

Mecanismos multiculturales de indígenas residentes de la ciudad de Pachuca Hidalgo

ERIKA LÓPEZ LÓPEZ / ALICIA A. ORTIZ GRESS / KAREN ZAMORA CERRITOS*

FECHA DE RECEPCIÓN: 31/03/2014; FECHA DE APROBACIÓN: 08/08/2014

Resumen: El objetivo de este estudio es el de identificar los mecanismos multiculturales de mujeres indígenas residentes de Pachuca Hidalgo para la atención de su salud ante la enfermedad. Se desarrolló un estudio cualitativo y durante el periodo que va de septiembre a noviembre de 2012, se entrevistó a diez mujeres. Los aspectos investigados fueron las causas de la enfermedad, disponibilidad de recursos y acceso. Las entrevistas fueron registradas y la información se procesó de acuerdo al contenido. Los resultados indican que la mayoría es analfabeta y el resto tiene estudios básicos; el promedio de edad fue de 49.8 años. Sobre los modelos explicativos de enfermedad están, los elementos culturales, comportamentales, ambientales, nutrimentales y biológicas. El itinerario terapéutico reflejó la complementación de saberes biomédicos y tradicionales: la esposa o madre es el primer recurso terapéutico. Respecto a la competencia cultural se percibe la falta de reconocimiento multicultural de sus necesidades en salud.

PALABRAS CLAVE:

- indígenas
- servicios de salud
- sincretismo en salud
- acceso

Multicultural mechanisms of residents indigenous of the city of Pachuca Hidalgo

Abstract: The objective of this study is to identify multicultural mechanisms of indigenous women living in Pachuca Hidalgo for their health care in illness. A qualitative study was developed and ten women were interviewed during september to november 2012. The issues investigated were causes of disease, availability of resources and access. The interviews were recorded and the information is processed according to content. The results indicate that they are illiterate principally and the rest have basic studies; the average age was 49.8 years. On explanatory models of illness are cultural, behavioral, environmental, nutritional and biological elements. Therapeutic itinerary reflected complementing biomedical and traditional knowledge: the wife or mother is the first therapeutic resource. With regard to cultural competence, they perceived lack of recognition of multicultural health needs.

KEYWORDS:

- indigenous
- health services
- health syncretism
- access

Introducción

Caminando con huaraches, falda larga, blusa bordada con múltiples colores llamativos y un peculiar peinado que entreteje sus oscuros y gruesos cabellos, lleva cargando servilletas y blusas bordadas que oferta a quienes pasan. Mientras tanto, su hijo le toma de la falda y le dice que le dé para unos “chetos”. Estas son las mujeres que se han incorporado a la vida urbana dentro de la ciudad de Pachuca.

La migración, como proceso social, ha sido analizada desde diferentes ámbitos en las comunidades de origen, tránsito y destino. La búsqueda de empleo y mejora de las condiciones de vida, fomenta la migración de familias indígenas a las ciudades o países. En la década de 1990 el porcentaje de población hablante de lenguas indígenas residentes en localidades rurales disminuyó cinco puntos, mientras que la proporción de indígenas residentes en localidades urbanas se incrementó tres puntos porcentuales.¹ Hidalgo cuenta con uno de los porcentajes más altos de habitantes que hablan lengua indígena en el país.² Pachuca, capital hidalguense, concentra gran parte de la población indígena principalmente nahua y otomí.³

¹ Héctor Díaz-Polanco, *La diversidad cultural y la autonomía en México*, Nostra Ediciones, México, 2009.

² INEGI, *La Población Hablante de Lengua Indígena de Hidalgo*, México, 2004.

³ Lydia Raesfeld, “Niños indígenas en escuelas multiculturales”, *Trajectorias*, vol. 11, no. 28, Pachuca, Hidalgo, Universidad Autónoma de Nuevo León, 2009, pp. 38-57.

⁴ Ema M. Morales-Espinoza, *et al.*, “Intestinal parasites in children, in highly deprived areas in the border region of Chiapas, Mexico”, *Salud Pública de México*, vol. 5, no. 5, Instituto Nacional de Salud Pública, 2003, pp. 379-388.

⁵ Secretaría de Salud, *Interculturalidad en Salud*, Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud, México, 2006.

⁶ María E. Modena, *Madres, médicos y curanderos: diferencia cultural e identidad ideológica*, Ediciones de la Casa Chata, no. 37, México, CIESAS, 1990, pp. 229. Véase también Alfredo López, *Cuerpo humano e ideología. Las concepciones de los antiguos nahuas*, 2 vols., México, UNAM-Instituto de Investigaciones Antropológicas, 1990.

⁷ Maeve Hautecoeur, *et al.*, “Las barreras de acceso a los servicios de salud en la población indígena de Rabinal en Guatemala” *Salud Pública de México*, vol. 49, no. 42, Instituto Nacional de Salud Pública, 2007, pp. 86-93.

