Revista nuestrAmérica
eISSN 0719-3092 · 2021 · vol. 9 · n.º 17 · ene-jun · e6371715
Ediciones nuestrAmérica desde Abajo · Chile
Esta obra podrá ser distribuida y utilizada libremente en medios físicos y/o digitales. La versión de distribución permitida es la publicada por Revista nuestrAmérica (post print). Color ROMEO azul. Su utilización para cualquier tipo de uso comercial quedaestrictamente prohibida. Licencia CC BY NC SA 4.0: Reconocimiento-No Comercial-Compartir igual-Internacional
DOI 10.5281/zenodo.6371715
Licencia: CC BY-NC-SA 4.0

Cuidados culturales de los pueblos originarios y salud intercultural

Cuidado cultural dos povos nativos e saúde intercultural

Cultural care of native peoples and intercultural health

Patricia Casasa García[a 1]

[a] pcasasa@hotmail.com

[1] Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, México

Recibido: 20-05-2020 • Aceptado: 28-01-2021 • Publicado: 30-06-2021

Resumen
A pesar de que se reconoce la pluriculturalidad de las sociedades de la región, así como los derechos de los pueblos indígenas, entre ellos la medicina tradicional, estos son vulnerados, por la actuación del Estado. La acumulación epidemiológica, y un ascenso progresivo de la morbilidad y mortalidad por enfermedades crónicas y degenerativas, por la mala nutrición y el abandono de la dieta tradicional. En estos casos los sistemas tradicionales de medicina y los cuidados culturales que se proporcionan en el hogar juegan un papel muy importante en la prevención y curación de la salud, ya que se adaptan mejor a las concepciones de los grupos étnicos. El artículo es parte de proyectos financiados por la Universidad Nacional Autónoma de México, en los que se explora la necesidad de discutir la problemática de los pueblos originarios y la salud intercultural.
Palabras clave : interculturalidad; salud; marginalidad; indígenas

Resumo
Embora a multiculturalidade das sociedades da região seja reconhecida, bem como os direitos dos povos indígenas, incluindo a medicina tradicional, eles são violados pela ação estatal. Acumulação epidemiológica e aumento progressivo da morbidade e mortalidade por doenças crônicas e degenerativas, devido à má nutrição e abandono da dieta tradicional. Nesses casos, os sistemas médicos tradicionais e o cuidado cultural desempenham um papel muito importante na prevenção e cura da saúde, pois são mais adequados às concepções de grupos étnicos. O artigo faz parte de projetos financiados pela Universidade Nacional Autônoma do México, que explora a necessidade de discutir os problemas dos povos indígenas e a saúde intercultural.
Palavras-chave : cuidado; interculturalidade; saúde; marginalidade; indígenas

Abstract
Although the multiculturality of societies in the region is recognized, as well as the rights of indigenous peoples, including traditional medicine, they are violated by state action. Epidemiological accumulation, and a progressive rise in morbidity and mortality from chronic and degenerative diseases, due to poor nutrition and abandonment of the traditional diet. In these cases, traditional medical systems and cultural care, play a very important role in the

prevention and healing of health, as they are better suited to the conceptions of ethnic groups. The article is part of projects funded by the National Autonomous University of Mexico, which explores the need to discuss the problems of indigenous peoples and intercultural health.
Keywords : care; interculturality; health; marginality; indigenous

Introducción

Ante la problemática de salud que enfrentan las poblaciones indígenas y la necesidad de preparar recursos humanos en salud, especialmente enfermeras para la atención segura y con tinte cultural a estas comunidades, nos dimos a la tarea de hacer una revisión de la literatura y contrastarla con las experiencias de campo que hemos tenido en la Sierra Norte de Puebla, Malinalco, Estado de México y en comunidades de la Sierra de Guerrero entre otras, en donde hemos tenido contacto con terapeutas tradicionales para inducir a las alumnas y alumnos de enfermería a que se familiaricen con las terapéuticas tradicionales y los cuidados culturales a la salud[1].

