

Artículos atravesados por (o cuestionando) la idea del sujeto -y su género- como una construcción psicobiológica de la cultura.  
Articles driven by (or questioning) the idea of the subject -and their gender- as a cultural psychobiological construction.  
Vol. 8 (2023), enero-diciembre  
ISSN 2469-0783

## **LA SALUD INTERCULTURAL COMO COMPLEMENTO DE LA MEDICINA OCCIDENTAL EN MÉXICO**

INTERCULTURAL HEALTH AS A COMPLEMENT TO WESTERN MEDICINE IN MÉXICO

**Juana Rodríguez Pacheco** juanarod2009@hotmail.com  
Universidad Autónoma Indígena de México.

**Israel Osuna Flores** israelosunaflores@hotmail.com  
Universidad Autónoma Indígena de México.

**Cómo citar este artículo / Citation:** Rodríguez Pacheco, J. & Osuna Flores, I. (2023). La salud intercultural como complemento de la medicina occidental en México. *Revista Científica Arbitrada de la Fundación MenteClara*, Vol. 8 (344).  
DOI: <https://doi.org/10.32351/rca.v8.344>

**Copyright:** © 2023 Revista Científica Arbitrada de la Fundación MenteClara. Este artículo de acceso abierto es distribuido bajo los términos de la licencia [Creative Commons Attribution 4.0 International License \(CC BY 4.0\)](#).  
Recibido: 10/09/2023. Aceptado: 12/09/2023 Publicación online: 15/09/2023

**Conflicto de intereses:** Ninguno que declarar.

### **Resumen**

El objetivo del presente trabajo es analizar los factores que han provocado la falta de complementariedad entre la medicina tradicional y la occidental, para coadyuvar a enriquecer y alentar la interacción y comprensión entre estas dos importantes áreas del conocimiento médico. Se llevó a cabo una revisión bibliográfica y documental sobre aspectos de salud intercultural en general y en particular en México. La salud intercultural es el resultado de la complementariedad del sistema de salud occidental y tradicional milenario de los pueblos y comunidades indígenas y afro mexicanas. Se requiere de una mayor interacción entre la medicina occidental e indígena y unos de los factores que frenan la complementariedad son la comunicación, reconocimiento de la diversidad lingüística y la falta de capacitación de los profesionales de salud que inciden en la atención a la salud en estas comunidades marginadas. Se tiene que seguir alentando la interacción entre estas dos importantes áreas del conocimiento médico en México.

## **Abstract**

The objective of this paper is to analyze the factors that have caused the lack of complementarity between traditional and western medicine, to help enrich and encourage interaction and understanding between these two important areas of medical knowledge. A bibliographical and documentary review was carried out on aspects of intercultural health in general and in particular in Mexico. Intercultural health is the result of the complementarity of the western and traditional millenary health system of indigenous and Afro-Mexican peoples and communities. Greater interaction between Western and indigenous medicine is required and some of the factors that hinder complementarity are communication, recognition of linguistic diversity and the lack of training of health professionals who influence health care in these marginalized communities. The interaction between these two important areas of medical knowledge in Mexico must continue to be encouraged.

**Palabras Claves:** Interculturalidad; salud; complementariedad; indígenas; afro mexicanos

**Keywords:** Interculturality; health; complementarity; indigenous; Afro-Mexicans

## 1. Introducción

La salud intercultural es la complementariedad entre dos sistemas de salud -institucional y tradicional-, cuyo objeto en común es enfrentar a la enfermedad y mejorar la salud en zonas con presencia indígena. (Aguirre-Beltrán, 1996), por otra parte la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud (OPS-OMS, 1998), toma en cuenta las interacciones equitativas, respetuosas de las diferencias políticas, sociales y culturales, etarias, lingüísticas, de género y generacionales que se producen y reproducen en diferentes contextos y diferentes culturas, pueblos y etnias para construir una sociedad más justa.

Por otra parte la interculturalidad plantea la interacción entre la medicina tradicional indígena y la occidental, a fin de que se complementen para resolver problemas de salud por medio del logro de una mayor receptividad de los pueblos originarios, a la atención brindada por las instituciones de salud y un trato más humano y eficiente de los profesionales de la salud hacia estas poblaciones, incluyendo conocimientos y prácticas indígenas de atención a la salud (Mignone *et al.*, 2007) (OPS, 2008) (Cueva y Roca, 2011) (Almaguer-González, Vicente-Vargas y García-Ramírez, 2014) (Stivanello, 2015) (Eroza-Solana y Carrasco-Gómez, 2020).

Latinoamérica cuenta con países que tienen una importante cantidad de pueblos originarios, entre ellos México, que es uno de los de mayor importancia pluricultural e indígena; presenta una amplia diversidad poblacional con 15,7 millones de indígenas (hablantes y auto adscritos) que hablan 65 idiomas diferentes (INEGI, 2011).

La introducción de la salud intercultural en México data ya de varias décadas atrás, desde la década de los cuarenta cuando surge la

antropología médica como campo disciplinar de la antropología social, donde se reconoce a la salud intercultural como un tema de dominio público. La cual busca desde entonces indagar las causas de la desigualdad en salud entre los pueblos indígenas y el resto de la población a fin de mejorar las condiciones de vida a través de la aplicación de programas socio sanitarios a bajo costo (Lerin, 2004).