⁸ Ana M. Alarcón-Muñoz y Aldo C. Vidal-Herrera, “Dimensiones culturales en el proceso de atención primaria infantil: perspectivas de las madres”, *Salud Pública de México*, no. 6, vol. 47, Instituto Nacional de Salud Pública, 2005, pp. 440-446.

⁹ A. Strauss y B. Glaser (1970), *The Discovery of Substantive Theory: A Basic Strategy Underlying Qualitative Research*, Chicago, Markham.

Una vez que se instalan en la ciudad, los indígenas definen, organizan y reestructuran su vida, según sus espacios sociales. En este proceso, integran sus ideas, creencias, simbolismos y tradiciones a la cultura dominante.⁴ Algunos estudios etnográficos demuestran que la percepción de la causa de enfermedad es un factor determinante en la búsqueda de ayuda terapéutica. Éstos reportan que, para la mayoría de las madres indígenas, acudir al sistema formal de salud, o el biomédico, no constituye la primera elección ante la enfermedad de alguno de sus hijos.

La salud del indígena oscila con una mirada diferente a la del sistema biomédico y difícilmente incorpora la dimensión cultural del proceso salud-enfermedad-atención.⁵ En la cosmovisión indígena, los procesos de hegemonización ideológica, prácticas y representaciones populares sobre el cuerpo, ha sido ampliamente estudiada.⁶ Sin embargo, las condiciones de salud de los indígenas presentan un rezago importante respecto al resto de la población. El racismo contra los indígenas es una de las principales barreras que enfrentamos para comprender las complejas realidades de estos pueblos, para reconocerlos y darles su lugar en la sociedad mexicana. Esta población enfrenta barreras de acceso relacionadas con la distancia y con la escasez de transporte; a barreras económicas, incluso cuando las consultas y los medicamentos son “gratis”; salva barreras culturales como la lengua, la concepción de la medicina y de los tratamientos; o de actitud, como la falta de confianza hacia los profesionales de la salud.⁷

El mecanismo multicultural para la atención de su salud ante un proceso de enfermedad⁸ se refiere básicamente a tres dimensiones: a) modelos explicativos de enfermedad asociados a factores culturales, político-económicos y ambientales; b) itinerario terapéutico que combina recursos de los sistemas indígena, popular y biomédico; y c) competencia cultural del sistema de atención.

Actualmente, no existe evidencia publicada sobre las condiciones de salud de las comunidades de grupos indígenas que residen en Pachuca, Hidalgo. Ni los mecanismos a los que recurren para mantener y recuperar su salud. Por ello es que el presente estudio pretende identificar cuáles son los mecanismos multiculturales de indígenas residentes de la ciudad de Pachuca, Hidalgo para la atención de su salud ante un proceso de enfermedad.

Material y método

Se desarrolló un estudio cualitativo fundamentado en la teoría desarrollada por Strauss y Glaser,⁹ la cual formula que la teoría emerge desde los datos. Esta aproximación metodológica propone un análisis sistemático de los significados que los informantes le dan a su experiencia, con el

objetivo de generar modelos que expliquen un determinado fenómeno. Este proceso implica la identificación de códigos conceptuales, construcción de categorías conceptuales y producción de modelos teóricos emergentes.¹⁰

Con la teoría fundamentada, el tamaño de la muestra está relacionada directamente con la teoría.¹¹ La estrategia de muestreo teórico se utilizó como guía para seleccionar las personas a entrevistar.¹² El número de informantes estudiados no es lo más importante, sino el aporte de cada uno en la construcción de los modelos teóricos. En la muestra estudiada fueron diez los informantes que cumplieron con los criterios de inclusión: mujeres, indígenas residentes de la ciudad de Pachuca al menos por un año, mayores de 18 años, oriundas de una comunidad indígena del Estado de Hidalgo, que reportaron hablar alguna lengua indígena y comprendían el español.¹³ La selección fue a través de la técnica de *bola de nieve* en la cual una mujer indígena fue el vínculo para contactar con otra.

La técnica empleada para obtener información fue la *entrevista semiestructurada*,¹⁴ la cual permitió a las informantes hablar con libertad y nos permitió entender su realidad, su concepción de los servicios de salud y la manera en que acceden o no a éstos. Se diseñó una guía de entrevista que incluía temas como: a) causas de la enfermedad; b) disponibilidad de recursos ante una enfermedad; c) acceso a sistemas formales y no formales en salud; y d) elementos sociales como edad, lugar de origen, escolaridad, entre otros. La teoría fundamentada asume que los actores se relacionan entre sí y con los objetos que les rodean en función del significado que tienen para ellos.¹⁵ Éste enfoque menciona que, de ser necesario, se incorporarán nuevos conceptos y categorías según lo requiriera el material emergente. Las entrevistas se realizaron durante septiembre y noviembre de 2012, la duración de las entrevistas fue de 60 a 70 minutos. Las entrevistas se efectuaron en el lugar en que las mujeres reportaron sentirse cómodas: en su casa, el centro de salud o en otro lugar público, como la plazuela de la comunidad. Las entrevistas fueron registradas en una grabadora de voz digital. El procesamiento y análisis de la información fue de acuerdo a la guía de entrevistas y al contenido; a las participantes se les informó sobre el propósito del estudio y se obtuvo su consentimiento informado por escrito. El presente estudio fue aprobado por los comités de Ética e Investigación en Salud de los Servicios de Salud de Hidalgo.

