curandera (T6), una culebrera y ensalmadora (T7)		2

Continúa siguiente página

Tonalapa, Ver.	Grupo focal		Una médica y un médico del hospital integral (GF3)	2
Ixhuatlán de Madero, Ver.	Entrevista focalizada	Un huesero (T8), un médico tradicional (T9)		2
Ixhuatlán de Madero, Ver.	Grupo focal		Un médico, dos enfermeras y un promotor de salud del centro de salud (GF4)	4
Llano Enmedio, Ver.	Entrevista focalizada		Una enfermera de la unidad médica rural (A4)	1
Total		14	16	30

* Las letras y el número entre paréntesis identifican los testimonios transcritos en el texto