La medicina ancestral es considerada parte de la cultura y los usos y costumbres de los pueblos indígenas desde épocas milenarias en todo el mundo y en México utilizada ya desde tiempos precoloniales; con la llegada de los Españoles es como empieza la introducción de lo que ahora se ha dado por llamar la medicina alópata, biomédica u occidental. El avance y aplicación de este tipo de medicina ha sido difícil por lo arraigado de los usos y costumbres de los pueblos originarios y sus creencias, aunado también a las barreras de comunicación, a la carencia de un sistema de registro de hechos vitales y sanitarios que reconozca la diversidad etnolingüística del país, falta de profesionalización por médicos especializados en temas indígenas e interculturales y por cuestiones presupuestarias. (Zolla y Zolla, 2004) (Almaguer- González, 2007) (Haro-Encinas y Martínez-Coria, 2015).

El objetivo del presente trabajo es analizar los problemas y causas que han provocado la falta de complementariedad entre estos dos tipos de medicinas -la tradicional y la occidental-, con el objeto de coadyuvar a enriquecer y alentar la interacción y comprensión entre estas dos importantes áreas del conocimiento médico.

## **2. Material y métodos**

Para la realización de este trabajo se llevó a cabo una revisión bibliográfica y documental en donde fueron tomados en cuenta los

trabajos relacionados a la salud intercultural en general y particular en México.

### 3. Antecedentes de la salud intercultural en México

En la Tabla 1, se describen los antecedentes históricos de la salud intercultural en México del año de 1938 al 20223.

Tabla 1. Datos históricos sobre la salud interculturalidad en México.

Año	Antecedente	Autor
1938	En 1938, en el congreso de medicina rural de San Luis Potosí, Othón de Mendizábal llamó la atención respecto de los daños a la salud tan dramáticos de la población indígena y buscó impulsar acciones para abatir tal rezago con la formación de médicos rurales (Aguirre Beltrán, 1996). Robert Redfield, en Tepoztlán, impulsó los estudios de comunidad, propuso un diálogo entre la medicina local y la occidental y creó una clínica de salud ante la ausencia de médicos titulados.	Aguirre-Beltrán, 1996

<p>1940</p>	<p>En 1940, a partir del I Congreso Indigenista Interamericano, al reconocerse de manera oficial el surgimiento de la antropología médica, se inician las grandes acciones del enfoque intercultural en salud.</p> <p>Su importancia comienza a destacar hacia la década de 1940, cuando surge la antropología médica como campo disciplinar de la antropología social</p>	<p>(OPS-OMS, 1998).</p>
<p>1951</p>	<p>En 1951 se crea en la zona de los Altos de Chiapas el Centro Coordinador Indigenista de la Región Tzeltal-Tzoltzil, para impulsar la educación, la salud y la economía</p>	<p>(Aguirre-Beltrán, 1996)</p>
<p>1954</p>	<p>En 1954, el doctor Aguirre Beltrán inaugura la cátedra de antropología en la Escuela de Salubridad del Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales y publica su</p>	

	<p>libro <i>Programas de salud en la situación intercultural</i>, reimpresso</p> <p>Por el IMSS en 1980 como parte del programa IMSS Coplamar.</p>	
1960	<p>Estas experiencias fueron muy importantes en la década de 1960, cuando se realizaron las grandes acciones del Estado indigenista</p>	Lerín -Piñón (2004)
1970-1980	<p>Durante las décadas de 1970 y 1980 se realizaron grandes acciones en salud dirigidas a las comunidades indígenas y rurales, en las que la orientación intercultural fue apropiada parcialmente y no siempre de la mejor manera por el personal de salud, tales son los casos de los programas: INI-Coplamar (1977-1982),</p>	Lerín- Piñón (2004)
1990	<p>1990 cuando, en pleno apogeo neoliberal, se comenzó a impulsar estrategias selectivas con el objetivo de obtener un</p>	Lerín- Piñón (2004)

	<p>alto impacto con poca inversión en materia de salud. Éstas siguen vigentes, más que nunca antes, en el presente sexenio.</p>	
<p>1996-2002</p>	<p>Programa de Ampliación de Cobertura (PAC) (1996-2000) y Programa de Salud, Educación y Alimentación (Progresá) (2000).</p> <p>En agosto de 2002 la Secretaría de Salud, a través de la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud, crean la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural, con el objetivo de:</p> <p>Definir e impulsar la política intercultural en la oferta de los servicios institucionales, con una visión acorde con las expectativas de la sociedad en un marco de respeto y promoción de los derechos humanos, la perspectiva de género y una visión innovadora que promueve la interrelación con la</p>	<p>Lerín -Piñón (2004)</p>



	<p>medicina tradicional mexicana y las denominadas Medicinas Complementarias, presentes en las preferencias de la sociedad</p>	
<p>2001-2006</p>	<p>El programa presenta modificaciones trascendentes, convoca a que se tomen en cuenta los diferentes aspectos biológicos, psicológicos, sociales, económicos, culturales y de género de los pueblos indígenas, así como sus modalidades de organización social, factores todos ellos importantes en el mantenimiento o pérdida de la salud.</p> <p>La licitación fue ganada por la asociación civil llamada Yolpahtli: Servicios de salud con calidad intercultural en pueblos amerindios. Encabezada por el Dr. Roberto Campos y de la cual formé parte; capacitamos al personal de la Secretaría de Salud, de algunas de las entidades que</p>	<p>Secretaría de Salud (2018); Paulo-Maya, A y Cruz- Sánchez, M. (2018).</p> <p>Campos, Peña y Paulo, 2017).</p>