Resultados

Perfil de las mujeres entrevistadas

Las características de esta población manifiestan que se trata principalmente de pobladores analfabetas y sólo el 33.3% cuenta con estudios básicos (primaria); el promedio de edad fue de 49.8 años, con un promedio de 14.5 años de

residencia en la ciudad de Pachuca (Tabla 1). Las mujeres entrevistadas reportaron que su pareja fue quien inicialmente radicó en Pachuca. Después, el cambio de residencia de ellas fue con el fin de tener mejores condiciones de vida para ellas y sus hijos. Algunas de ellas mencionaron que inicialmente tuvieron periodos intermitentes de residencia en Pachuca y que posteriormente se incorporaron al comercio ambulante.

El comercio ambulante es una de las opciones que les permite tener independencia en horario, sin requerir estudios básicos de educación y en ocasiones funciona como autoempleo. Sin embargo, ésta actividad dependía de la temporada, “Al inicio así fue, él trabajaba en la construcción. En ésta época nos venimos con mi cuñado a vender banderitas, después lo de navidad. Cuando se acababa la venta pues nos regresábamos al pueblo. Pero ya después mi esposo me dijo que nos viniéramos porque dejábamos a los hijos con mi mamá y pues ya aquí los cuidábamos mejor. Él seguía trabajando y yo a veces lavaba ropa o algo pa’ también pagar la renta o la comida” (Entrevista B). Contar con ingresos económicos fue una de las razones que los motiva a mudarse a la ciudad.

Otro elemento que perciben en el aumento de su calidad de vida lo observan en la disponibilidad de los servicios con los que cuentan, tales como la accesibilidad al agua

¹⁰ L. Prior, “Text and context in qualitative research”, en D. Silverman, comp., *Qualitative research: Theory, method and practice*, Thousand Oaks: Sage Publications, 1997, pp.113-145.

¹¹ K. Henwood y N. Pidgeo, *Using Grounded Theory in Psychological Research*, USA, Lawrence Erlbaum, 1995.

¹² Ana L. Kornblit y Fabián G. Beltramino, *Metodologías cualitativas en ciencias sociales: modelos y procedimientos de análisis*, 2ª edición, Buenos Aires, Biblos Metodología, 2007.

¹³ La Comisión Nacional Para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas de México considera población indígena a todas las personas que forman parte de un hogar indígena, donde el jefe(a) del hogar, su cónyuge y/o alguno de los ascendientes (madre o padre, madrastra o padrastro, abuelo(a), bisabuelo(a), tatarabuelo(a), suegro(a) declara ser hablante de lengua indígena. También incluye a personas que declaren hablar alguna lengua indígena y que no forman parte de estos hogares (quienes migran a las ciudades).

¹⁴ S. J. Taylor y Robert Bogdan, *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. La búsqueda de significados, Buenos Aires, Paidós Básica, 1987.

¹⁵ Herbert Blumer, *Symbolic Interactionism: Perspective and Method*, Englewood Cliffs, New Jersey, Prentice-Hall, 1969.

potable, escuelas o lugares públicos donde pueden vender sus productos. “Allá no hay secundaria y mi señor quería que los niños siguieran estudiando, así que nos venimos a Pachuca, acá todo está más cerca. Pa’ ir a la primaria caminábamos mucho. Acá hay más escuelas” (Entrevista C). Respecto a la salud, ellas observan que al vivir en Pachuca tienen más accesibilidad respecto a la disponibilidad de servicios públicos y privados, “Allá te tenías que ir a formar desde temprano y a veces ni llegaba el doctor. Aquí vas a la farmacia o al similar cuando hay mucha gente en el centro de salud. Sí pagas, pero por ejemplo, estar formada mucho tiempo hace que no venda. Mejor voy al similar y ya me regreso en seguida al puesto” (Entrevista F).