Según el Instituto Interamericano de Derechos Humanos (2006) y desde el punto de vista de la doctrina de los derechos humanos, el acceso a la salud puede ser considerado en sí mismo como un derecho garantizado en el ordenamiento internacional y en el orden interno. Sin embargo, el acceso de los pueblos indígenas al sistema de salud oficial, que dice ofrecer cuidado de la salud integral y con un enfoque intercultural que atiende las diferencias culturales en cuanto a la percepción de lo que es salud-enfermedad-cuidado, es todavía un asunto que está pendiente de resolver.

Además de las dificultades generales de acceso a la salud, este sector acumula una serie de dificultades adicionales, derivadas de su marginalidad económica, política y social; entre todas ellas, destaca la falta de adecuación de los sistemas de salud nacionales a las características lingüístico-culturales de estos pueblos, así como a las dinámicas sociales específicas y diversas de los mismos (IIDH 2006,10) ya que la resistencia al cambio por parte de los trabajadores de la salud, en especial los médicos es muy fuerte.

Por otro lado, por parte de la medicina oficial y hegemónica, no existe un reconocimiento de la existencia de los sistemas de salud indígenas, a pesar de que las propuestas de las organizaciones indígenas en varios países han incorporado, desde hace tiempo las demandas de reconocimiento y respeto de sus derechos en esta área (Ídem) y a pesar de que se reconoce la multietnicidad y pluriculturalidad de las sociedades de la región, así como los derechos individuales y colectivos de los pueblos indígenas, tales como el idioma, la colectividad de la tierra, el derecho consuetudinario, el autogobierno, los recursos naturales, la medicina tradicional, entre otros, los derechos de los pueblos indígenas son vulnerados, en no pocas ocasiones por la actuación del Estado, por los permisos que éste ha dado a las empresas transnacionales que impulsan proyectos de inversión en territorios indígenas, como las industrias extractivas, industrias que enajenan las fuentes hídricas, la bioprospección y los megaproyectos, que resultan lesivos para el disfrute de una salud integral, abarcadora del bienestar biológico, el psicológico, el social y el espiritual del individuo y de la comunidad, en condiciones de equidad (Ídem).

De esa manera resulta que el perfil epidemiológico de los pueblos indígenas está asociado a altos índices de pobreza, desempleo, analfabetismo, migración, falta de tierra y territorio, destrucción del ecosistema, alteración de la dinámica de vida, aislamiento geográfico y marginación. Estos factores estructurales

Generado automáticamente con el visor de <JATS>Studio a partir de XML-JATS. Un aporte gratuito a la academia

determinan que las necesidades básicas de los pueblos originarios no puedan ser satisfechas, y entonces vemos que la mortalidad materna, la mortalidad infantil, la malaria, la tuberculosis, el VIH/SIDA, los problemas asociados a la falta de acceso a los servicios básicos, salud, agua, vivienda y saneamiento básico, junto a problemas de seguridad alimentaria y salud mental, entre otros, están presentes en la mayoría de las comunidades originarias (OPS 2004, 9) no solo de México sino de América Latina.

De esa manera, los logros en el campo de la salud, que muchos de nosotros disfrutamos, resultan aún insuficientes para garantizar el pleno disfrute del derecho que los pueblos indígenas tienen a una salud integral e intercultural (Ídem)

La ausencia de resultados en este tenor, en la mayoría de los países ha hecho que la agenda política internacional sobre desarrollo se centre en la reducción de la brecha de la pobreza, sin embargo, ésta únicamente se puede alcanzar a través de un aumento de la equidad, ya que para superar los rezagos de aquellos grupos poblacionales, no se deben delimitar las medidas únicamente en las correcciones de los mercados de trabajo, sino también atacar las asimetrías en el acceso a los servicios de educación y de salud, así como de representación política (Torres 2001).

Ahora bien, el concepto de desigualdad social en salud puede ser visto desde dos perspectivas: a) una perspectiva conceptual, en tanto que representa una forma de abordar la realidad sanitaria y b) una perspectiva ética, cuando la discusión se centra en la evaluación moral de las diferencias en condiciones de vida y de salud que existen entre los grupos étnicos y sociales (Ortiz Hernández s/f).

Desde este punto de vista la desigualdad social puede ser concebida como un factor que limita el goce pleno de los derechos humanos de varios sectores de una sociedad (Krieger 2001, 668-77) en especial los pueblos originarios, que poseen formas de vida diferentes a la cultura nacional, y desarrollan en el campo de la salud/enfermedad cuidados de características culturales, que son rechazados y mal entendidos por la estructura de salud hegemónica del país.