	<p>concentraban población indígena entre el 2003 y 2004.</p> <p>En el año 2006 se incorpora a la Ley General de Salud el concepto de “medicina tradicional indígena”; en el artículo sexto se menciona que se debe promover el conocimiento y desarrollo de la medicina tradicional indígena y su práctica en condiciones adecuadas</p>	
<p>2001-2018</p>	<p>Sumado a lo anterior, y teniendo como base lo establecido en los Planes Nacionales de Desarrollo: 2001-2006, 2007-2012, y 2013-2018, se planteó una política intercultural dirigida a “mejorar la calidad interrelacionada de los servicios con la clara promoción de adecuaciones interculturales en la operación de los servicios de salud y en el diseño de los espacios de</p>	<p>Paulo-Maya y Cruz-Sánchez, M. (2018).</p>

	<p>atención, para favorecer la sensibilidad cultural en una sociedad con características multiculturales como la nuestra”. En el Plan vigente, el sustento de esta política de interculturalidad se encuentra en la Meta de un México incluyente y el Objetivo de “asegurar el acceso a los servicios de salud”; en su estrategia 2.2.3 en el que se propone fomentar el bienestar de los pueblos y comunidades indígenas.</p>	
2023	<p>Considerando la diversidad cultural y epidemiológica de las poblaciones indígenas de México, se impulsa un Modelo Intercultural de Atención a la Salud que basa su intervención en 4 estrategias: Acceso, Visibilidad, Trato con dignidad y Empoderamiento.</p>	<p>Secretaria de Salud (2023)</p>

#### **4. Aspectos legales sobre la atención a pueblos originarios en México**

De La Ley General de Salud (DOF: 29/05/2023) se rescatan algunos aspectos importantes respecto a la protección a las minorías entre ellas indígenas y afro mexicanas en las que se establece:

Artículo 6 *“Impulsar el bienestar y el desarrollo de las familias y comunidades indígenas que propicien el desarrollo de sus potencialidades político sociales y culturales; con su participación y tomando en cuenta sus valores y organización social” y “Promover el conocimiento y desarrollo de la medicina tradicional indígena y su práctica en condiciones adecuadas”*

El Artículo 10. *“La Secretaria de Salud promoverá la participación, en el sistema nacional de salud, de los prestadores de servicios de salud, de los sectores público, social y privado, de sus trabajadores y de los usuarios de los mismos, así como de las autoridades o representantes de las comunidades indígenas, en los términos de las disposiciones que al efecto se expidan”.*

En el artículo 27 se contempla *“La asistencia social a los grupos más vulnerables y, de éstos, de manera especial, a los pertenecientes a las comunidades indígenas”*

Artículo 51 Bis 1.- *“Cuando se trate de la atención a los usuarios originarios de pueblos y comunidades indígenas, estos tendrán derecho a obtener información necesaria en su lengua”.*

El artículo 54 *“En el caso de las poblaciones o comunidades indígenas las autoridades sanitarias brindarán la asesoría y en su caso la orientación en español y en la lengua o lenguas en uso en la región o comunidad”*

En el artículo 67 *“En materia de planificación familiar, las acciones de información y orientación educativa en las comunidades indígenas*

*deberán llevarse a cabo en español y en la lengua o lenguas indígenas en uso en la región o comunidad de que se trate”*

Artículo 73 Bis, *“Atención prioritaria a la población en situación de vulnerabilidad como las niñas, niños, adolescentes, mujeres, personas adultas mayores, personas con discapacidad, indígenas, afroamericanas, personas en situación de calle y pobreza, migrantes, víctimas de violencia y personas discriminadas por su orientación sexual o su identidad de género”*.

Artículo 93. *“Secretaría de Salud, promoverá el establecimiento de un sistema de enseñanza continua en materia de salud. De la misma manera reconocerá, respetará y promoverá el desarrollo de la medicina tradicional indígena. Los programas de prestación de la salud, de atención primaria que se desarrollan en comunidades indígenas, deberán adaptarse a su estructura social y administrativa, así como su concepción de la salud y de la relación del paciente con el médico, respetando siempre sus derechos humanos”*.

Artículo 185 Bis 2.- *“La educación que promueva el conocimiento sobre los efectos del uso nocivo del alcohol en la salud y en las relaciones sociales, dirigida a la población en general, especialmente a la familia, niñas, niños, adolescentes, jóvenes, mujeres embarazadas, comunidades indígenas y otros grupos vulnerables”*.

Octavo Transitorio. *“La cobertura de los servicios de protección social en salud iniciará dando preferencia a la población de los dos primeros deciles de ingreso en las áreas de mayor marginación, zonas rurales e indígenas, de conformidad con los padrones que para el efecto maneje el Gobierno Federal”*

Por otra parte en julio de 2023 el Senado de la República aprobó reformas y adiciones a la Ley General de Salud, en reconocimiento a los

pueblos y comunidades indígenas y afro mexicanas, para garantizar los derechos en materia de salud para estas minorías vulnerables, con la finalidad de que puedan tener las mismas oportunidades para desarrollarse como individuos productivos dentro de la sociedad.

## **5. La interculturalidad y la salud en los pueblos originarios en México**

La interculturalidad de la salud en México inicia básicamente en 1940 (Aguirre-Beltrán, 1980). Esto fue con la finalidad de incluir en los sistemas de salud un sector de la población vulnerable como son los pueblos originarios indígenas y afro mexicanos que por su lejanía geográfica con los centros de atención de salud tanto y por sus usos y costumbres con su medicina tradicional, temas relacionados con la comunicación lingüística y por la falta de profesionalización en el tema de atención a indígenas y en aspectos interculturales alejaban a esta población de los avances científicos occidentales en materia de medicina en atención a esta población marginal ya sea en caso de urgencia o en atención primaria.