Modelos explicativos de enfermedad

Un hecho biológico o *natural* tiene implicaciones socioculturales, tal es el proceso salud-enfermedad. La enfermedad opera como un hecho científico, con origen

bacteriano, por un virus, un parásito, una lesión, u otro elemento patógeno. Sin embargo, la percepción del origen de la enfermedad es lo que orilla a una persona a tomar acciones en pro de su salud. Las condiciones de la falta de salud percibidas por un individuo pueden ser interpretadas como buena o mala salud, las cuales han sido culturalmente construidas. La percepción de la población adquiere gran relevancia, ya que puede desarrollarse una enfermedad asintomática o de difícil reconocimiento, tal es el caso de la *diabetes mellitus* o de la *hipertensión arterial*, donde la persona puede incluso negar la existencia de la enfermedad o se requieren circunstancias específicas para evidenciar la presencia de la enfermedad aun cuando ésta sea crónica (“se me baja la presión por la caminata”); o por el contrario, puede existir una sintomatología sin enfermedad, pero con un gran significado, por ejemplo *mal de ojo*, o el *espanto*, la *sobada* (Tabla 2).

Las explicaciones son también de tipo ambiental, por ello es importante considerar los desequilibrios del

Tabla 1
Características de las mujeres entrevistadas

Entrevista	Edad	Lugar de nacimiento	Estado civil	Escolaridad	Domicilio actual	Años de residencia	Domicilio anterior
A	46	Tepehuacan, Hidalgo	Divorciada	Primaria	Barrio el Arbolito, Pachuca	9 meses	Tepehuacan, Hidalgo
B	66	Xochiatipan, Hidalgo	Viuda	Primaria	Cubitos, Pachuca	30 años	Xochiatipan, Hidalgo
C	43	Acaxochitlan, Hidalgo	Casada	Analfabeta	El Arbolito, Pachuca	30 años	Acaxochitlan, Hidalgo
D	38	Zacualpan, Veracruz	Unión libre	Analfabeta	Col. Providencia, Mineral de la Reforma, Hgo.	4 años	Zacualpan, Veracruz
E	51	Huayacocotla, Veracruz	Separada	Analfabeta	La Palma, Pachuca	10 años	Hayacocotla, Veracruz
F	75	Naupan, Puebla	Casada	Analfabeta	Las Cajas, Pachuca	12 años	Naupan, Puebla

ecosistema humano, mucho más complejos que el factor biomédico. Algunas son atribuidas a los cambios de temperatura. Existen también las asociadas a la alimentación, donde impera la idea de que “la enfermedad llega por la debilidad o mala alimentación. Ya no nos alimentamos como antes, las cosas ya tienen más químicos” (Entrevista E). La categoría que tiene su origen en causas biológicas y/o médicas (véase Tabla 1) impacta en la fragmentación del cuerpo; las características son su biologismo, ahisto-

ricidad, asocialidad, pragmatismo, individualidad, participacionismo y otras más. Sin embargo, en este sincretismo cultural en el que están inmersas las mujeres indígenas, su lenguaje incorpora conceptos como desnutrición, *diabetis*, presión alta, vitaminas, con toda la carga simbólica que le han incorporado, aun sin tener claridad de lo que esto implica. “Yo tengo la *diabetis*, pero no me siento mal, yo hasta a veces pienso que esa enfermedad ni existe” (Entrevista B).