Uno de los mayores problemas son las diferencias de pensamiento a cerca de la lógica de la salud-enfermedad, ya que la concepción de los pueblos indígenas respecto a la salud está ligada a una perspectiva integral del mundo, a una cosmogonía, y como consecuencia, se prefiere definir la salud en términos de un bienestar integral que incorpora necesaria y absolutamente la dimensión espiritual. De esta manera, el concepto de “salud integral” o "salud holística" abarca el bienestar biológico, el psicológico, el social y el espiritual del individuo y de su comunidad, en condiciones de equidad. (Instituto Interamericano de Derechos Humanos 2008, 10)

Por otro lado, la salud se concibe como una necesidad básica de cualquier ser humano ya que es un requisito para que los individuos puedan alcanzar las metas que su grupo y su comunidad consideran válida y deseables, para tener una participación exitosa en la vida social (Doyal y Gough 1992) por lo tanto la desigualdad social en salud implica un acto inmoral e injusto, ya que varios sectores de la sociedad no pueden cubrir esa necesidad básica (Ortiz Hernández s/f).

La OMS definió la salud como un “estado de salud de completo bienestar físico, mental y social” a mediados del siglo XX, el sistema hegemónico de salud retomó éste punto de vista desde el cual se comenzó a querer integrar como único el enfoque biomédico-tecnológico de la medicina, junto con el "análisis" del contexto social, sin embargo todo ello se ha quedado en el mero discurso por el entramado económico y político dominante que no permite la crítica social ni el cambio social de las estructuras.

Generado automáticamente con el visor de <JATS>Studio a partir de XML-JATS. Un aporte gratuito a la academia

Aunque políticamente se reconoció que los factores sociales tenían un terrible impacto en la salud de los pueblos originarios, hubo obstáculos muy grandes para poder aplicarlo, por lo que solamente se favoreció un enfoque basado en la aplicación de las tecnologías de la salud (OMS 2005). Por ello las acciones de salud pública han estado caracterizadas por la proliferación de programas verticales y campañas limitadas de poco alcance, en las cuales la tecnología está enfocada a tratar enfermedades específicas como la malaria, la viruela o la tuberculosis (Agudelo y Romero 2011).

En muchas partes del mundo los modelos médicos dominantes y de salud pública no satisfacen las necesidades más urgentes de las poblaciones originarias que se encuentran en extrema pobreza y desprotegidas, ello promovió que algunos líderes latinoamericanos, de países asiáticos y africanos, unieran esfuerzos para elaborar programas de salud comunitarios, lo que los hizo pioneros en este campo. Sin embargo, los modelos creados, contravenía los programas verticales de los gobiernos y la participación de las comunidades afectadas por la pobreza y la enfermedad. Estos nuevos programas permitían trabajar con estrategias comunitarias tradicionales, según la región, y poco a poco comenzaron a impactar en la mejora de las condiciones de vida y salud de estas poblaciones (Ídem). A pesar de que en varios países estas estrategias mostraron resultados halagadores, las grandes potencias favorecieron el enfoque clínico fortaleciendo el modelo de factores de riesgo, aunque varios autores comenzaron a resaltar las limitaciones de la causalidad, ya que se basa en intervenciones sanitarias orientadas al riesgo individual de enfermar y no evalúa las condiciones de salud de los colectivos (Ídem) y a pesar de sus limitaciones, este enfoque ha permanecido en el sistema de salud hasta la fecha en muchos países, y en especial en América Latina.

Las desigualdades en salud fueron objeto de gran atención en los años setenta y mediados de los ochenta del siglo XX, cuando surgió la corriente política y económica del neoliberalismo, que ha dominado a los organismos financiadores Internacionales FMI y Banco Mundial. Estos a su vez, condicionaron la salud de los pueblos con la imposición de medidas de recortes económicos en la salud y educación, con ello los Estados se retrajeron de sus obligaciones y dejaron que los mercados se autorregularan, con la única obligatoriedad de que era necesario realizar acciones que impactaran la salud a bajo costo y a corto plazo. En esa década el enfoque de Atención Primaria en Salud aún no había impactado y no estaba produciendo los esperados cambios en la salud de las poblaciones pobres. Los sectores políticos argumentaron que aplicarla era muy costoso, y también utópico, y entonces aplicaron la APS selectiva, focalizando los recursos existentes en las enfermedades con mayor morbimortalidad de sus respectivos países, pero esta modalidad eliminó las dimensiones sociales y políticas de la visión original de la Atención Primaria a la Salud (OMS 2005).

