

INVESTIGACIÓN ORIGINAL

Racismo y discriminación en la atención a mujeres totonacas en Veracruz, México: la necesidad de competencias interculturales

Niels Michael Dörr, Gunther Dietz

Introducción

El racismo constituye una preocupación de salud desatendida e ignorada.¹⁻⁴ Las investigaciones en países multiétnicos han enfatizado al racismo como una causa persistente de desigualdad en la salud.⁵⁻⁸ En los EUA, p. ej., los afroamericanos tienen una mayor tasa de mortalidad que la población blanca.⁹ El antropólogo Menéndez sugiere que el racismo es una omisión en la salud pública en México.^{10,11} En 2003, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) confirmó que en la región “*el origen étnico tiene un impacto significativo en la salud*”.¹² Roldán *et al.* identificaron falta de atención en relación con poblaciones indígenas, que representan el extremo más marginado y con menor acceso a la cobertura médica en el país,¹³ sin embargo, se han llevado a cabo pocas investigaciones sobre este tema.¹⁴

Se realizó una investigación en el estado de Veracruz, en la región indígena Sierra del Totonacapan (Imagen 1), enfocado en la salud materna y su prioridad en las políticas mexicanas de salud.¹⁵

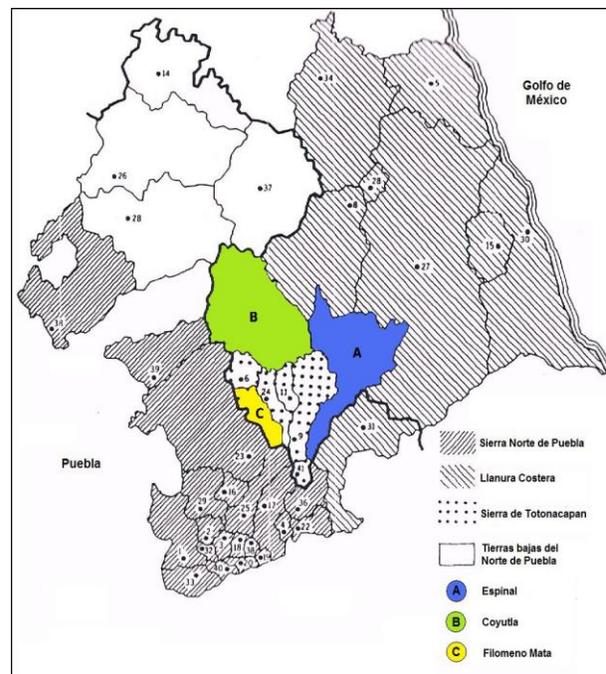
El propósito consiste en el análisis de los materiales empíricos en relación con la discriminación y el racismo.

Niels Michael Dörr. Médico. Departamento de Cirugía General, Visceral y Vascular, Hospital BG Bergmannstrost en Halle (Saale), Alemania.

Correo-e: nielsdoerr@gmail.com

Gunther Dietz. Doctor en Antropología. Profesor-investigador de tiempo completo, Instituto de Investigaciones en Educación, Universidad Veracruzana, Xalapa, Veracruz, México. Correo-e: gdietz@uv.mx

Imagen 1
Mapa de localización



1Velázquez Hernández, Emilia (1995): *Cuando los arrieros perdieron sus caminos. La conformación regional del Totonacapan*. Zamora: El Colegio de Michoacán. (Modificado por Niels Dörr)

El concepto de la discriminación consiste en dar un trato desfavorable, desigual o desventajoso de desprecio innecesario a determinada persona o colectivo por motivos raciales, culturales, étnicos, políticos o religiosos; por la orientación sexual, el género o sexo; y por el origen, diferencias físicas, la edad, la condición mental, etc. Puede suceder de forma intencionada o no intencionada. Por lo tanto, la discriminación persiste incluso si en ocasiones

no fue percibida o intencional. Basado en el trabajo de la doctora estadounidense Camera Phyllis Jones la discriminación puede ser múltiple y de diferentes niveles.

El marco teórico de la investigación está basado en el concepto de la discriminación, un enfoque de derechos humanos y en la propuesta de Jones sobre “niveles de racismo”,¹⁶ la autora define y sitúa al racismo en tres niveles: el institucional, el individual mediatizado y el internalizado (Tabla 1).

Tabla 1
Niveles de racismo

Racismo institucional	Acceso discriminatorio por motivos de raza a las instalaciones, bienes, servicios y oportunidades en las sociedades multiétnicas. Evidencia del racismo institucional tanto en su vertiente de comisión como en su vertiente de omisión. Manifestación en condiciones materiales como en el poder.
Racismo individual mediatizado	Prejuicios y discriminaciones basadas en motivos de raza. El racismo individual mediatizado puede ser intencional o no. Manifestación a través de la falta de respeto, desconfianza, devaluación, culpa y deshumanización.
Racismo interiorizado	Aceptación de prácticas racistas realizadas por los propios individuos afectados por racismo. Inclusión de fenómenos de auto devaluación, auto rechazo, resignación, impotencia y desesperanza.

Fuente: elaboración propia

¹Jones CP. *Levels of racism: a theoretic framework and a gardener's tale. Am J Public Health.* 2000;90(8):1212–5. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10936998>.

El derecho a la salud comprende componentes legalmente vinculantes, uno de los más importantes es el comentario general no. 14 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR).¹⁷ El derecho a la salud abarca elementos esenciales evaluados por

cuatro indicadores cruciales: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad (DAAC) (Tabla 2), debido a este enfoque, podemos abordar al racismo como un problema de salud relevante en México y analizar su impacto en la salud.

Tabla 2
Marco teórico DAAC

Disponibilidad	Los servicios de salud deben estar disponibles en cantidad suficiente y suministrados de forma continua.
Accesibilidad	Los servicios de salud deben ser accesibles para todos, en términos de acceso físico, asequibilidad, acceso a la información y no discriminación.
Aceptabilidad	Los servicios de salud deben ser aceptables para los consumidores, culturalmente pertinentes y sensibles a los grupos vulnerables.
Calidad	Los servicios de salud deben cumplir con las normas de calidad aplicables.