Tabla 2
Dimensiones teóricas culturales y categorías analíticas

Dimensiones teóricas culturales	Categorías analíticas	Testimonio
Modelos etiológicos y explicativos de los problemas de salud	1. Explicaciones culturales	<ul style="list-style-type: none"> • “Con la sobada, durante el embarazo, hubiera prevenido la cesárea”
	2. Explicaciones comportamentales o emocionales	<ul style="list-style-type: none"> • “Yo noto que algo me pasa porque se me baja la presión por la caminata” • “Mi nieto de tres meses tiene cólicos, debido a que su mamá hace corajes y se los pasa por la leche” • “Mis hijos no viven felices, se enferman de este padecimiento por las preocupaciones” • “Síntomas del dolor de garganta por calor, con el sudor, sale la enfermedad”
	3. Explicaciones ambientales o binomio frío-caliente	<ul style="list-style-type: none"> • “Cuando siento como vidrios en mi garganta, digo esto es de calor y ya me tapo o tomo algo caliente”
	4. Explicaciones nutrimentales o asociadas a la alimentación	<ul style="list-style-type: none"> • “El dolor del brazo y falta de fuerza, viene porque le falta vitaminas; yo sólo como charales”
	5. Explicaciones biológicas y/o médicas	<ul style="list-style-type: none"> • “Desnutrición debido a que se cayó y se lastimó de la pancita y ya no quería comer” • “Infección en el estómago, debido a que quizá en la escuela pudo haber comido”
Itinerario terapéutico reflejo de una complementación de saberes biomédicos y tradicionales	1. La esposa o madre es el primer recurso terapéutico	<ul style="list-style-type: none"> • Ante una enfermedad, ella continúa trabajando • Existe gran preocupación en la familia, incluso dejan de trabajar si alguien se enferma, se quedan a cuidar al enfermo
	2. El modelo etiológico de enfermedad determina el tipo y curso terapéutico.	<ul style="list-style-type: none"> • Para enfermedades <i>serizas</i> como la epilepsia, se debe atender con medicamento • Pero, cosas sencillas “se arreglan al masticar dos o tres hojas de ajeno para la inflamación del estómago por el coraje” • Incluso unas sólo con la alimentación, “yo comí charales y me compuso del dolor del brazo” • “Mi hija por la desnutrición, la llevé con una señora que le sobó la pancita y ya se compuso, ya come bien” • Hierbas amargas de la sierra para la diabetes, se toman machacadas por la mañana y por la noche • “Con el suero, para la diarrea, si no me lo dan, yo lo compro. O compro <i>Tabcin</i> para la gripa”
	3. Biomedicina y disponibilidad económica de la familia.	<ul style="list-style-type: none"> • Compró pastillas para la presión alta • Para el dolor de los pies y las rodillas, fue al seguro (IMSS), pero no se componía, y su hijo llegó con un frasco de <i>X-Rox</i> y a los ocho días ella se mejoró • Camina al centro de salud y toma dos transportes para el Hospital del Niño DIF, y una combi al Hospital General
Competencia cultural del sistema de salud	1. Falta reconocimiento de la cultura sanitaria de la familia.	<ul style="list-style-type: none"> • Una de las entrevistas reporta que tienen desnutrición, pero no las razones ni cómo atender la desnutrición • No acude a los centros de salud porque dan medicina <i>corriente</i>, ella lo tira a la basura. “Mejor con hierbita”, debido a que en anteriores ocasiones no le han resuelto sus problemas de salud
	2. Diferentes expectativas de la relación médico-paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Después de no tener mejoras en la salud de los niños, acuden al particular pero, como tampoco mejoró, prefirió ir con la señora que soba; la conocen en el pueblo • “Como nosotros somos pobres, o como yo que no sé leer, no nos atienden; tenemos seguro popular pero no nos dan consulta, nos dicen ‘venga mañana’, vamos y tampoco; y así es siempre y no nos atienden. Fuimos al Hospital General y tampoco nos atendieron, nos dijeron que no había consulta”. La idea general que tienen es que, como no son de aquí, o son pobres, no los atienden • “Como no nos atienden mejor queremos regresarnos a nuestro pueblo, en Puebla, me da tristeza, porque no me dan medicina, ya no aguantó el frío, no puedo respirar bien, si me muero mejor voy a mi casa”

Recursos de los sistemas indígena, popular y biomédico

La disponibilidad de recursos económicos de las familias es un importante factor que define el tipo de atención de la que podrán disponer para mantener y recuperar la salud de uno de sus miembros. La multiplicidad de recursos terapéuticos utilizados para enfrentar la enfermedad en la población indígena, oscila desde una compleja combinación de recursos de medicina tradicional, medicina popular y biomedicina. El modelo etiológico de enfermedad determina el tipo y curso terapéutico. El itinerario terapéutico depende en gran medida de la gravedad de la enfermedad; a algunos enfermos se les percibe entre ellos mismos sin gravedad y que requieren sólo remedios herbolarios como “masticar dos o tres hojas de ajeno para la inflamación del estómago por el coraje”; o que sólo con la alimentación pueden remediarlo. Sin embargo, distinguen enfermedades *serias* como la epilepsia que se debe atender con medicamento.

Otro aspecto importante es el tipo de red social y la seguridad social en salud pues es la que determina sus acciones. Las entrevistadas mencionan que, cuando deben viajar a los centros de salud les implica gastos en transporte, alimentación y medicamentos, los cuales, la mayoría de las veces, sobrepasan las posibilidades económicas familiares. El tener dinero para solventar este tipo de gastos es también un factor determinante en la decisión sobre el curso terapéutico. La distancia es otro factor que dirige esta ruta terapéutica que no identifican las entrevistadas como una barrera cuando se trata de acceder a un segundo nivel de atención. Incluso, algunas de ellas reportan ir caminando, debido a la cercanía, en lugar de tomar algún tipo de transporte público.

Competencia cultural del sistema de atención

La población indígena carece de condiciones para fortalecer el ejercicio ciudadano y el derecho a la información sobre los servicios y el acceso a ellos, así como de las opciones para elegir; estas son condiciones en que esta población se mantiene y se ve privada de manera

permanente respecto a sus propias creencias. “Como nosotros somos pobres, o como yo que no se leer, no nos atienden, tenemos seguro popular pero no nos dan consulta, nos dicen ‘venga mañana’, vamos y tampoco, y así es siempre y no nos atienden. Fuimos al hospital general y tampoco nos atendieron, nos dijeron que no había consulta” (Entrevista F).

La experiencia que han tenido genera una representación social. Una de las entrevistadas mencionó que, debido a que en anteriores ocasiones no le han resuelto sus problemas, no acude a los centros de salud porque dan medicina *corriente*, ella lo tira a la basura. “Mejor con hierbita” (Entrevista E).