En México, el enfoque intercultural en salud ha sido propiciado y atendido por las agencias gubernamentales de salud, específicamente por la Secretaría de Salud y el ex Instituto Nacional Indigenista, a través de programas de capacitación a parteras, médicos tradicionales, acciones de salud materno-infantil y las ONG (Lerín- Piñón 2004).

Según lo señala Lerín-piñón (2004) La salud intercultural puede ser interpretada de varias maneras, como herramienta útil en los procesos de cambio, como campo para dirimir conflictos y es un reconocimiento de dominio de la cultura médica dominante ante los saberes ancestrales subordinados. Esta interculturalidad es entendida como un proceso,

donde están involucrados las interrelaciones equitativas y respetuosas de las distintas economías y diferencias sociales; entre ellas las culturales, en la cual la salud y la enfermedad, la muerte y el accidente ocupan un lugar preponderante.

La interculturalidad no es tan solo ver la atención de salud a los indígenas o afrodescendientes como tal, sino que también dentro de las comunidades denominadas indígenas en México existen personas mestizas, las cuales aparte de hacer uso de la medicina tradicional acuden a los centros de salud o atención médica de tipo occidental y por lo tanto confluyen pues las prácticas culturales ancestrales de salud de los pueblos originarios y las prácticas culturales de la medicina occidental. Por lo tanto se requiere un equilibrio y entendimiento tanto de los grupos sociales que la conforman como los grupos dedicados la salud, que tienen usos y costumbres diferentes y hablan diferentes lenguas.

La interculturalidad es el entendimiento mutuo entre varias culturas como lo señala Lerín- Piñón (2004) cunado señala que “tratar con el concepto de interculturalidad implica partir de una definición sintética, que refiere al contacto, articulación, conflicto, resistencia y tensión que se generan entre dos culturas que se reconocen”.

La interculturalidad debe ser entendida en tres dimensiones según (Sáenz, 1999).

a) *Interculturalidad como movilización.* Como un Proceso de acercamiento del equipo de salud que convoca a las comunidades y moviliza recursos en la para dar satisfacción a ciertas necesidades de salud

b) *Interculturalidad como gestión*. Integrantes de la comunidad se presentan como facilitadores interculturales para ejecutar acciones en salud.

c) *Interculturalidad como reciprocidad*. Comunidad y el equipo de salud se integran en la búsqueda de una respuesta común.

Por otra parte la interculturalidad en los programas de salud en México y respecto a la definición de la Secretaría de Salud, se define como una relación entre varias culturas diferentes que se lleva a cabo con respeto y horizontalidad; es decir se presenta una relación intercultural equitativa que empodere a las poblaciones vulnerables como a la indígena y afro mexicana, respecto a sus derechos humanos en salud, generando la elevación de su autoestima, dignidad y reconocimiento social. (Secretaria de Salud, 2003) (Paulo-Maya y Cruz Sánchez, 2018).

La política de interculturalidad en salud en México ha sido implementada de manera paulatina por la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural de la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud de la Secretaría de Salud Federal (Paulo-Maya y Cruz Sánchez, 2018).

La política intercultural tienen como meta de un México incluyente y como objetivo asegurar el acceso a los servicios de salud; la cual propone se fomente el bienestar de los pueblos y comunidades indígenas y afro mexicanas (Paulo-Maya y Cruz-Sánchez, 2018).

Según la Secretaría de Salud (2014) y Paulo-Maya y Cruz Sánchez (2018), los objetivos de la incorporación del enfoque intercultural en los programas de salud son:

a) Transferir a la comunidad información, conocimientos, recursos, organización e iniciativas, para que sean aprovechadas en beneficio propio, de acuerdo a su problemática.



b) Promover la satisfacción de las necesidades de la población usuaria.

c) Facilitar que la población participe en la planeación y evaluación de los servicios y programas.

d) Potenciar objetivos comunes y generar acciones conjuntas.

e) Favorecer la igualdad de oportunidades de acceso a los servicios de salud.

f) Fortalecer la oferta de los servicios.

g) Mejorar el impacto clínico y educativo de las acciones.

h) Aumentar la seguridad de las acciones terapéuticas

Los principales factores importantes que enfrenta la salud intercultural en México es el acceso restringido a la información epidemiológica y la aplicación de programas en las regiones de hablantes de lenguas indígenas; esto impide evaluar si los objetivos planteados se han alcanzado o muestran limitantes (Paulo-Maya y Cruz Sánchez, 2018).

La salud intercultural es la capacidad de entender, respetar y tomar decisiones en un contexto particular, ya sea individual o colectivo, de conocimientos, creencias y prácticas culturales diferentes respecto a la

salud y la enfermedad (Murillo, 2015; Chávez-Victorino y Carpio-Ramírez, 2018).

## **6. La complementariedad entre la medicina tradicional y la occidental**

La medicina tradicional ha existido desde tiempos milenarios y es practicada en las comunidades indígenas antes y después de la conquista de los españoles a México. Recientemente el derecho a la salud se traduce en las comunidades indígenas como el derecho a una relación armónica con la naturaleza, con los demás y con uno mismo; que tengan su propio entendimiento y control sobre su vida (Instituto Interamericano de Derechos Humanos, 2006). La Declaración sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas estipula que los pueblos indígenas tienen derecho a mantener niveles altos posibles de salud, a ejercer su medicina y a sostener sus prácticas sanitarias (Organización Panamericana de la Salud, 2008).

El convenio número 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales de Países Independientes de la Organización Internacional del Trabajo, establecen las obligaciones de los gobiernos sobre la seguridad social y salud, lo que contempla la disponibilidad de los servicios de salud y la implementación para todos los pueblos indígenas (Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2015).