Fuente: elaboración propia

² CESCR: *General comment No. 14. The right to the highest attainable standard of health. Art. 12. Committee on Economic, Social and Cultural Rights.* Geneva; 2000. Disponible en: <https://www.refworld.org/pdfid/4538838d0.pdf>

Material y métodos

La Sierra del Totonacapan es una región indígena marginada de Veracruz, México.¹⁸ La investigación de campo se hizo en el hospital regional localizado en Entabladero, ubicado en el municipio de Espinal, y en los centros de salud de los municipios de Coyutla y Filomeno Mata.

Metodológicamente, nuestro estudio está basado en una observación participante realizada durante nueve meses entre 2011 y 2012, el investigador principal (Dörr), realizó prácticas en el hospital regional y en los centros de salud. A partir de observación directa y entrevistas, se elaboró un cuestionario (material complementario) para llevar a cabo entrevistas más detalladas. La investigación se llevó a cabo durante cuatro meses en el hospital regional, así como otros cuatro meses en los dos centros de salud municipales.

Tabla 3
Entrevistas individuales

	Localidad			Sexo		Edad	Idioma		
	C	FM	E	m	f	años	e	t	e/t
Médicos y médicas	3	9	5	11	6	32-51	17	0	0
Enfermeros y enfermeras	3	1	5	2	7	25-41	6	0	3
Otros ¹	1	4	1	3	3	31-50	2	0	4
Parteras tradicionales	2	7	1	0	10	52-71	0	3	7
Pacientes	7	8	3	0	18	17-43	3	5	10
Total	16	29	15	16	44	17-71	28	8	24

Fuente: elaboración propia

³ ¹ intérpretes, trabajadores y trabajadas sociales, farmacéuticos y farmacéuticas, auxiliares de laboratorio.

Abreviaciones: C = Coyutla; FM = Filomeno Mata; E = Espinal; m = masculino; f = femenino; e = español; t = totonaco; e/t = bilingüe

Se realizaron 60 entrevistas en profundidad individuales con profesionales de salud, parteras tradicionales, pacientes y sus familiares, de aproximadamente entre 10 y 60 minutos de duración (Tabla 3). Las entrevistas con el personal de salud se llevaron a cabo en la institución médica correspondiente. El resto de las entrevistas se hicieron con quienes fueron contactados de manera espontánea, recurriendo a un procedimiento de “bola de nieve”.¹⁹

Las entrevistas a las pacientes fueron a mujeres totonacas embarazadas y sus familias. Las parteras tradicionales están familiarizadas con las condiciones de vida locales y las comparten con sus pacientes, ya que ellas crecieron en la región y su primera lengua es, igualmente, el totonaco. En cambio, los médicos de las instituciones médicas, en su mayoría, crecieron en los centros urbanos de las regiones costeras de Papantla y Poza Rica, donde se encuentran los hospitales de referencia. Algunos médicos no residían en el área rural, solamente trabajaban ahí, no hablaban la lengua indígena y eran médicos generales, sin ningún entrenamiento intercultural. Las enfermeras y otros profesionales, tales como los intérpretes, los farmacéuticos y el personal del laboratorio dentro de las instalaciones médicas, podían comunicarse parcialmente en totonaco. Muchas de estas personas crecieron en la región y estaban también familiarizadas con las condiciones locales.

Además, se llevaron a cabo grupos focales de 15 – 18 mujeres embarazadas sobre las ventajas y

desventajas del parto institucional. La duración de cada grupo focal fue de más o menos 60 minutos; otros tres grupos focales se llevaron a cabo con los profesionales de la salud, éstos incluyeron presentaciones y debates en torno a los resultados de la investigación. Las entrevistas y los grupos focales fueron llevadas a cabo en español; en Filomeno Mata se hicieron en totonaco, recurriendo a la ayuda de una intérprete local, apoyándonos en su función como intérprete y agente de enlace para la población indígena, aseguramos la confianza entre el investigador y las participantes; también discutimos la implementación de las entrevistas y los contenidos con ella, para un análisis más cuidadoso y contextualizado de los datos obtenidos.

Los datos recabados se fueron contrastando continuamente y ampliando en función del muestreo teórico.²⁰ La oscilación metodológica entre la construcción de datos y su análisis permitió una concentración gradual en categorías relevantes (p. ej., cultura, planeación familiar, salud materna, parteras tradicionales y mortalidad materna). La validación de la información se basó en una triangulación metodológica: datos *etic* de las observaciones que se contrastaron con los *emic* recolectados en las entrevistas y que reflejaban las perspectivas de los actores; ambos tipos se contrastaron entre sí; a través de los grupos focales²¹ también se discutieron sus tensiones, contradicciones e inconsistencias. De esta manera, las categorías y sus significados fueron profundizándose y saturándose,²² para realizar su

análisis cualitativo se utilizó el programa de software *ATLAS.ti*.

Resultados

Racismo Institucional

Ha sido documentado que los grupos indígenas en México representan un contexto extremo de marginación y tienen un acceso pobre a la seguridad social,¹³ los resultados obtenidos confirman esta tendencia. Se le preguntó a una enfermera por qué muchas embarazadas preferían a una partera, en vez de dar a luz en el hospital:

Mira, más que nada se puede hacer conjunta porque si hubiera un cirujano, una ginecóloga, un anestesiólogo, porque son las referencias y no tenemos, más que nada los partos se complican [...] no hay muchas cosas, no tenemos ni soluciones, y la gente viene y nos dice 'Me trataron mal, me mal atendieron', no sé qué... Así son las quejas, pero nosotros como enfermeras, ¿Qué podemos hacer, si no tenemos? A veces no hay médico, ¿Qué voy a hacer yo? [...] Muchas veces es la carencia del personal, más que nada, y de material.

El personal culpa a la falta de recursos humanos, como personal especializado, de los pobres resultados obtenidos y remarca problemas de disponibilidad, manifestando la necesidad de carecer de los recursos suficientes y de la calidad necesaria en los servicios de salud que proporcionan. Un informante de Filomeno Mata explicaba por qué la gente se rehúsa a asistir al hospital:

¡Te cobran! Aunque dicen que es gratuito, no es cierto. Te cobran mucho y luego ahí, como te digo, por falta de dinero, a veces tienes hambre, pero no puedes ir a comer, porque te cobran mucho en una tienda, porque, a veces, como te digo, aquí pagan muy poco y aunque estás orando, gastas todo ahí.