Respecto a los tratamientos alópatas, esperan una curación inmediata, *versus* los tratamientos o remedios caseros que, aunque no se curan inmediatamente, confían o tienen más fe en ellos. Depositán su confianza en un ser divino (Dios) que también contribuirá en su curación (Entrevista D).

Discusión

El modelo hegemónico en nuestro sistema de salud es el biomédico, éste cumple básicamente tres funciones: a) prevenir, curar y rehabilitar; la cualidad curativa es, al menos, la más reconocida y solicitada; b) normalizadora y de control, la cual recae principalmente en el trabajo médico dada la participación pasiva de los pacientes; los médicos normalizan para actuar y controlan para hacer eficaz y necesario al sistema de salud, muestra de ello es el término “vigilancia epidemiológica”; y c) de legitimación, esto es “medicina basada en evidencia”.¹⁶ Al institucionalizar la salud se excluye lo social, por ello es importante el análisis del recurso terapéutico que siguen las mujeres entrevistadas pues, al instalarse en la ciudad también se instalan con sus creencias y comportamientos.

La práctica de socializar algún padecimiento es típica de muchas culturas, de madre a hija, de curanderos o parteras al enfermo. Las entrevistadas mencionan que, la decisión de buscar ayuda depende inicialmente de dos factores fundamentales: la percepción sobre el origen de la enfermedad y la disponibilidad de recursos económicos con los que cuenta la familia para enfrentar los gastos derivados de la atención médica.¹⁷

Respecto a los modelos explicativos de enfermedad asociados a factores culturales, político-económicos y ambientales, en las entrevistas identificamos *modelos explicativos de atención* por bloques teóricos según: factores causales/asociados; modelos de atención; factores relación médico-paciente. Producen modelos con mayor potencial de atención integral, mismos que han sido señalados en otros estudios.¹⁸ Sin embargo, el comportamiento que

¹⁶ Eduardo Menéndez, “El Modelo Médico y la Salud de los Trabajadores”, *Salud colectiva*, vol.1, n.1, 2005, pp. 9-32.

¹⁷ Ana M. Alarcón-Muñoz, *op. cit.*

¹⁸ Sara Velasco, *et al.*, “Modelos de atención a los síntomas somáticos sin causa orgánica. De los trastornos fisiopatológicos al malestar de las mujeres”, *Revista Española de Salud Pública*, vol. 4, no. 80, 2006, pp. 317-333.

tienen las mujeres indígenas entrevistadas sobre el uso de remedios caseros contrasta con el de mujeres no indígenas en México, o al menos no lo hablan abiertamente, no es una opción a la que recurran con frecuencia estas mujeres. Se trata de “unas hierbitas” tomadas para contrarrestar una posible infección, la toma de este remedio lo relacionan directamente con la disminución de su molestia.¹⁹

En el aspecto de la competencia cultural del sistema de atención se observa que, mejorar los servicios de salud de la población implica, además, la ampliación de la cobertura y la construcción de infraestructura, ofrecer servicios efectivos, seguros, sensibles a la diversidad cultural y que respondan a las expectativas de los usuarios. Asimismo, uno de los objetivos es eliminar las barreras culturales y lograr servicios de salud y personal de salud culturalmente competente.

Los organismos rectores internacionales cumplen en el diseño de las políticas multiculturales en salud, a tal grado que la diversidad cultural ha tenido un reconocimiento en el marco legal.²⁰ A ésta se le asigna un conjunto de atributos que son un aporte importante respecto de los planteamientos que le dieron origen. Sin embargo, no ha sido suficiente para que esta población goce de condiciones que le permitan un adecuado desarrollo humano. Muchas políticas públicas en salud con enfoque multicultural, obvian el proceso conflictivo, antagónico, de hegemonía y subalternidad que se presenta entre dos o más culturas, o en términos de la antropología crítica, soslaya las contradicciones entre el Modelo Médico Hegemónico y el Modelo Alternativo Subordinado.²¹

Aunado a ello y en palabras de Elizondo Mayer-Serra, definir derechos no los garantiza. “Tal es el caso del derecho a la protección de la salud, sin los recursos materiales y humanos adecuados, ese derecho a la protección es solamente una buena intención. El simple hecho de asignar por ley recursos tampoco los genera”.²² La población indígena presenta los más altos niveles de pobreza, un limitado ejercicio de sus derechos, rezago educativo, inequidades de género.²³ Existe evidencia de las desigualdades en las condiciones de salud de esta población como desnutrición,²⁴ mortalidad y morbilidad materna e infantil. Las niñas y niños indígenas por lo general nacen fuera de las unidades de salud con ayuda de una partera y nula atención prenatal.²⁵ Asimismo, la insatisfacción de sus demandas o la invisibilidad respecto a sus necesidades se convierte en una situación doblemente violenta cuando se realiza por parte las instituciones. A esas desigualdades se suman otras formas de marginación que experimentan en la búsqueda de atención de su salud.