En México, en el artículo 2 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2016) “*el Estado mexicano tiene la obligación de proveer y dar cobertura en salud a toda la población del país, incluyendo la población indígena*”. Esto implica instaurar instituciones en las poblaciones indígenas y brindar el servicio de salud, pero respetando los usos y costumbres bajo

los principios de interculturalidad y de los derechos humanos (OMS, 2007) (Pérez, 2015) (Chávez-Victorino y Carpio-Ramírez, 2018).

La Organización Panamericana de la Salud (OMS, 2007) menciona “*que no hay ningún grupo social que no haya desarrollado un sistema de medicina, ya que la medicina es parte de la cultura*”. En el caso de Latinoamérica, por ejemplo, hay diversas poblaciones indígenas que tienen modelos distintos, con una manera específica de conceptualizar los problemas de salud-enfermedad (Chávez-Victorino y Carpio-Ramírez, 2018).

Por otra parte, a partir de la conquista empieza la introducción de la medicina occidental y que después la han adoptado el diferente periodo de gobierno en México para toda la población mexicana entre ellos entre los que habitan las comunidades indígenas y afrodescendientes. Esto trajo como consecuencia un inevitable choque de dos culturas en el ámbito de la salud y que predominantemente se ha querido ejercer la medicina occidental sobre la tradicional en todos los programas de gobierno y no es hasta los años 40 del siglo XX que empieza a tomar terreno lo que ahora se ha dado por llamar la salud intercultural; la cual busca la horizontalidad y el equilibrio a veces sin lograrlo al cien por ciento entre las prácticas tradicionales y occidentales en la salud.

El Modelo Médico Indígena (MMI) se conjunta dos tipos de pensamientos, el empírico-racional-lógico y el simbólico-mitológico-mágico, sin existir contradicción entre ellos. El conocimiento acumulado a través de los años ha permitido una sistematización y complejidad, incluyendo saberes en botánica, zoología, ecología y tecnología. (Fagetti, 2016) (Chávez-Victorino y Carpio-Ramírez, 2018).

El Modelo Médico indígena es un sistema que *existe porque la población confía en él, lo solicita y lo practica*. “*Las enfermedades de este modelo son*

*percibidas y vividas por varios millones de mexicanos y latinoamericanos, que habitan en diversas zonas, incluyendo el campo, la ciudad y las zonas conurbadas*". (Zolla et al., 2016) (Chávez-Victorino y Carpio-Ramírez, 2018).

Chávez-Victorino y Carpio-Ramírez (2018) establecen que:

*“Hay un grupo social con un modo de vida específico (cultura) que tiene instituciones (lugares en las que se practica la medicina) con personas que conforman el equipo de salud (curanderos, chamanes, médicos tradicionales, entre otros), las cuales establecen criterios específicos (tratamientos) ante condiciones particulares (diagnósticos), con cursos estimados (pronósticos) y técnicas de evaluación para observar la distancia entre el comportamiento esperado y el comportamiento real de los pacientes respecto de las prescripciones establecidas”*

Las relaciones entre diagnóstico-tratamiento-pronóstico-seguimiento se derivan de clasificaciones nosológicas, etiológicas y semiológicas particulares, y son considerados verdaderas y válidas por las personas que viven en las sociedades en las que se practican estos sistemas. (Chávez-Victorino y Carpio-Ramírez 2018).

Los médicos occidentales los diagnostican con enfermedades desconocidas, les prescriben tratamientos no existentes en su modelo médico y les exigen que adecuen su comportamiento a tales prescripciones. Sin embargo, el hecho de que el paciente pertenezca a una cultura distinta a aquella de la que se deriva la medicina occidental le impide entrar en contacto funcional (Ribes y López, 1985) (Chávez-Victorino y Carpio-Ramírez, 2018), con las especificaciones que los médicos occidentales establecen; resulta en incumplimiento de asistencia a las citas, abandono de los tratamientos, falta de adhesión terapéutica y resistencia al uso de clínicas y hospitales (Secretaría de

Salud, 2007) (Chávez-Victorino y Carpio-Ramírez, 2018). La instauración de instituciones de salud en las poblaciones indígenas no es suficiente. En aquellos casos en que se logra brindar el servicio de salud desde las instituciones instauradas por el Estado en las comunidades indígenas hay dificultades para que esta sea efectiva (Singer, 2014) (Chávez-Victorino y Carpio-Ramírez, 2018).

Existen modos de vida diferentes entre población no indígena y población indígena, los cuales implican modelos médicos distintos. Las problemáticas no se deben, únicamente, a las diferencias lingüísticas (Pérez, 2015) (Chávez-Victorino y Carpio-Ramírez, 2018). Esta problemática se relaciona con la cultura en general y no solo con el idioma, el cual es una expresión del modo de vivir, pero no se agota en este. (Chávez-Victorino y Carpio-Ramírez, 2018).

La problemática en el ámbito de la salud es consecuencia que los encargados de establecer las políticas en salud y de decidir el modelo médico que estará instaurado en las instituciones de salud no consideran a la población indígena, lo cual no permite que exista justicia (Venkatapuram y Marmot, 2009) (Chávez-Victorino y Carpio-Ramírez, 2018).

Lo anterior es resultado de una tradición moderna que otorga a la ciencia y a sus productos profesionales el poder absoluto de todas las variables y modos de vida presentes en nuestra realidad (Enria y Staffolani, 2010). Además, son muestra de las prácticas integracionistas del país, mediante las cuales se busca que todos los grupos sociales adopten costumbres de la vida occidental, con la ciencia como modo de conocimiento y la tecnología como muestra de progreso (Castillo-Ramírez, 2015) (Chávez-Victorino y Carpio-Ramírez, 2018).