Los Gobiernos, comenzaron a aplicar la APS selectiva y ajustaron la inversión en salud y educación, por la preocupación sobre la eficiencia y sostenibilidad de los sistemas sanitarios y las políticas de salud impulsaron procesos de reforma con estas orientaciones (Gwatkin 2000, 317) y como consecuencia esto ha llevado al detrimento de las condiciones de vida y salud de las poblaciones latinoamericanas, en especial los grupos indígenas y los marginados.(Gómez-Arias 2009). Entonces se convirtió en una paradoja, pues frente al incremento de las desigualdades en salud, la mayoría de los gobiernos del continente americano desarrollaron estrategias para favorecer la eficiencia y la sostenibilidad financiera, mediante mecanismos de mercado, aunque ello impactará negativamente el logro de la equidad (Linares y López Arellano 2008, 247).

Generado automáticamente con el visor de <JATS>Studio a partir de XML-JATS. Un aporte gratuito a la academia

Este modelo y su impacto en la salud fueron grandemente cuestionados, así como el retraimiento de la OMS de su papel rector y por ello el organismo inició diversas iniciativas mayores para explorar los nexos cercanos entre las condiciones socio-económicas y de salud, y para proponer políticas con el fin de disminuir las inequidades en salud y mejorar la calidad de vida de las poblaciones en donde las inequidades sociales en salud, que son principalmente la pobreza y la privación absoluta y relativa, son grandes temas de investigación y de debates políticos tanto en los países desarrollados como en los que se encuentran en vías de desarrollo.

En la actualidad el proceso de globalización está impactando con mayor fuerza en la calidad de vida de las mayorías y lo vemos en el incremento acelerado de la pobreza, la profundización de las desigualdades económicas y políticas, el deterioro ecológico sin control, y su alto impacto en la salud que abre cada vez más la brecha socio-sanitaria (López, Escudero y Carmona 2008, 323-24).

Organizaciones como la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES) y la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS), investigaron las determinantes sociales de la salud e hicieron propuestas acerca del modo en las que éstas actúan entre sí. Las investigaciones demostraron también el impacto que el “progreso” ha tenido sobre el deterioro de la calidad de vida y el estado de salud de los pueblos originarios, y proponen a futuro el movimiento mundial en favor de la equidad sanitaria (Martínez y Marset 1997, 4).

Basados en las evidencias que han surgido de diversos estudios, propusieron programas de cambio social con tintes interculturalistas, por la necesidad de movilizar a la sociedad para superar las inequidades sociales y las injusticias, yendo más allá de las acciones técnicas dirigidas a atenuar los estragos de la inequidad social y la injusticia. Los programas de cambios sociales que proponen tienen la finalidad de posibilitar el derecho humano a la salud, como una contraparte ante los incontables casos de enfermedad y muertes innecesarias en el mundo de la actualidad (López, Escudero y Carmona 2008).

Es claro que la mayor parte de las veces, las inequidades no solamente se originan por los defectos en el sistema de cuidado de la salud, ni tampoco por variaciones en la susceptibilidad genética, sino más bien por las circunstancias socioeconómicas, socio-ambientales y culturales tan amplias, diversas y desfavorables en las cuales la gente lleva a cabo su vida cotidiana. Por ello, las “mejoras” en la salud de la población propuestas por los gobiernos, solo podrían suceder si se focalizan de esta manera las determinantes sociales de la salud, ya que cualquier otra intervención será poco sistemática y no impactará a largo plazo sobre las causas.