Incorporar el enfoque intercultural, de género y de derechos humanos en la capacitación del personal de salud en formación, así como en la capacitación del personal

administrativo, clínico y directivo de todas las unidades de atención debería ser un eje transversal en las políticas públicas.

Conclusiones

Entre las mujeres entrevistadas existe una percepción de invisibilidad de sus necesidades culturales ante los servicios de salud, mismos que afectan el itinerario terapéutico

¹⁹ Blanca Pelcastre-Villafuerte, *et al.*, “Menopausia: representaciones sociales y prácticas”, *Salud Pública de México*, vol. 43, no. 5, Instituto Nacional de Salud Pública, 2001, pp. 408-414.

²⁰ Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, “Grupos prioritarios. 3.4 Pueblos y comunidades indígenas”, Gobierno Federal, México, 2007, <http://pnd.calderon.presidencia.gob.mx/igualdad-de-oportunidades/pueblos-indigenas.html>, (consultado el día 21 de Noviembre de 2012); Secretaría de Desarrollo Humano y Social, Decreto número diecisiete, que contiene el *Reglamento Interior de la Administración Pública Municipal de Pachuca de Soto, Estado de Hidalgo*. Facultades de la Secretaría de Desarrollo Humano y Social, 2012, http://184.154.16.107/secretaria/sdhs/facultades_funciones.pdf, (consultado el día 22 de Agosto de 2012); Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Artículo 2º, Inciso “B”, Párrafo III, *Última Reforma DOF 08-10-2013*.

²¹ Eduardo Menéndez, *Antropología Médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*, México, CIESAS, 1990; Sergio Lerín, *Interculturalidad y salud: recursos adecuados para la población indígena o propuestas orientadas a opacar la desigualdad social*, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México, D.F., 2012.

²² Elizondo Mayer-Serra, Carlos (2007), “El derecho a la protección de la salud”, *Salud Pública de México*, vol. 49, no. 2, Instituto Nacional de Salud Pública, pp. 144-155.

²³ Secretaría de Salud, *Interculturalidad en Salud*, Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud, México, 2006; Dirección de atención a los pueblos indígenas, *Situación de pueblos indígenas originarios y Poblaciones indígenas radicadas en el Distrito Federal*, Gobierno del Distrito Federal, México, 2001, pp. 1-17.

²⁴ Kuyarinakui Abya-Yala, “Promoción de la salud sexual y prevención del VIH-sida y de las ITS en los pueblos indígenas de las Américas”, OMS/OPS, 2003; Rosa E. Durán y Lydia Raesfeld, “Presencia étnica en la escuela urbana de Pachuca Hidalgo: repensar el modelo educativo para una verdadera inclusión social en la escuela”, *XII Congreso Internacional de Teoría de la Educación*, Universitat de Barcelona, España, 2011.

²⁵ Secretaría de Salud, *Atención a la Salud de los Pueblos Indígenas de México. Elementos Generales para la Construcción del Programa de Acción*, México, 2007.

a seguir. Dado el sincretismo cultural que experimentan, una vez llegando a las zonas urbanas, ellas combinan recursos de los sistemas indígena, popular y biomédico. De acuerdo a los recursos económicos y oportunidades de desarrollo de las familias, dirigen el tipo de atención que llevarán a cabo para mantener y recuperar la salud de los miembros de su familia. Es importante que los servicios de salud sean sensibles a estas demandas para brindar servicios culturalmente competentes.