En la actualidad se plantea sustituir el Integracionismo Indígena por un Indigenismo Participativo, parece que el cambio se presenta solamente a nivel discursivo, ya que en la práctica sigue habiendo una falta de reconocimiento de sus modos de vida y una exclusión de su participación en la creación y desarrollo de los programas gubernamentales que serán aplicados a ellos mismos (Campos, Peña y Paulo, 2017) (Chávez-Victorino y Carpio-Ramírez, 2018).

La interculturalidad conlleva impulsar relaciones, negociaciones e intercambios culturales referentes a conocimientos, prácticas, lógicas, racionalidades y principios de vida, con la finalidad de obtener un logro de mutua comprensión y convivencia armónica y equitativa (Almaguer-González, Vicente-Vargas y García-Ramírez, 2014) (Guzmán-Rosas, 2016) (Bacigalupo, 2018) (Eroza-Solana y Carrasco-Gómez, 2020).

Desde el funcionalismo respecto a la salud Walsh, 2012, la interculturalidad da a conocer la interacción entre la medicina tradicional indígena y la occidental, de manera que se complementen para la resolución de problemáticas de salud por medio del logro de una mayor receptividad, por parte de los pueblos indígenas, a la atención proporcionada por las instituciones sanitarias.

Por otra parte que mediante el logro de un trato más humano y eficiente de los profesionales de la salud hacia miembros de estas poblaciones, sin excluir conocimientos y prácticas indígenas de atención a la salud (Lerín, 2004) (Mignone *et al.*, 2007) (OPS, 2008) (Campos-Navarro, 2007) (Cueva-Maza y Roca-González, 2011) (Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud, 2013) (Almaguer, Vargas y García, 2014) (Stivanello, 2015) (Eroza-Solana y Carrasco-Gómez, 2020).

Respecto a la comunicación intercultural en salud lo constituye la imagen y funcionalidad del cuerpo como signo de bienestar o malestar.

Una idea que persiste en poblaciones indígenas es la de considerar un cuerpo robusto u obeso como signo de salud y bienestar, de manera que refleja, además de salud fisiológica, un buen estatus socioeconómico que permite al propio cuerpo estar bien alimentado y fuerte (Eroza-Solana y Carrasco-Gómez, 2020).

Otro elemento en tomar en cuenta en la mediación intercultural es el hecho de que en estos contextos la gente suele referirse a ciertas partes del cuerpo, como el corazón y la cabeza, sin que signifique estar hablando de lo que desde nuestra perspectiva se entiende por tales términos. Cuando se habla de la cabeza es posible que una persona esté aludiendo a sensaciones que experimenta también en el cuello y los hombros. En lo que concierne al corazón, más que al órgano en concreto, en ciertos ámbitos culturales las personas se están refiriendo a toda el área que va del abdomen hasta el pecho. (Eroza-Solana y Carrasco-Gómez, 2020).

Se trata también en ocasiones de conceptos que no solo se refieren a aspectos orgánicos, sino a conexiones con el ámbito de lo espiritual tanto desde una perspectiva religiosa, como de lo que desde un *ethos* colectivo define la integridad de la persona en términos de estatus social (Eroza-Solana y Carrasco-Gómez, 2020).

De manera similar se puede hablar de las calidades fría y caliente con las que, desde la óptica de las personas, se hace referencia a estados saludables o mórbidos. Se considera que debe existir un balance entre ambas calidades en el cuerpo como condición para estar sano. Existen factores ambientales, alimentarios, cosmológicos y morales (Eroza-Solana y Carrasco-Gómez, 2020).

De tal manera que cuando la gente señala alguna de estas dos condiciones no necesariamente está aludiendo al frío o al calor en

términos estrictos de temperatura, sino a la fuente de los malestares que se experimentan (Eroza-Solana y Carrasco-Gómez, 2020).

A continuación Eroza-Solana y Carrasco-Gómez (2020), nos hacen un interesante relato respecto a las ideas relativas a las causas de los padecimientos.

*“Al preguntar, por ejemplo, a personas con diabetes cómo inició su padecimiento, hay quienes sitúan el evento a partir de que comenzaron a experimentar síntomas como sed extrema y necesidad de orinar con frecuencia, evento al que a menudo atribuyen el hecho de haber previamente experimentado una impresión emocional. Sin embargo, hay individuos que relatan eventos aún más distantes en el pasado, cuando tuvieron alguna impresión emocional, algún disgusto, un susto o bien una tristeza recurrente, ello a consecuencia de situaciones interpersonales difíciles, en ocasiones perdurables”.*

*“A los medicamentos de patente, por ejemplo, se les asignaron calidades frías o calientes de acuerdo con sus características y efectos, y a las inyecciones se les atribuyó la capacidad de contrarrestar los efectos de la brujería”.* El suministro de vitaminas, máxime inyectadas, inició como una práctica común con el objetivo de proporcionar o restituir la fortaleza al cuerpo, idea manifiesta en conformidad con la ya mencionada concepción de que la capacidad de mantenerse activo es reflejo de buena salud (Holland, 1963) (Harman, 1969), idea que persiste.