Por ende, las personas no pueden trasladarse desde sus municipios, por los elevados costos directos o indirectos, algo crucial a la hora de manejar la

salud materna. Éste es un ejemplo típico de la discriminación por dependencia económica.

En un grupo focal, al dialogar con las embarazadas de la región sobre ventajas y desventajas del hospital regional, una participante manifestó que la implementación de la anticoncepción es una barrera:

Ahorita ya no preguntan cuándo las operan, ahí, en Poza Rica, ya no. Allá no te preguntan si te van a operar, nada más te operan no más porque así: '¡Te vas a operar, porque te vas a operar!' Así les han dicho [...] Así dicen unas personas que van ahí al hospital, por eso no quiero ir, yo me espanto. Ya me dijeron muchas veces aquí en la clínica que me vaya yo a operar, pero yo no he ido.

La esterilización femenina tiene un gran impacto en la planificación familiar, incluso las indígenas jóvenes se enfrentan de manera continua a la presión para esterilizarse, dependiendo de la edad y el número de hijos que tengan, a veces son forzadas a ello. Esta violación a sus cuerpos y derechos reproductivos parece estar basada en la creencia de que las indígenas no tienen derecho a decidir sobre sus propios cuerpos, especialmente, si ellas dependen de programas de apoyos económicos.²³ Son infantilizadas por un sistema de salud que equipara la modernidad con la clase media-alta mestiza y les exige a las indígenas que modifiquen sus prácticas reproductivas para modernizarse. Como resultado, la población local rehúye de las instituciones médicas también cuando no está conforme con la planificación familiar impuesta.

La siguiente cita de un médico corresponde a una conversación con una paciente a punto de dar a luz:

Bueno, mi hija, escuché que no quieres dispositivo, aquí la norma del hospital es ponerlo. Si usted no lo quiere, después, al mes, dos meses o un año, usted está en su derecho de retirárselo en su centro de salud, pero aquí va a salir con dispositivo puesto, es el reglamento que hay. No lo digo por mí, que no se lo ponga, pero la norma del hospital es ponerlo, yo se lo

digo para que luego no se sienta engañada.

Particularmente, las indígenas se ven afectadas por estas prácticas, ya que el personal asume que ellas rechazan los anticonceptivos debido a sus costumbres o a maridos sexistas, porque no están familiarizadas con los métodos o porque preferirían métodos convencionales. Sin embargo, de acuerdo con Ali *et al.*, “es poco probable que cualquier factor biológico o cultural pueda dar fe de esta variante. Más bien, es un reflejo de las elecciones políticas sobre qué métodos promover y sobre los prejuicios en los servicios de planificación familiar”.²⁴

Racismo individual mediatizado

A través del racismo individual mediatizado, se manifiestan las jerarquías interpersonales, las cuales mantienen una relación estrecha con los prejuicios y con la discriminación.

La barrera lingüística entre los profesionales hablantes de español y los pacientes hablantes de totonaco es problemática, y debido a la equiparación que el personal hace de etnicidad, cultura y lengua,²⁵ la discriminación desencadenada a partir del lenguaje autóctono es una práctica racista. Un intérprete de Filomeno Mata explicó cómo trata un médico a sus pacientes; este ejemplo demuestra que las pacientes son discriminadas por hablar totonaco, incluso si hay recursos disponibles para solventar problemas de comunicación:

Viene un doctor los sábados. Él no te pide que le apoyes, pero no entiende el dialecto. ¿Quién sabe cómo lo hace? Se comporta muy agresivo. Pues, la gente ¿Qué va a decir? No les gusta que él dé la consulta, por ejemplo, hay personas que tienen dolor de estómago, diarrea, dolor de cabeza, y cómo no les entiende, el doctor les está dando medicamento como las entendió, y no se compone la gente.

La barrera lingüística significa que los niños – escolarizados y, por tanto, bilingües– son mediadores entre sus padres, madres y el personal, además, deben acompañar a sus parientes más

jóvenes a las consultas; un informante de Filomeno Mata explicaba que la población bilingüe también continúa sufriendo discriminación:

De verdad, si la mayoría no habla español y ése es el problema, por eso, también hay mucha gente que no quiere ir al hospital. Es que así piensan que les van a maltratar por el idioma [...]. Yo no hablo muy muy bien, pero sí sé cómo expresarme, sí sé cómo voy a ayudarme cuando voy con mi hermanita, se cómo contestar, pero, a la vez, me da miedo porque con el que me tocó ahí en Poza Rica, sí me engañó, de verdad me engañó muy feo.

La población queda estigmatizada en función de sus tradiciones, costumbres y cultura, es la cultura indígena, más que la pobreza, la que se declara ser dañina para la salud, como ilustra la siguiente cita:

¡La costumbre! La costumbre es que le crean más a la partera que al médico, si una ya fue a ver al médico y él le dice que tiene que ir al hospital. ¡No! Ellas están muy cerradas en sus costumbres y una de sus costumbres son las parteras.

Según el personal, la cultura indígena, como aquí las parteras tradicionales, ha provocado afecciones y enfermedades para las generaciones futuras, a través de la mediación de una visión anacrónica. La cultura se consideró responsable de complejos procesos de enfermedades, de la planificación familiar, de estigmatizar a las parteras tradicionales y relacionarlas con el alto riesgo. Además, el personal asociaba la cultura indígena con mayor coste sanitario y gasto social. Estas percepciones reflejan prácticas de racismo individual mediatizado en contra de las mujeres, ejercidas por la clase media-alta *mestiza* identificada con el estado-nación mexicano.²⁶

El racismo individual mediatizado se refleja también en el uso de métodos anticonceptivos y su implementación. El tema ilustra la jerarquía que persiste entre los profesionales de salud y sus pacientes. Durante un grupo focal, una mujer describió su experiencia:

De hecho, nos hacen firmar el consentimiento de que queremos tener el dispositivo [intrauterino]. Yo digo, allí ya es una negligencia, te obligan, y realmente una como dueña de nuestro cuerpo, si no queremos, nadie nos puede obligar a nada que no queramos. Precisamente por eso mucha gente no quiere ir a que les atiendan en los hospitales o que les atiendan el médico, porque realmente el médico es el que decide, no uno.

