

**EL RESCATE DE LA PARTERÍA TRADICIONAL EN MORELOS FRENTE A LA ACREDITACIÓN
ESTATAL**

DRA. JACQUELINE E. BOCHAR PIZARRO

El estudio y reconocimiento de la medicina tradicional en el mundo occidental han cobrado notable interés en las últimas décadas, y los ejemplos comparativos entre una u otra cultura médica popular han servido para establecer más las semejanzas que las diferencias existentes entre las numerosas manifestaciones médico-culturales de los pueblos que las practican.

En el caso de América Latina, y en especial de México, la medicina tradicional es un fenómeno vigente de la cultura nacional que podría definirse más bien como un legado de recursos y prácticas curativas, que como un cuerpo teórico-práctico de conocimientos estructurados en torno a una escuela del pensamiento médico con una concepción unívoca del hombre y la enfermedad. Ello debido a que se trata de todo un conjunto de conocimientos, aptitudes y prácticas basados en teorías, creencias y experiencias indígenas de las diferentes culturas, sean o no explicables, usados para el mantenimiento de la salud, así como para la prevención, el diagnóstico, la mejora o el tratamiento de enfermedades físicas o mentales.

De acuerdo con Xavier Lozoya L. (1989) una de las razones primordiales que llevaron a la Organización Mundial de la Salud (OMS) a interesarse en el tema y a crear el *Programa de Promoción y Desarrollo de la Medicina Tradicional* en 1975, pugnando por su reconocimiento en todo el mundo, fue el impactante éxito que obtuvo la República Popular de China al oficializar y poner en práctica una estrategia de atención a la salud que contemplaba la utilización de su medicina tradicional. Dicha experiencia se conoció en Occidente apenas en 1970, a partir del ingreso de ese país a la Organización de las Naciones Unidas.

Y aunque, como veremos, en nuestro país se han implementado convenios y vinculado a acuerdos para el fomento, respeto y promoción de la medicina tradicional, lo cierto es que aún hoy parece que lo que realmente sigue en juego es la aceptación y el reconocimiento de la función social que desempeñan otras culturas médicas frente a la del modelo oficial que ha dominado el ejercicio de la medicina por lo menos durante más de cien años en este país, pues más allá de las recomendaciones parecen no existir acciones concretas para impulsar la práctica de este tipo de medicina y sí para que los pobladores de las diversas comunidades y poblados indígenas ajusten su mirada, acepten y “comprendan” al sistema médico hegemónico.

I. Legislación

Marco Internacional

Teniendo como antecedente el ejemplo de la República Popular de China, la intención abierta de aprovechar las experiencias y conocimientos de la población sobre la medicina tradicional en los sistemas de salud en el mundo se inició oficialmente con la declaración de Alma Atta, realizada en 1979, en Kazajistán, en la antigua Unión Soviética, bajo la convocatoria de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). En esta Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, la OMS invitó a los Estados Miembros a buscar y lograr la participación activa de la población, aprovechando sus conocimientos sobre la medicina tradicional, considerando sus necesidades, recursos locales y características sociales y culturales.

Desde entonces, en nuestro país se han difundido, firmado y emitido diversos acuerdos y propuestas internacionales para valorar e incorporar la medicina tradicional y las medicinas complementarias en los sistemas de salud, como el Artículo 24 del Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) sobre Pueblos Indígenas y Tribales Independientes suscrito por México en 1990, la propuesta de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) sobre Medicina

Tradicional y Terapias Alternativas en 2002, la resolución de la 56ª Asamblea Mundial de la Salud, del día 28 de mayo de 2003, la Declaración de las Naciones Unidas (ONU) sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas del día 13 de septiembre de 2007, y la resolución EB124.R9 de la 62ª Asamblea Mundial de la Salud, del día 26 de enero de 2009 (Secretaría de Salud, 2013:4).

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, reunida en Alma-Ata el día 12 de septiembre de 1978, considerando la necesidad de una acción urgente por parte de todos los gobiernos, de todo el personal de salud y de desarrollo y de la comunidad mundial para proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo, hace la siguiente Declaración: VII.- La atención primaria de salud: 4.- se basa, tanto en el plano local como en el de referencia y consulta de casos, en personal de salud, con inclusión según proceda, de médicos, enfermeras, parteras, auxiliares y trabajadores de la comunidad, así como de personas que practican la medicina tradicional, en la medida que se necesiten, con el adiestramiento debido en lo social y en lo técnico, para trabajar como un equipo de salud y atender las necesidades de salud expresas de la comunidad.

El Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo sobre Pueblos Indígenas y Tribales Independientes, de 1989, de carácter vinculante en México, en su Artículo 2 señala:

1. Los gobiernos deberán asumir la responsabilidad de desarrollar, con la participación de los pueblos interesados, una acción coordinada y sistemática con miras a proteger los derechos de esos pueblos y a garantizar el respeto de su integridad. 2. Esta acción deberá incluir medidas: b) que promuevan la plena efectividad de los derechos sociales, económicos y culturales de esos pueblos, respetando su identidad social y cultural, sus costumbres y tradiciones, y sus instituciones”. En el artículo 25 señala: “2. Los servicios de salud deberán organizarse, en la medida de lo posible, a nivel comunitario. Estos servicios deberán planearse y administrarse en

cooperación con los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales.