Según Eroza-Solana y Carrasco-Gómez, 2020):

*“Hoy día, no obstante, en la interculturalidad en salud conviven otros muchos referentes y actores muy heterogéneos que configuran la red de opciones de atención entre los que se encuentran: espiritistas, ministros religiosos de diversas Iglesias, empleados de farmacias, empresas productoras y distribuidoras de suplementos alimenticios, médicos*



*privados con diferentes especialidades, organizaciones civiles, médicos alternativos, instituciones públicas, así como personas que conforman las redes sociales de los individuos en búsqueda de salud y que constituyen una fuente de consejería médica, en lo que concierne al uso de herbolaria, de medicamentos, a la conveniencia de recurrir a determinados actores relacionados con la atención a la salud, etcétera”*,

Los anteriores factores mencionados deben ser considerados en un entorno intercultural y debe haber un entendimiento mutuo entre las culturas implicadas básicamente entre la cultura de la medicina tradicional y la occidental, donde uno de los factores más importantes es la comunicación y la capacitación por parte del personal de salud médico y de los gobiernos y lo que es importante también la regulación de las leyes y el apoyo económico hacia estas con unidades vulnerables indígenas y afro mexicanas.

## **7. Conclusiones**

La salud intercultural es el resultado de la complementariedad del sistema de salud occidental y tradicional milenario de los pueblos y comunidades indígenas y afro mexicanas. Cuyo objetivo es que sea de más igualdad y respeto entre las culturas de las que está compuesta, para la construcción de una sociedad con mayor justicia.

Se requiere de una mayor interacción entre la medicina occidental e indígena para seguir construyendo un camino de complementariedad y una consideración más humana y eficaz entre los profesionales de salud y los conocimientos y prácticas indígenas ancestrales.

A pesar de que la entrada de la interculturalidad data de varias décadas al surgir en México la antropología médica, aún hace falta acrecentar y poner en práctica lo que está estipulado en las leyes

mexicanas respecto a una mayor y mejor atención a las clases más vulnerables tanto indígenas como afro mexicanas y además mayor presupuesto público.

Recientemente unos de los factores que detienen la complementariedad entre la salud occidental y la tradicional son la comunicación de la diversidad lingüística y el reconocimiento y la falta de capacitación de los profesionales de salud que inciden en la atención a la salud en estas comunidades marginadas.

Se tiene que seguir coadyuvando la complementariedad y alentando la interacción entre estas dos importantes áreas del conocimiento médico en México con respecto a los temas de salud intercultural.

## Referencias

- Aguirre Beltrán, G. (1980), Programas de salud en la situación intercultural, Instituto Mexicano del Seguro Social, México.
- Aguirre-Beltrán, G. (1996) Antropología médica. CIESAS, México.
- Almaguer-González, J. A.; Vicente-Vargas, V. y García-Ramírez, H. J. (coords.). (2014). Interculturalidad en salud. Experiencias y aportes para el fortalecimiento de los servicios de salud. México: Secretaría de Salud.
- Almaguer-González, J. A. (2007). Modelos interculturales de servicios de la salud Salud Pública de México. Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, México, vol. 49, 2007, pp. 84-93 salud pública de México / vol. 49, edición especial, XII congreso de investigación en salud pública.
- Bacigalupo, J. F. (2018). "Intercultural health, a decolonial proposal". En Health to the south, febrero. Rio de Janeiro. Recuperado de: [https://issuu.com/isagsunasur4/docs/salud\\_al\\_sur\\_fevereiro\\_ing\\_digital](https://issuu.com/isagsunasur4/docs/salud_al_sur_fevereiro_ing_digital)
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (2016). Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Última Reforma DOF 29-01-2016. Recuperado el 6 de junio de 2016 de: [http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1\\_29ene16.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1_29ene16.pdf)
- Campos-Navarro, R. (2007). "La interculturalidad, la medicina tradicional y los trabajadores de la salud". En Patzicia Quattrocchi y Miguel Güémez Pineda (eds.), Salud reproductiva e interculturalidad en el Yucatán de hoy. Mérida, Yucatán: Asociación de Investigaciones Etno-Antropológicas y Sociales de Trieste/Centro de Investigaciones Regionales Dr. Hideyo Noguchi-UADY, pp. 115-131.
- Campos-Navarro, R; Peña-Sánchez E.Y.; Paulo-Maya A. (2017). Aproximación crítica a las políticas públicas en salud indígena, medicina tradicional e Interculturalidad en México (1990-2016). Sal Colectiva. 13(3): 443-455. doi: <http://dx.doi.org/10.18294/sc.2017.1115>
- Castillo Ramírez, G. (2015). Política, cultura e indígenas en el México de inicios del siglo XX. El integracionismo de Gamio como proyecto de homogeneización nacional. En-claves del Pensamiento, 9 (18).
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos (2015). El derecho a la salud de los pueblos indígenas. Servicios y atención en las clínicas de las comunidades. Recuperado el 29 de enero de 2018 de <http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/cartillas/2015-2016/04-Salud-Pueblos-Indigenas.pdf>
- Cueva-Maza, N. y Roca-González, L. (2011). Interculturalidad en salud. Manual de sensibilización para personal en salud. Lima: UNFPA. Recuperado de: <http://libguides.ilo.org/PueblosIndigenasALC/Temas/Saludeinterculturalidad>
- Chávez-Victorino, O. y Carpio-Ramírez, C. (2018). El reconocimiento del sistema indígena de salud. Implicaciones de la cobertura de salud gubernamental en México. Revista Latinoamericana de Bioética, 18(35-2), 195-209. DOI: <https://doi.org/10.18359/r1bi.3422>
- Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (2013). Interculturalidad en salud. Síntesis ejecutiva. México: Secretaría de Salud.
- DOF (25/05/2023). Ley General de Salud recuperado de: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/833665/1.-lgs-1-PDF>
- Enria, G. & Staffolani, C. (2010). Contradicciones de los discursos que dificultan la transformación de las prácticas de promoción de salud. Hacia la promoción de la salud, 15 (1), 167-178.