La medicina social y la salud colectiva latinoamericana (MS y SCL) pretenden explicar que la sociedad capitalista tiene una forma de propiedad, poder y división del trabajo, de producción y reproducción, que provocan diferencias abismales entre la calidad de vida de las distintas clases sociales, de género y pertenencia étnica, en sus relaciones hegemónicas con la cultura dominante. Estas diferencias tienen impacto directo en las condiciones de vida que se expresan en los perfiles de salud-enfermedad y atención. Además de que los individuos y las colectividades crean un conjunto de significados de salud, enfermedad, vida y muerte que se materializan en prácticas culturales de cuidados a la salud, y éstas últimas entran en interacción y contradicción con las condiciones de vida de colectividades e individuos, afectando positiva o negativamente la salud (Ídem).

La pobreza se ha acentuado durante la última década del siglo XXI, afectando con mayor fuerza a sectores específicos de la población como los pueblos indígenas que presentan un déficit histórico respecto de sus posibilidades de integración social y acceso a los beneficios económicos (CEPAL 1997).

Generado automáticamente con el visor de <JATS>Studio a partir de XML-JATS. Un aporte gratuito a la academia

La discriminación étnico-racial actual, heredada del colonialismo hispano-criollo, es la expresión con que se manifiestan formas renovadas de exclusión y dominación, constituyendo un verdadero "colonialismo interno" que contradice el mito de una integración real. En muchos sentidos la situación actual de los pueblos indígenas y afro-descendientes, no es comparable a la de unas décadas atrás, en donde un porcentaje mayoritario residía en zonas rurales y eran vistos por el Estado como campesinos pobres, que subsistían en amplias áreas y territorios indígenas, las denominadas tierras ancestrales, pero, en la actualidad, la pobreza ha impulsado la migración hacia las ciudades y ello ha creado nuevas áreas de residencia, en las que habitan grandes conglomerados humanos indígenas de origen rural, así como las descendencias sucesivas de las migraciones más antiguas. De esta manera, el espacio urbano se ha transformado en el nuevo escenario para el despliegue de la diversidad cultural, pero también de la desigualdad social.

Las comunidades indígenas albergan en toda su magnitud lo que se conoce con el nombre de acumulación epidemiológica, en la cual persisten y se agudizan los problemas de salud relacionados con las carencias de la población en lo que a necesidades básicas se refiere, siendo este el caso, en primer lugar, de las enfermedades transmisibles y carenciales. A su vez se evidencia un ascenso progresivo de la morbilidad y mortalidad por enfermedades crónicas y degenerativas, especialmente las cardiovasculares y el cáncer, por la mala nutrición, el consumo de comida chatarra y el abandono de la dieta tradicional y se suman los problemas de salud colectiva, relacionados con la urbanización, la industrialización y la expansión de los efectos de la sociedad de consumo. En este caso se hace referencia a la violencia reflejada en el aumento exponencial de suicidios, homicidios y accidentes, el alcoholismo, la fármacodependencia y la contaminación, el deterioro y la destrucción del ambiente, así como la exposición a diversos residuos tóxicos en los ambientes ocupacionales y en la población en general (Rojas 2005, 5-6).

También junto a los mecanismos de ubicación y costos existen otros mecanismos de exclusión relacionados con la lengua y los valores culturales. La cosmovisión de la salud y la etiología de la enfermedad forman parte de las creencias y ellas varían para cada grupo étnico. Para algunos de esos grupos originarios las enfermedades pueden ser causadas por seres humanos con fuertes poderes, por fuerzas sobrenaturales, por accidentes, excesos, o deficiencias. Estas creencias pueden crear reticencia para acudir a los servicios basados en la medicina científica (Torres 2001, 25; Torres-Parodi y Bolis 2007, 405-16).

En cuanto al perfil de salud de la mujer indígena, se suman aquellos problemas derivados de su función reproductiva, y se agrava ante su situación de discriminación por ser mujer, por pertenecer a una etnia y en no pocos casos por ser analfabeta y monolingüe. Entre los problemas más comunes que la afectan están: embarazos en edades tempranas, complicaciones del embarazo y parto, anemia ferro priva, abusos sexuales, violencia, entre muchos otros problemas (Rojas 2005, 5-6).

Por lo mismo, la población indígena tiene una baja utilización de los servicios de salud y la subutilización de los recursos tanto humanos como físicos, en todos los países de América Latina. Esto es una realidad que todavía no ha sido cuantificada porque la mayoría de los países de la Región no incluyen la variable étnica en sus sistemas de información, sin embargo, los datos disponibles hacen pensar que la población indígena es uno de los sectores más afectados (Ídem).