Sin embargo, si en la interacción médico-paciente la diferencia étnica coincide con el sexo femenino, los esfuerzos para limitar embarazos mediante anticonceptivos modernos son todavía mayores. Aun así, las preferencias de planificación familiar son sujeto de políticas sanitarias y de un racismo sistemático e institucionalizado, el cual deja de lado a la vasectomía como un método efectivo, fortaleciendo y preservando, con ello, un sexismo institucional.

Racismo internalizado

El racismo internalizado se expresa cuando las personas afectadas reconocen su etnicidad como perjudicial, inferior o despreciable. Los sistemas de conocimiento occidentales han reemplazado los conocimientos tradicionales o éstos han sido forzados a asimilarse, como en el caso de las parteras tradicionales.^{27,28} La siguiente cita demuestra de qué manera una partera internaliza y transmite la inferioridad:

Todos los doctores que están trabajando en el Centro de Salud me conocen. Todo lo que me dicen en los cursos, yo lo estoy cumpliendo. Todo que yo escucho en los cursos, así se lo digo a las señoras. Aquéllas que les gusta cómo yo trabajo, yo les digo todo eso.

Al entrevistar a las parteras, ellas aseguraban que cumplían las demandas y sólo implementaban lo que han aprendido durante los cursos. En este contexto, las parteras indígenas y sus pacientes femeninas reconocían su cultura como perjudicial, inferior o, incluso, despreciable; a la vez, los cambios requeridos en su llamada práctica empírica, al ser personal semi-cualificado,²⁹ ha

hecho aumentar los traslados a instalaciones supuestamente más idóneas, como al hospital regional o de referencia. Este abuso de poder por el sistema de salud público concentra a la salud materna dentro de las instalaciones médicas para controlar embarazos y partos. Además de los traslados forzosos, se realizan episiotomías de manera obligatoria, obsoleta y perjudicial durante los partos institucionales.³⁰ Ello es otro ejemplo de biomedicalización y de violación de los cuerpos femeninos.

Una informante totonaco-hablante describe que no le agrada ir al centro local de salud por la comunicación con los profesionales médicos:

Yo no puedo hablar con una enfermera, porque no puedo hablar en español. Que Dios me perdone, porque yo no fui a la escuela, yo nomás me paro, ni ellos me entienden, ni yo los entiendo, entonces, estamos iguales en que no sabemos. Es muy difícil para mí.

Debido a al lenguaje originario, la informante totonaco-hablante tuvo un acceso diferencial a la atención médica, prevención y promoción sanitaria. En general, la barrera lingüística debe ser interpretada como corresponsable de la pérdida progresiva de las lenguas originarias, el rechazo de los hablantes nativos del totonaco a su propia lengua es el resultado de las políticas culturales y educativas exitosas del indigenismo.^{31,32} Durante más de medio siglo se emplearon estrategias educacionales bilingües sustitutivas y transitorias para promover la alfabetización y la educación primaria en lenguas indígenas, para posteriormente, en la educación secundaria, sustituir este primer uso instrumental del totonaco por una política monolingüe en español.

En consecuencia, muchos ancianos se avergüenzan de hablar su lengua nativa, mientras sus hijos o nietos adoptan al español como la de la modernidad. Sin embargo, estas nuevas generaciones experimentan vivencias distintas en la escuela y en las instituciones sanitarias: incluso cuando ellos se integran a la cultura mexicana y a la lengua española, continúan sufriendo discriminación por ser indígenas y ser percibidos como pobres. Muchos jóvenes totonacos ya

letrados internalizan esta mezcla de racismo interseccional y de aporofobia,³³ algo que les es impuesto por la sociedad no indígena y sus instituciones y que ellos, a su vez, acaban reproduciendo al identificarse con el discurso dominante.³⁴

Discusión

Nuestro análisis identifica omisiones y violaciones a los derechos humanos. Conforme expresan los profesionales médicos, hay omisiones relevantes en cuanto a la deficiente disponibilidad de la atención médica y los respectivos recursos humanos para este sector de población. De igual manera, se mostraron violaciones del derecho a la salud en relación con la accesibilidad, por diferentes dimensiones: discriminación por el estatus económico, raza, género, etnicidad, lengua y, por consiguiente, en cuanto al acceso a la información; el acceso no discriminatorio a la atención médica es uno de los derechos más fundamentales³⁵. Menéndez centra su atención en la práctica de invisibilizar el racismo ejercido en instituciones médicas,¹¹ estos factores revelan formas de violencia institucional y abuso de poder, prácticas racistas en México, que a menudo se justifican a través del proceso de modernización del estado-nación.^{26,36}

Al profundizar en la barrera lingüística, el personal a menudo cree estar haciéndoles un “favor” a sus pacientes al llamar a un intérprete, cuando, de hecho, el recurrir a un intérprete es parte de los derechos lingüísticos del paciente indígena: usar su lengua nativa. Finalmente, nuestra investigación reconoce la falta de la atención prenatal de calidad.³⁷ Sin embargo, al aplicar un enfoque de derechos humanos, enfatizamos al racismo como una práctica relevante que se constituye en una violación del derecho a la salud.

Constatamos que los diferentes niveles de racismo a menudo se superponen y se refuerzan entre sí. La experiencia de las pacientes totonacas con profesionales de salud pública no indígenas en su región, ilustra que éstos interactúan con sus pacientes indígenas dentro de un marco subyacente, implícito, pero influyente, de colonialismo persistente. Nuestro análisis coincide

con los hallazgos en otras regiones indígenas de México y de las Américas,^{38,39} que enfatizan la continuidad y persistencia de las relaciones asimétricas de poder. En estos contextos institucionalizados asimétricos, los profesionales de la salud tienden a reproducir prejuicios y estereotipos arraigados que se remontan a la colonia, mientras que sus pacientes indígenas se retiran y/o se rinden a través de estrategias de evasión o contacto mínimo.