La Declaración de la ONU sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas de 2007, en su resolución aprobada por la Asamblea General y suscrita por México, señala, en el art. 24, que “los pueblos indígenas tienen derecho a sus propias medicinas tradicionales y a mantener sus prácticas de salud, incluida la conservación de sus plantas medicinales, animales y minerales de interés vital desde el punto de vista médico”.

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) cuenta con una política sobre Medicina Tradicional y Medicinas Complementarias desde el año de 2002. En su 56ª Asamblea Mundial de la Salud del día 28 de mayo de 2003, esta organización emitió la Resolución WHA56.31, que en su punto 14.10.1 instó a los Estados miembros a que de conformidad con la legislación y los mecanismos establecidos, adapten, adopten y apliquen cuando proceda, la estrategia de la OMS sobre medicina tradicional como fundamento de los programas nacionales o programas de trabajo sobre medicina tradicional, la cual fue suscrita por México al igual que la Declaración de 2008 emitida en Beijing sobre el tema.

En la 62ª Asamblea Mundial de la Salud del día 26 de enero de 2009, la OMS emitió la Resolución EB124.R9 sobre medicina tradicional que en su punto 4.52 insta a los Estados Miembros, de conformidad con las capacidades, prioridades y circunstancias nacionales y la legislación nacional pertinente:

- 1) a considerar la posibilidad de adoptar y aplicar la Declaración de Beijing sobre Medicina Tradicional, de conformidad con las capacidades, prioridades y circunstancias nacionales y la legislación nacional pertinente;

- 2) a respetar, preservar y comunicar ampliamente, según proceda, el conocimiento de la medicina, los tratamientos y las prácticas tradicionales, de

forma apropiada y sobre la base de las circunstancias de cada país, así como de datos probatorios sobre seguridad, eficacia y calidad;

3) a formular políticas, reglamentos y normas nacionales en el marco de un sistema nacional de salud integral, para promover el uso apropiado, seguro y eficaz de la medicina tradicional

4) a considerar la posibilidad, cuando proceda, de incluir la medicina tradicional en sus sistemas de salud, sobre la base de sus capacidades, prioridades y circunstancias nacionales y la legislación nacional pertinente, así como de datos probatorios sobre seguridad, eficacia y calidad;

5) a seguir desarrollando la medicina tradicional sobre la base de las investigaciones y la innovación, tomando debidamente en consideración las medidas específicamente relacionadas con la estrategia mundial y plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual;

6) a considerar, cuando proceda, la posibilidad de establecer sistemas para calificar, acreditar u otorgar licencias a quienes practican la medicina tradicional, y prestar asistencia a los practicantes de la medicina tradicional para mejorar sus conocimientos y aptitudes en colaboración con los dispensadores de atención de salud pertinentes;

7) a considerar la posibilidad de fortalecer la comunicación entre los prestadores de medicina convencional y medicina tradicional y, cuando proceda, de establecer programas de capacitación apropiados para los profesionales de la salud, los estudiantes de medicina y los investigadores pertinentes;

8) a cooperar entre sí para compartir conocimientos y prácticas de medicina tradicional e intercambiar programas de formación en medicina tradicional, de forma compatible con la legislación nacional y las obligaciones internacionales pertinentes (Secretaría de Salud; 2013).

Actualmente la OMS lleva las siguientes líneas de acción, que se pretenden estandarizar a nivel mundial, a saber:

1. Definición de los procesos de formación de los practicantes de la Medicina Tradicional y de las Medicinas Complementarias.
2. La definición de los sistemas y procesos de calificación y autorización de los practicantes de la Medicina Tradicional y Medicinas Complementarias.
3. La definición de los sistemas de registro e inscripción de la Medicina Tradicional y Medicinas Complementarias.
4. El establecimiento de procesos de regulación técnica de la práctica de la Medicina Tradicional y Medicinas Complementarias (Ibarra, 2016).

El Parlamento Latinoamericano, organismo intergubernamental de ámbito regional y permanente, que está integrado por los congresos y asambleas legislativas nacionales de Latinoamérica, encargado de promover, armonizar y canalizar el movimiento hacia la integración, en su XXV Asamblea Ordinaria celebrada en Panamá el 3 de diciembre de 2009, emitió la Resolución: Ao/2009/13, en la que se aprueba la Ley Marco en Materia de Medicina Tradicional para América Latina y el Caribe, elaborada por la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural de la Secretaría de Salud de México; resolviendo también a los Congresos Miembros, con la remisión de la Ley Marco en Materia de Medicina Tradicional para América Latina y el Caribe, e impulsar la traducción y publicación de la Ley Marco al idioma portugués, inglés y francés, a efectos de velar por su efectiva difusión, procurando el apoyo de los Congresos Miembros y Organismos Internacionales.