- Eroza-Solana, E. y Carrasco-Gómez, M. (2020). La interculturalidad y la salud: reflexiones desde la experiencia. *LiminaR. Estudios Sociales y Humanísticos*, vol. XVIII, núm. 1, 112-128 pp.
- Fagetti, A. (2016). Síndromes de filiación cultural en el estado de Puebla: Antropología médica e interculturalidad / coord. Roberto Campos Navarro. págs. 357-364.
- Guzmán-Rosas, S. C. (2016). "La interculturalidad en salud: Espacio de convergencia entre dos sistemas de conocimiento". En *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 15(31), 10-29. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps15-31.isec>
- Haro-Encinas, J. A. y Martínez-Coria, R. (2015). Salud para los pueblos indígenas en México, avances y retrocesos a la vuelta del milenio en SAÚDE INDÍGENA: políticas comparadas na América Latina Esther Jean Langdon Marina D. Cardoso Organização Editora UFSC 2015 33-60 pp
- Harman, R. Ch. (1969). *Medical and Social Changes in a Tzeltal Community*. Tesis de doctorado en Antropología, Universidad de Arizona, Estados Unidos.
- Holland, W. R. (1963). *Medicina maya en los Altos de Chiapas*. México: Consejo Nacional para la Cultura y las Artes/Instituto Nacional Indigenista.
- Instituto Interamericano de Derechos Humanos (2006). Campaña educativa sobre derechos humanos y derechos indígenas. Salud indígena y derechos humanos. Manual de contenido. Recuperado de <https://www.iidh.ed.cr/IIDH/media/2089/cam-pa%C3%B1a-educativa-salud-indigena-2008.pdf>.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2011). Principales resultados del Censo de Población y Vivienda 2010. México.
- Lerín- Piñon, S. (2004). "Antropología y salud intercultural: desafíos de una propuesta". En *Desacatos*, (16), otoño-invierno, 111-125.
- Mignone, J. J. O'Neil, B.J. y Orchard T. (2007). "Best practices in intercultural health: five case studies in Latin America". En *Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine*, 3(1), 31.
- Murillo, J.P. (2015). Construcción de competencias interculturales para el desarrollo de una propuesta de experiencias de aprendizaje para alumnos de primer año de medicina. *An Fac Med*. 76:77-87 / doi:10.15381/anales.v76i1.10975
- Organización Mundial de la Salud. (2007). La salud de los pueblos indígenas. Recuperado de: [www.who.int/entity/mediacentre/factsheets/fs326/es/-34k](http://www.who.int/entity/mediacentre/factsheets/fs326/es/-34k)
- Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud (OPS-OMS) (1998). *Del enfoque intercultural de la salud en la formación y desarrollo de recursos humanos*, Washington.
- OPS (Organización Panamericana de la Salud). (2008). Una visión de salud intercultural para los pueblos indígenas de las Américas. Componente comunitario de la estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI). Washington D.C.: OPS. Recuperado de: <https://www.bivica.org/files/salud-intercultural.pdf>
- Pérez, R. P. (2015). Las desigualdades en los servicios de salud sexual y reproductiva para jóvenes estudiantes de bachillerato, que viven en comunidades indígenas del Estado de México, 2006-2012. México: Tesis de licenciatura en Sociología. UNAM, Facultad de Ciencias Políticas.
- Paulo-Maya, A y Cruz Sánchez, M. (2018). "De eso que se ha llamado interculturalidad en salud: un enfoque reflexivo". En *Revista de la Universidad Industrial de Santander*, 50(4), 377-395. <https://doi.org/10.18273/revsal.v50n4-2018010>
- Sáenz, M. (1999). Programa "Salud y pueblos indígenas", Ministerio de Salud, Santiago de Chile.

- Secretaría de Salud. (2003). El enfoque intercultural: Herramienta para apoyar la calidad de los servicios de salud. México: 4-10.
- Secretaría de Salud. (2007). Programa Nacional de Salud 2007-2012. Recuperado de: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/ProNalSalud-2007-2012.pdf>
- Secretaría de Salud. (2014). Interculturalidad en Salud. Experiencias y aportes para el fortalecimiento de los servicios de salud. Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud. México.
- Secretaría de Salud. (2018). Medicina tradicional y desarrollo intercultural. México.
- Singer Sochet, M. (2014). ¿Exclusión o inclusión indígena?. Estudios Políticos, 9(31). [https://doi.org/10.1016/S0185-1616\(14\)70572-4](https://doi.org/10.1016/S0185-1616(14)70572-4)
- Stivanello, M. B. (2015). "Aportes al debate de la interculturalidad en salud". En Margen, (76), 1-8.
- Venkatapuram, S. y Marmot, M. (2009). Epi-demology and social justice in light of social determinants of health research. Bioethics, 23 (2), 79-89.
- Walsh, Catherine (2012). "Interculturalidad crítica/ pedagogía de-colonial". En Revista de Educação Técnica e Tecnológica Em Ciências Agrícolas, 3(6), 25-42.
- Zolla, C.; Zolla, E. (2004). Los pueblos indígenas de México: 100 preguntas. México: Programa México Nación Multicultural (PUMC); UNAM.
- Zolla, C., del Bosque, S., Mellado, V., Tascón, A. & Maqueo, C. (2016). Medicina tradicional y enfermedad. En Campos-Navarro, R. (Coord.). Antropología Médica e Interculturalidad. México: McGraw Hill.