Para dismantelar este tipo de círculos viciosos de discriminación institucional, estigmatización personal e internalización victimizada entre profesionales de la salud pública no indígenas y sus pacientes indígenas, todo el sistema institucional de atención sanitaria debe reconocer el racismo institucional. Nuestro análisis muestra, además, que el racismo -en los tres niveles antes mencionados- no es un fenómeno aislado, sino que interactúa estrechamente y se fusiona con otras fuentes de discriminación históricamente arraigadas.^{40,41}

Nuestros datos revelan particularmente la persistencia de sexismo y la misoginia contra las pacientes femeninas, que son percibidas como ignorantes, pasivas e irresponsables con su salud y la de sus hijos y familiares. Sin embargo, esta misoginia se manifiesta como un sexismo-racismo institucionalizado, nuestros resultados se centraron en la salud reproductiva, y la mostraron en su faz de una política de salud sexista y racista. Además, los programas asistenciales de transferencias condicionadas, como el programa *Oportunidades*, del que se beneficia la mayoría de la población indígena local, desencadenan o refuerzan atribuciones de roles específicos de género y, por lo tanto, refuerzan el sexismo. El sociólogo Molyneux mencionó la retradicionalización de los roles e identidades de género por parte de este tipo de programas asistenciales.⁴² En este contexto, también es relevante destacar la influencia que ejerce *Oportunidades* en la salud reproductiva; las mujeres que cuentan con este respaldo financiero son presionadas para que usen ciertos métodos anticonceptivos “modernos” u occidentales.²³ Como consecuencia, se ha demostrado que los médicos que tratan a mujeres de zonas rurales del país que reciben *Oportunidades* tienen más

probabilidades de realizar partos por cesárea.^{43,44}

En consecuencia, las diversas fuentes de identidad, p. ej., la raza y/o el origen étnico, el género, la edad y la clase, deben percibirse, a la vez, como fuentes de discriminación diferenciadas, pero también interrelacionadas y, a menudo, mutuamente reforzadas. Sólo una definición antiesencialista de estas identidades contribuirá a generar programas de capacitación sensibles a la diversidad para los profesionales de la salud. Ello requiere de un enfoque inter seccional para el análisis del racismo en estrecha relación con el sexismo, el clasismo y otras ideologías de asimetría y supremacía grupal.^{45,46}

En el caso de la interacción de las comunidades totonacas con el sistema de salud público mexicano, un análisis inter seccional revela la confluencia de tratamientos racistas y sexistas de pacientes indígenas femeninas por parte de profesionales de la salud, que a menudo están vinculados a otros fenómenos, como la violencia obstétrica.^{47,48}

Nuestro estudio de caso revela una preocupante necesidad de implementar medidas de formación y capacitación, tanto iniciales, como continuas, para profesionales de la salud que trabajan en marcos poscoloniales de marcada diversidad racial, étnica, cultural, lingüística y de género. Se requiere de una capacitación con orientación inter seccional y antirracista, en competencias interculturales, para preparar a los profesionales de la salud para que puedan generar modelos y prácticas de interacción no discriminatorios y sensibles a la diversidad de sus pacientes indígenas y sus familias y comunidades.⁴⁹

La competencia intercultural se define, principalmente, como la capacidad de comunicarse, desempeñarse e interactuar como profesional en entornos diversos y heterogéneos con personas y grupos de diferentes contextos culturales o subculturales, sociales, étnicos, nacionales, religiosos, de diferentes grupos de edad y/o roles de género y con diferentes habilidades o capacidades intelectuales, tanto como funcionales. Estas capacidades se manifiestan en el trabajo diario del profesional de la salud a través de su habilidad para superar el etnocentrismo de su grupo de origen, para realizar un "cambio de

código" y, con ello, transformar su percepción sobre sus pacientes, para identificar su propia posición y relación asimétrica, así como para generar "traducciones" culturales y lingüísticas entre diferentes sistemas normativos y culturales, incluidos diferentes sistemas y lógicas relacionadas con la salud, la enfermedad, la sanación y el bienestar.⁴⁵

código" y, con ello, transformar su percepción sobre sus pacientes, para identificar su propia posición y relación asimétrica, así como para generar "traducciones" culturales y lingüísticas entre diferentes sistemas normativos y culturales, incluidos diferentes sistemas y lógicas relacionadas con la salud, la enfermedad, la sanación y el bienestar.⁴⁵

Concluyendo, en la Sierra del Totonacapan los pueblos indígenas y su atención médica se ven afectados por todos los niveles de racismo. Discutimos la persistencia del colonialismo, que refleja la continuidad de las relaciones de poder asimétricas en la atención de la salud debido a las disparidades de salud por raza, género, cultura y etnia. En el contexto de la medicina intercultural, se entiende la relevancia de la competencia intercultural y el empoderamiento para gestionar el racismo mediado e internalizado personalmente.⁵⁰ Sin embargo, al centrarse en la salud materna, el impacto de las parteras y su vínculo con los determinantes sociales y estructurales han sido bien investigados.^{37,51}

Con respecto al marco aplicado del racismo, para gestionar los tres niveles de racismo de manera inter seccional, se requiere de una capacitación antirracista en competencia intercultural para preparar a los profesionales de la salud a desarrollar patrones de interacción no discriminatorios y sensibles a la diversidad con sus pacientes indígenas. Esta capacitación no sustituye los modelos existentes de atención en salud pública, sino que tiene como objetivo inter culturalizarlos para aumentar la sensibilidad de los profesionales de la salud al racismo y al sexismo como obstáculos para proporcionar servicios de salud culturalmente adecuados en contextos de diversidad cultural y asimetrías de origen colonial. Para dismantelar la herencia del colonialismo y resolver las omisiones y violaciones contemporáneas de las persistentes disparidades de

salud debido al racismo, México requiere una inversión pública en bienes de salud funcionales, en parteras calificadas y en competencia intercultural, para abordar la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de la asistencia sanitaria proporcionada a sus pueblos indígenas.