Generado automáticamente con el visor de <JATS>Studio a partir de XML-JATS. Un aporte gratuito a la academia

Hallazgos

De testimonios y de algunos datos investigados, en la Sierra Norte de Puebla, Malinalco, Estado de México y Sierra de Guerrero, lugares a los que se ha acudido a hacer trabajo de campo etnográfico, se puede deducir que existen además problemas por el aislamiento geográfico, la pobreza y otros asociados con el contexto sociocultural de la población, como son las barreras geográficas, económicas y culturales que impiden el acceso de la población indígena a una atención de calidad. Nuestro estudio coincide en varios puntos con los realizados por otros académicos en años anteriores, y la situación no ha cambiado, al menos en los últimos 15 años.

Además, existen barreras organizacionales al interior de los servicios, como aquellas relacionadas al desempeño del personal de salud, los horarios de atención, la disposición física, los procedimientos técnicos utilizados en los servicios públicos de salud, el lenguaje, comunicación, valores y creencias, formas de vida y organización del tiempo. Cada una de estas manifestaciones representan la incongruencia entre los paradigmas utilizados en la organización y provisión de servicios públicos de salud en poblaciones multiculturales y las diferencias entre las culturas (Ídem).

La mayoría de los análisis sobre el tema que están disponibles, se basan en indicadores demográficos, socioeconómicos, de mortalidad, morbilidad, recursos, acceso y cobertura que no permiten visualizar las potencialidades individuales y colectivas de estos pueblos, como son las culturales y lingüísticas, organizativas y de liderazgo, junto al cumplimiento de principios éticos comunitarios basados en la reciprocidad y respeto y conocimientos ancestrales han conformado mecanismos de sobrevivencia, ya que desde los pueblos indígenas se cruza la doble demanda de igualdad: el reclamo de sus derechos civiles y la eliminación de todas las formas de discriminación; así como la demanda por el reconocimiento de la diferencia, a través de la búsqueda de su identidad (Ídem).

En estos casos los sistemas tradicionales de medicina y los cuidados culturales juegan un papel muy importante en la prevención y curación de la salud, ya que se adaptan mejor a las concepciones de los grupos étnicos. Los curanderos, yerbateros, parteras y otros especialistas tradicionales, que curan mediante rituales comunitarios, prácticas adivinatorias o médicas, a través de la utilización de plantas medicinales, purgas y masajes, entre otros (Torres 2001, 25), son la esperanza de estos grupos originarios. En este punto especificamos que la medicina tradicional debe entenderse como un sistema en sí mismo, que está ligado al sistema de salud global de cada país. Sin embargo, la lógica de operación de la medicina tradicional y su cosmovisión suele ser distinta y discriminada en los sistemas institucionales de salud y, en muchas ocasiones, su papel como alternativa de provisión de atención de salud tiende a ser subestimado por los tomadores de decisiones del sistema formal. Frecuentemente no se le considera como parte de los sistemas de salud y se le ubica en el ámbito de la “magia” o del “mundo primitivo” y hasta se niega su existencia. Y se ataca a quienes la practican.

En términos generales, y desde la perspectiva que plantean la OMS y el Instituto Interamericano de Derechos Humanos de la OPS, se entiende por medicina tradicional “[…] el conjunto de todos los conocimientos teóricos y prácticos, explicables o no, utilizados para diagnóstico, prevención y supresión de trastornos físicos, mentales o sociales, basados exclusivamente en la experiencia y la observación y transmitidos verbalmente o por escrito de una generación a otra. Puede considerarse también como una firme amalgama de la práctica médica activa y la experiencia ancestral” (OPS 1978, 8).