Bibliografía

- ◆ Abya-Yala Kuyarinakui, “Promoción de la salud sexual y prevención del VIH-sida y de las ITS en los pueblos indígenas de las Américas”, OMS/OPS, 2003.
- ◆ Alarcón-Muñoz, Ana Ma. y Aldo C. Vidal-Herrera, “Dimensiones culturales en el proceso de atención primaria infantil: perspectivas de las madres”, *Salud Pública de México*, no. 6, vol. 47, Instituto Nacional de Salud Pública, 2005.
- ◆ Blumer, Herbert, *Symbolic Interactionism: Perspective and Method*, Englewood Cliffs, Prentice-Hall, New Jersey, 1969.
- ◆ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Artículo 2º, Inciso “B”, Párrafo III, *Última Reforma DOF 08-10-2013*.
- ◆ Díaz-Polanco, Héctor, *La diversidad cultural y la autonomía en México*, Nostra Ediciones, México, , 2009.
- ◆ Dirección de atención a los pueblos indígenas, *Situación de pueblos indígenas originarios y poblaciones indígenas radicadas en el Distrito Federal*, Gobierno del Distrito Federal, México, 2001.
- ◆ Durán González, Rosa E. y Lydia Raesfeld, “Presencia étnica en la escuela urbana de Pachuca Hidalgo: repensar el modelo educativo para una verdadera inclusión social en la escuela”, *XII Congreso Internacional de Teoría de la Educación*, Universitat de Barcelona, España, 2011.
- ◆ Elizondo Mayer-Serra, Carlos, “El derecho a la protección de la salud”, *Salud Pública de México*, vol. 49, no. 2, Instituto Nacional de Salud Pública, 2007.
- ◆ Hautecoeur, Maeve; María V. Zunzunegui; y Bilkis Vissandjee, “Las barreras de acceso a los servicios de salud en la población indígena de Rabinal en Guatemala” *Salud Pública de México*, vol. 49, no. 42, Instituto Nacional de Salud Pública, 2007.
- ◆ Henwood, K. y N. Pidgeon, *Using Grounded Theory in Psychological Research*, Lawrence Erlbaum, USA, 1995.
- ◆ Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, *La Población Hablante de Lengua Indígena de Hidalgo*, México, 2004.
- ◆ Kornblit, Ana L. y Fabián G. Beltramino, *Metodologías cualitativas en ciencias sociales: modelos y procedimientos de análisis*, 2ª edición, Biblos Metodología, Buenos Aires, 2007.
- ◆ Lerin, Sergio, *Interculturalidad y salud: recursos adecuados para la población indígena o propuestas orientadas a operar la desigualdad social*, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México, D.F., 2012.
- ◆ López, Alfredo, *Cuerpo humano e ideología. Las concepciones de los antiguos nahuas*, 2 vols., UNAM-Instituto de Investigaciones Antropológicas, México, 1990.
- ◆ Menéndez, Eduardo, *Antropología Médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*, CIESAS, México, 1990.
- ◆ ----- “El Modelo Médico y la Salud de los Trabajadores”, *Salud colectiva*, vol.1, n.1, 2005.
- ◆ Modena, María E., *Madres, médicos y curanderos: diferencia cultural e identidad ideológica*, Ediciones de la Casa Chata, no. 37, CIESAS, México, 1990.
- ◆ Morales-Espinoza, Ema M.; Héctor J. Sánchez-Pérez; María M. García-Gil, *et al.*, “Intestinal parasites in children, in highly deprived areas in the border region of Chiapas, Mexico”, *Salud Pública de México*, vol. 5, no. 5, Instituto Nacional de Salud Pública, 2003.
- ◆ Pelcastre-Villafuerte, Blanca; Francisco Garrido-Latorre; y, Verónica de León-Reyes, “Menopausia: representaciones sociales y prácticas”, *Salud Pública de México*, vol. 43, no. 5, Instituto Nacional de Salud Pública, 2001.
- ◆ Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, “Grupos prioritarios. 3.4 Pueblos y comunidades indígenas”, Gobierno Federal, México, 2007. <http://pnd.calderon.presidencia.gob.mx/igualdad-de-oportunidades/pueblos-indigenas.html> , (consultado el día 21 de Noviembre de 2012).
- ◆ Prior, L., “Text and context in qualitative research”, en D. Silverman, comp., *Qualitative research: Theory, method and practice*, Thousand Oaks: Sage Publications, 1997.
- ◆ Raesfeld, Lydia, “Niños indígenas en escuelas multiculturales”, *Trayectorias*, vol. 11, no. 28, Universidad Autónoma de Nuevo León, Pachuca, Hidalgo, 2009.

- ◆ Secretaría de Desarrollo Humano y Social, Decreto número diecisiete, que contiene el *Reglamento Interior de la Administración Pública Municipal de Pachuca de Soto, Estado de Hidalgo*. Facultades de la Secretaría de Desarrollo Humano y Social, 2012. http://184.154.16.107/secretaria/sdhs/facultades_funciones.pdf, (consultado el día 22 de Agosto de 2012).
 - ◆ Secretaría de Salud, *Interculturalidad en Salud*, Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud, México, 2006.
 - ◆ ----- *Atención a la Salud de los Pueblos Indígenas de México. Elementos Generales para la Construcción del Programa de Acción*, México, 2007.
 - ◆ Strauss, Anseim y Juliet Corbin, *Bases de la investigación cualitativa: Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia, 2003.
 - ◆ Strauss A. y B. Glaser, *The Discovery of Substantive Theory: A Basic Strategy Underlying Qualitative Research*, Markham, Chicago, 1970.
 - ◆ Taylor, S. J. y Robert Bogdan, *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados*, Paidós Básica, Buenos Aires, 1987.
 - ◆ Velasco, Sara, María T. Ruiz y Carlos Álvarez-Dardet, “Modelos de atención a los síntomas somáticos sin causa orgánica. De los trastornos fisiopatológicos al malestar de las mujeres”, *Revista Española de Salud Pública*, vol. 4, no. 80, 2006.
-