Agradecimientos

Al Dr. Francisco J. Pancardo Escudero, por su apoyo durante la investigación de campo y a la intérprete del totonaco Ana García Pérez de Filomeno Mata, porque sin su apoyo no habría sido posible el diálogo con la población de habla totonaca. Agradecemos igualmente el apoyo recibido por la Universidad Veracruzana Intercultural (<http://www.uv.mx/uvi/>), por el proyecto de investigación local *InterSaberes* (<http://www.intersaberes.org/>) así como por el Instituto de Historia de Medicina de la Universidad Justus Liebig en Giessen, Alemania, donde apreciamos especialmente el apoyo del Dr. Michael Knipper. Gracias también a Margarita Alcántara Alemán y Mariel Guzmán Sánchez por su ayuda.

Referencias

- Williams DR, Mohammed SA. Discrimination and racial disparities in health: evidence and needed research. *J Behav Med* 2009;32(1):20–47. doi: 10.1007/s10865-008-9185-0.
- Johnstone M-J, Kanitsaki O. The Neglect of Racism as an Ethical Issue in Health Care. *J Immigr Minor Heal* 2010;12(4):489–95. doi: 10.1007/s10903-008-9210-y.
- Horton R. Offline: Racism-the pathology we choose to ignore. *Lancet* 2017;390(10089):14. [Consultado 2020 agosto 8]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28677545>.
- Bhopal RS. Intertwining migration, ethnicity, racism, and health. *Lancet* 2017;390(10098):932. doi: 10.1016/S0140-6736(17)32143-8.
- Barnes LL, De Leon CFM, Wilson RS, Bienias JL, Bennett DA, Evans DA. Racial Differences in Perceived Discrimination in a Community Population of Older Blacks and Whites. *J Aging Health* 2004;16(3):315–37. doi: 10.1177/0898264304264202.
- Karlsen S, Nazroo JY. Relation between racial discrimination, social class, and health among ethnic minority groups. *Am J Public Health* 2002;92(4):624–31. [Consultado 2020 agosto 8]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11919063>.
- Larson A, Gillies M, Howard PJ, Coffin J. It's enough to make you sick: the impact of racism on the health of Aboriginal Australians. *Aust N Z J Public Health* 2007;31(4):322–9. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17725009>.
- Harris R, Tobias M, Jeffreys M, Waldegrave K, Karlsen S, Nazroo J. Racism and health: The relationship between experience of racial discrimination and health in New Zealand. *Soc Sci Med* 2006;63(6):1428–41. doi: 10.1016/j.socscimed.2006.04.009.
- Kung H-C, Hoyert DL, Xu J, Murphy SL. Deaths: final data for 2005. *Natl Vital Stat Rep* 2008;56(10):1–120. [Consultado 2020 agosto 8]. Disponible en: https://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr56/nvsr56_10.pdf.
- Osorio RM. Eduardo L. Menéndez (2002), La parte negada de la cultura. *Relativismo, diferencias y racismo. Región y Soc* 2008;20:337–45. [Consultado 2020 agosto 8]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-39252008000400012.
- Menéndez EL. De racismos, esterilizaciones y algunos otros olvidos de la antropología y la epidemiología mexicanas. *Salud Colect* 2009;5(2):155. [Consultado 2020 agosto 8]. Disponible en: <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/258>.
- Pan American Health Organization. Ethnicity and Health. 132nd session of the executive committee. Washington (DC): PAHO; 2003. [Consultado 2020 agosto 8]. Disponible en: <http://www.paho.org/English/gov/ce/ce132-16-e.pdf>.
- Roldán JA, Álvarez MA, Carrasco M, Guarneros N, Ledesma J, Cuchillo-Hilario M, et al. Marginalization and health service coverage among Indigenous, rural, and urban populations: A public health problem in Mexico. *Rural Remote Health* 2017;17(4). [Consultado 2020 agosto 8]. Disponible en: <https://www.rrh.org.au/journal/article/3948>.
- Perreira KM, Telles EE. The color of health: skin color, ethnoracial classification, and discrimination in the health of Latin Americans. *Soc Sci Med* 2014;116:241–50. doi: 10.1016/j.socscimed.2014.05.054.
- Freyermuth G and Sesia P. La Muerte Materna.