Generado automáticamente con el visor de <JATS>Studio a partir de XML-JATS. Un aporte gratuito a la academia

Discusión

Se concibe a la medicina tradicional como un sistema, en tanto que posee un complejo de conocimientos, tradiciones, prácticas y creencias; además porque dichos componentes se estructuran de manera organizada a través de sus propios agentes, que son los especialistas terapeutas, como las parteras, los promotores, los sobadores, los hueseros, etc., que poseen sus propios métodos de diagnóstico y tratamiento, y sus propios recursos terapéuticos como lo son las plantas medicinales, animales, minerales, y porque existe población que confía en ella, la solicita y la practica. En este concepto abierto caben una diversidad de tradiciones médicas de origen diferente al de los pueblos indígenas originarios de toda América Latina. Además, nos referiremos a la especificidad de la medicina indígena como “medicina indígena tradicional”, que se diferencia de otras tradiciones presentes en la llamada "medicina popular" (IIDH/OPS 2006) principalmente de tradición campesina, o de la medicina alternativa y complementaria que tiene otro origen.

En especial son aquellas prácticas médicas que han tenido su origen en los espacios geográficos y sociales de los pueblos indígenas, y que surgieron antes de la colonia, y/o en el proceso de colonización, cuyos conceptos y metodologías terapéuticas se basan en la historia, la cosmovisión y la identidad cultural indígena. Esto no significa que no se hayan modificado en el tiempo, incorporando elementos conceptuales, médicos y terapéuticos de las diferentes sociedades que los han dominado (Page 1995).

La medicina occidental no ha querido asumir que los pueblos originarios tienen conceptos de salud-enfermedad diferentes, no individualistas sino colectivos, frente al cual el sistema de salud oficial no cuenta con los códigos necesarios para entender la etiología atribuida a las enfermedades, ni su asociación a múltiples factores espirituales, comunitarios y ambientales. Ello ha hecho que se considere indispensable, reconocer que ningún sistema médico es capaz de satisfacer por sí solo todas las demandas de salud que presenta una población, y por tanto para comprender ciertos fenómenos, el modelo oficial no es el único deseable y válido (Hasen 2012) y por lo tanto se necesita la convergencia y complementariedad de varios modelos de atención.

En el año de 2001 la OMS adopta la resolución de considerar a la medicina tradicional como una estrategia prioritaria para extender la cobertura de los servicios y las autoridades de salud convinieron en establecer una década para su desarrollo (Chatora 2003, 4-7 citado en Torres y Bolis 2003, 405-16).

En las medicinas tradicionales, aunque las curas de hierbas y los tratamientos espirituales varían dependiendo de la cosmovisión de la comunidad que la practica, una de las cosas que tienen en común es que la mayoría de ellos han sido desarrollados a lo largo de los siglos y son prescritos y utilizados con mucha confianza por su población (IIDH-OPS 2008, 18-9). De esa manera, vemos que lejos de desaparecer, la medicina indígena ha resurgido y está ganando su lugar ya que ha servido para paliar las desigualdades sociales y el escaso acceso a la medicina institucional de estas poblaciones originarias.

Consideramos que es necesario explorar el peso de segregación y discriminación realizada por los propios servicios con personas que pertenecen a las minorías. Esta es una causa menos explorada en los estudios disponibles, pero es factible que el sistema de salud reproduzca también estereotipos que existen en la sociedad en general, y que, por esta vía, fortalezca la discriminación, o genere un incremento de esta (Torres 2001, 25) y por esta razón las personas que pertenecen a los grupos étnicos

Generado automáticamente con el visor de <JATS>Studio a partir de XML-JATS. Un aporte gratuito a la academia

ya mencionados eviten asistir a los consultorios médicos. En determinados países se constata que existen restricciones para la asistencia a la consulta médica por parte de las jóvenes mujeres de origen indígena y también hay una baja institucionalización del parto, debido a causas culturales.

Sin embargo, los sesgos en el tratamiento de las personas pertenecientes a minorías pueden corregirse trabajando sistemáticamente al interior de las instituciones a través de la formación cultural del personal de salud, especialmente las enfermeras, ya que son ellas las que están en contacto directo con las personas que solicitan los servicios de salud y además porque las causas no están aparentes sino ocultas y se amparan en facetas poco explícitas del orden social establecido, por ello es al personal de enfermería que corresponde desarrollar con más amplitud todos aquellos conocimientos acerca de los cuidados culturales para prestar un cuidado de calidad a las personas.

Generado automáticamente con el visor de <JATS>Studio a partir de XML-JATS. Un aporte gratuito a la academia