- Acciones y estrategias hacia una maternidad segura: Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgo en México. México Ciudad: CIESAS; 2009.
16. Jones CP. Levels of racism: a theoretic framework and a gardener's tale. *Am J Public Health* 2000;90(8):1212–5. [Consultado 2020 agosto 8]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10936998>
 17. CESCR: General comment No. 14. The right to the highest attainable standard of Health. Art. 12. Committee on Economic, Social and Cultural Rights. Geneva; 2000. [Consultado 2020 agosto 8]. Disponible en: <https://www.refworld.org/pdfid/4538838d0.pdf>.
 18. Valderrama Rouy P. The Totonac. En: Sandstrom AR, García Valencia EH, editors. *Native Peoples of the Gulf Coast of Mexico*. Tucson: The University of Arizona Press; 2005:187–210.
 19. Atkinson R., Flint J. Accessing Hidden and Hard-to-Reach Populations: Snowball Research Strategies. *Social Research Update* 2001;(33). [Consultado 2020 agosto 8]. Disponible en: <http://sru.soc.surrey.ac.uk/SRU33.html>.
 20. Glaser BG, Strauss AL. *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. New York City: Routledge; 1999.
 21. Dietz G. Towards a Doubly Reflexive Ethnography: A proposal from the anthropology of interculturality. *AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana* 2011;11(1):3-26. [Consultado 2020 agosto 8]. Disponible en: <http://www.aibr.org/antropologia/netesp/numeros/0601/060102e.pdf>
 22. Geertz C. Thick Description: Towards and Interpretive Theory of Culture. En: *The Interpretation of Culture: Selected Essays*; 1973:310–23.
 23. Smith-Oka V. Unintended consequences: Exploring the tensions between development programs and indigenous women in Mexico in the context of reproductive health. *Soc Sci Med* 2009;68(11):2069-77. doi: 10.1016/j.socscimed.2009.03.026.
 24. Ali MM, Sadler RK, Cleland J, Ngo T, Shah IH. Long-term contraceptive protection, discontinuation and switching behaviour. Intrauterine device (IUD) use dynamics in 14 developing countries. London: WHO, Marie Stopes International, USAID; 2011.
 25. Kleinman A, Benson P. Anthropology in the Clinic: The Problem of Cultural Competency and How to Fix it. *PLoS Med* 2006;3(10):1673–6. doi: 10.1371/journal.pmed.0030294.
 26. Dixon LZ, El Kotni M, Miranda V. A Tale of Three Midwives: Inconsistent Policies and the Marginalization of Midwifery in Mexico. *J Lat Am Caribb Anthropol* 2019;24(2):351–69. doi: 10.1111/jlca.12384
 27. Foucault M. *The Birth of the Clinic: An Archaeology of Medical Perception*. Vintage; 1994.
 28. Jenkins GL. Burning bridges: policy, practice, and the destruction of midwifery in rural Costa Rica. *Soc Sci Med* 2003;56(9):1893–909. doi: 10.1016/S0277-9536(02)00212-5.
 29. Maine D. Detours and shortcuts on the road to maternal mortality reduction. *Lancet* 2007;370(9595):1380–2. doi: 10.1016/S0140-6736(07)61580-3.
 30. Hartmann K, Viswanathan M, Palmieri R, Gartlehner G, Thorp Jr J, Lohr KN. Outcomes of Routine Episiotomy. A Systematic Review. *JAMA* 2005;293(7):2141–7. doi: 10.1001/jama.293.17.2141
 31. Dietz G. From Indigenismo to Zapatismo: the struggle for indigenous rights in twentieth century Mexico. In: Zamosc L, Grey Postero N, editors. *The Struggle for Indian Rights in Latin America*. Brighton: Sussex Academic Press; 2004:32–80.
 32. Saldívar Tanaka E. *Prácticas cotidianas del Estado: una etnografía del indigenismo*. Mexico City: Universidad Iberoamericana; 2008.
 33. Cortina A. Aporofobia, el rechazo al pobre: un desafío para la democracia. Paidós Ibérica; 2017.
 34. Moreno Figueroa MG, Saldívar Tanaka E. 'We Are Not Racists, We Are Mexicans': Privilege, Nationalism and Post-Race Ideology in Mexico. *Crit Sociol* 2016;42(4–5):515–33. doi: 10.1177/0896920515591296.
 35. Hunt P, Backman G. Health systems and the right to the highest attainable standard of health. *Health Hum Rights* 2008;10(1):81–92. [Consultado 2020 agosto 8]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20845831>
 36. Iturriaga, E. *Las élites de la Ciudad Blanca: discursos racistas sobre la Otrredad*. Mérida: Universidad Nacional Autónoma de México; 2016.
 37. Walker D, DeMaria LM, Suarez L, Cragin L, Evaluating Alternative Models of Obstetric Care in Mexico Research Team. Skilled Birth Attendants in Mexico: How Does Care During Normal Birth by General Physicians, Obstetric Nurses, and Professional Midwives Compare with World Health Organization Evidence-Based Practice Guidelines? *J Midwifery Women's Health* 2012;57(1):18–27. doi: 10.1111/j.1542-2011.2011.00075.x.
 38. Heart MYHB, Chase J, Elkins J, Altschul DB.

- Historical trauma among Indigenous Peoples of the Americas: concepts, research, and clinical considerations. *J Psychoactive Drugs* 2011;43(4):282–90. doi: 10.1080/02791072.2011.628913.
39. Flores Albornoz, D. La clínica rural en el contexto indígena: alcances y desafíos. *Desacatos* 2020;63(1):59-69.
 40. Crenshaw, K. Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics. *University of Chicago Legal Forum* 1989;(1):139-167. [Consultado 2020 agosto 8]. Disponible en: <http://chicagounbound.uchicago.edu/uclf/vol1989/iss1/8>.
 41. Crenshaw K. Mapping the Margins: intersectionality, identity politics and violence against women of color. En: M. Fineman & R. Mykitiuk (eds.): *The Public Nature of Private Violence*. New York, NY: Routledge; 1994:93-118.
 42. Molyneux M. Mothers at the Service of the New Poverty Agenda: Progresiva/Oportunidades, Mexico's Conditional Transfer Programme. *Social Policy & Administration* 2006;40(4):425–49. doi: 10.1111/j.1467-9515.2006.00497.x.
 43. Barber SL. Mexico's conditional cash transfer program increases cesarean section rates among the rural poor. *Eur J Public Health* 2009;20(4):383–8. doi: 10.1093/eurpub/ckp184.
 44. Lahoz Gómez D, Vázquez García V, Zapata Martelo E. Programa Oportunidades: ¿superación de la pobreza con perspectiva de género? En: E. Montero Mendoza (coord.): *Género y etnicidad en los programas de salud pública: tuberculosis pulmonar en la Sierra de Santa Marta, Veracruz*. Xalapa, Editorial Universidad Veracruzana; 2013:63-101.
 45. Hogan VK, de Araujo EM, Caldwell KL, Gonzalez-Nahm SN, Black KZ. “We black women have to kill a lion everyday”: An intersectional analysis of racism and social determinants of health in Brazil. *Soc Sci Med* 2018;199:96–105. doi: 10.1016/j.socscimed.2017.07.008.
 46. Hankivsky O, Reid C, Cormier R, Varcoe C, Clark N, Benoit C, et al. Exploring the promises of intersectionality for advancing women’s health research. *Int J Equity Health* 2010;9(5). [Consultado 2020 agosto 8]. Disponible en: <http://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/1475-9276-9-5>.
 47. Castro R, Frías SM. Obstetric Violence in Mexico: Results From a 2016 National Household Survey. *Violence Against Women*, SAGE. 2019. doi: 10.1177/1077801219836732.
 48. Tobasía-Hege C, Pinart M, Madeira S, Guedes A, Revez L, Valdez-Santiago R, et al. [Disrespect and abuse during childbirth and abortion in Latin America: systematic review and meta-analysis *Desrespeito e maus-tratos durante o parto e o aborto na América Latina: revisão sistemática e meta-análise*]. *Rev Panam Salud Publica* 2019;43:e36. [Consultado 2020 agosto 8]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31093260>.
 49. DallaPiazza M, Padilla-Register M, Dwarakanath M, Obamedo E, Hill J, Soto-Greene M. Exploring Racism and Health: An Intensive Interactive Session for Medical Students. *MedEdPORTAL* 2018;14:10783. [Consultado 2020 agosto 8]. Disponible en: <https://www.mededportal.org/publication/10783>.
 50. Lerín-Piñón S. Antropología y salud intercultural: desafíos de una propuesta. *Desacatos Rev Ciencias Soc* 2004 ;0(16):111–25. [Consultado 2020 agosto 8]. Disponible en: <http://desacatos.ciesas.edu.mx/index.php/Desacatos/article/view/1074>.
 51. Miller S, Cordero M, Coleman AL, Figueroa J, Brito-Anderson S, Dabagh R, et al. Quality of care in institutionalized deliveries: The paradox of the Dominican Republic. *Int J Gynecol Obstet* 2003;82(1):89–103. doi: 10.1016/S0020-7292(03)00148-6.

Recibido: 28 de diciembre de 2020.

Aceptado: 3 de noviembre de 2021.

Conflicto de intereses: ninguno.



Medicina Social
Salud Para Todos

Anexo

Preguntas para las parteras tradicionales

- ¿Qué se puede hacer para mejorar la atención médica en la región?
- ¿Desde cuándo trabaja como partera?
- ¿Cómo empezó a trabajar de partera?
- ¿Cómo obtuvo ese conocimiento?
- ¿Qué es una partera tradicional?
- ¿Cuánto dinero cobra?
- ¿Cuántos pacientes tienen en este momento?
- ¿Qué tipo de pacientes acuden a usted?
- ¿Qué debe tener en cuenta una paciente antes, durante o después del parto?
- ¿Trabaja junto con el centro de salud local?
- ¿Cuáles son las diferencias entre médicos y parteras?
- ¿A los pacientes les gusta ir al hospital regional / centro de salud local?
- ¿Qué tipo de miedos tienen sus pacientes?
- ¿Por qué las mujeres embarazadas no quieren ir al hospital regional?
- ¿Cómo evalúa el trabajo de los médicos?
- ¿Por qué deriva a sus pacientes al hospital regional / centro de salud local?
- ¿Desde cuándo los médicos participan en el entrenamiento de parteras?
- ¿Qué ha cambiado como resultado del entrenamiento de parteras?
- ¿Cómo califica el entrenamiento de parteras?
- ¿Cómo evalúan sus pacientes el entrenamiento de parteras?
- ¿Cómo se puede imaginar el parto con una partera?
- ¿Sus pacientes asisten a atención prenatal?
- ¿Por qué se les dice a las mujeres que tengan menos hijos?
- ¿Han muerto las mujeres durante el embarazo o el parto en el municipio?
- ¿Cuáles son las causas de la mortalidad materna?
- ¿Cómo se puede prevenir la muerte de una mujer embarazada?
- ¿Qué papel juega el esposo en el embarazo y el parto?
- ¿Qué opinas sobre planificación familiar?

Preguntas para los profesionales de la salud

- ¿Cuáles son los temas relevantes en el hospital regional?
- ¿Qué se puede hacer para mejorar la atención médica en la región?
- ¿Qué impacto tiene el hospital regional?
- ¿Qué papel tiene la cultura del paciente?
- ¿Cuáles son las principales barreras entre el hospital regional / centro de salud local y la población local?
- ¿Los problemas de comunicación afectan la atención médica?
- ¿Existen diferencias en la atención entre pacientes indígenas y no indígenas?
- ¿Cómo percibe el trabajo de las parteras tradicionales?
- ¿Cómo evalúa la medicina tradicional?
- ¿Qué hace buena a una partera?
- ¿Cómo percibe la colaboración con las parteras tradicionales?
- ¿Por qué muchas mujeres prefieren a una partera tradicional?
- ¿Qué ha cambiado desde el *Seguro Popular de Salud*?¹
- ¿Cómo evalúa el programa *Oportunidades*?²
- ¿Por qué a muchas mujeres les preocupa ir al hospital regional?
- ¿Qué tan alto es el índice de mortalidad materna en la región?
- ¿Por qué las pacientes mueren durante el embarazo o el parto?
- ¿De qué manera se puede reducir la tasa de mortalidad?
- ¿Desde cuándo la mortalidad materna ha sido una prioridad?

¿Existe una relación entre mortalidad materna y las parteras tradicionales?
¿Cómo se consigue que las parteras ingresen a una capacitación?
¿Qué problemas asocia con la planificación familiar?
¿Cuál es el rol que tiene la población masculina en la planificación familiar?
¿Por qué las pacientes temen a las cirugías de planificación familiar?
¿Cómo se aborda la Oclusión Tubaria Bilateral (OTB) con las pacientes?
¿Por qué todas las mujeres se colocan el DIU (Dispositivo Intrauterino) después de dar a luz?

Preguntas para las pacientes

¿Qué se puede hacer para mejorar la atención médica en la región?
¿Cómo percibe la atención médica en el hospital regional/centro de salud local?
¿Alguna vez ha dado a luz en el hospital regional/centro de salud local?
¿Cuál es su experiencia con el hospital regional/centro de salud local?
¿Recibe cuidados prenatales?
¿Cuál es la razón para ir a dar a luz con parteras o al centro de salud local?
¿Se siente obligada a ir al hospital regional/centro de salud local por el programa *oportunidades*?
¿Cuáles son las barreras que impiden ir con una partera o al centro de salud local?
¿Dar a luz la pone nerviosa?
¿En función de qué criterios elige a su partera?
¿Las parteras forman parte de una tradición?
¿Cuáles son las diferencias entre parteras y doctores?
¿Qué consideraciones debe tomar una mujer antes, durante y después del embarazo?
¿Cuáles son las causas de las muertes infantiles?
¿Cuáles son las causas de la mortalidad materna?
¿Conoce o han sido mencionadas cirugías para no tener hijos?
¿Qué le han dicho acerca de la OTB?
¿Cuál es su opinión sobre esa cirugía?
¿Cuál es la opinión de su esposo sobre esa cirugía?

- 1 El *Seguro Popular de Saludes* es un instrumento financiero lanzado por la Secretaría de Salud en el año 2003 y está bajo la dirección de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud; el *seguro popular de salud* atiende la salud pública de la población que no cuenta con seguro social.
- 2 *Oportunidades* es un programa mexicano de transferencias condicionadas lanzado en 1997.