Marco Nacional

En México, desde el 2001, la Constitución de los Estados Unidos Mexicanos reconoce a la medicina tradicional señalando en su Artículo 2º que:

“La nación tiene una composición pluricultural sustentada originalmente en sus pueblos indígenas... A. Esta constitución reconoce y garantiza el derecho de los pueblos y las comunidades indígenas a la libre determinación

y, en consecuencia, a la autonomía para: IV. Preservar y enriquecer sus lenguas, conocimientos y todos los elementos que constituyan su cultura e identidad. B.... Para abatir las carencias y rezagos que afectan a los pueblos y comunidades indígenas, las autoridades, tienen la obligación de: III. Asegurar el acceso efectivo a los servicios de salud mediante la ampliación de la cobertura del sistema nacional, aprovechando debidamente la medicina tradicional...”

El 10 de junio de 2011 se reformó el Artículo 1º constitucional, que señala:

“En los Estados Unidos Mexicanos todas las personas gozaran de los derechos humanos reconocidos en esta constitución y en los tratados internacionales de los que el estado mexicano sea parte, así como de las garantías para su protección, cuyo ejercicio no podrá restringirse ni suspenderse, salvo en los casos y bajo las condiciones que esta constitución establece. Queda prohibida toda discriminación motivada por origen étnico o nacionalidad, el género, la edad, las discapacidades, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias sexuales, el estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas.”

Con estas modificaciones a la Constitución, el Estado Mexicano se ve obligado a cumplir con los acuerdos internacionales suscritos por México en términos de Derechos Humanos. En el caso de la medicina tradicional, si bien el art. 2º constitucional ya lo reconocía, el convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), de carácter vinculante, en conjunto con la Declaración de la ONU con respecto a los Derechos de los Pueblos indígenas, son claros al estipular como derecho de los pueblos indígenas el atenderse con la medicina y partería tradicional.

Por su parte, la última reforma de la Ley General de Salud del país publicada en el Diario Oficial de la Federación el 27 de enero de 2017, señala:

- Artículo 6o.- ... VI Bis, 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.
- Artículo 64.- En la organización y operación de los servicios de salud destinados a la atención materno-infantil, las autoridades sanitarias competentes establecerán: IV. Acciones de capacitación para fortalecer la competencia técnica de las parteras tradicionales, para la atención del embarazo, parto y puerperio.
- Artículo 93.- La Secretaría de Educación Pública, en coordinación con la 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.

Finalmente, objetivo general del Gobierno de Enrique Peña Nieto es llevar a México a su máximo potencial a través del Programa Nacional de Desarrollo 2013-2018 que establece cinco metas nacionales: México en Paz, México Incluyente, México con Educación de Calidad, México Próspero y México con Responsabilidad Global; y formula tres estrategias transversales: Democratizar la Productividad, Gobierno Cercano y Moderno y Perspectiva de Género.

El eje o meta denominada México Incluyente, se propone enfocar la acción del Estado en garantizar el ejercicio de los derechos sociales y cerrar las brechas de desigualdad social que aún nos dividen. Siendo su objetivo último que el país se

integre por una sociedad con equidad, cohesión social e igualdad sustantiva, refiriendo en su Estrategia 2.2.3 la importancia de:

Fomentar el bienestar de los pueblos y comunidades indígenas, fortaleciendo su proceso de desarrollo social y económico, respetando las manifestaciones de su cultura y el ejercicio de sus derechos.

Destacando las Líneas de acción enfocadas a:

- Desarrollar mecanismos para que la acción pública dirigida a la atención de la población indígena sea culturalmente pertinente.
- Fomentar la participación de las comunidades y pueblos indígenas en la planeación y gestión de su propio desarrollo comunitario, asegurando el respeto a sus derechos y formas de vida.
- Asegurar el ejercicio de los derechos de los pueblos y comunidades indígenas en materia de alimentación, salud, educación e infraestructura básica.
- Impulsar políticas para el aprovechamiento sustentable y sostenible de los recursos naturales existentes en las regiones indígenas y para la conservación del medio ambiente y la biodiversidad, aprovechando sus conocimientos tradicionales.

II. Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural: la propuesta de la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud

El reconocimiento al que se llega tras la modificación de la Constitución sobre la composición pluricultural del país sustentada en los pueblos indígenas, descendientes de poblaciones anteriores a la llegada de los europeos y que conservan sus propias instituciones sociales, económicas, culturales y políticas, o parte de ellas, implica que los rasgos y características que determinan que una persona sea indígena deben incluir no sólo la dimensión de la lengua y el habla

sino considerar la autoadscripción a determinada cultura y la conciencia de identidad, entre otras cosas.

Precisamente en el contexto del reconocimiento a la diversidad cultural de nuestras poblaciones y ante la emergencia de nuevos modelos de atención a la salud nace, en agosto de 2002, la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural. Desde entonces, su trabajo se ha enfocado en 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 medicina tradicional mexicana y las denominadas medicinas complementarias, presentes en las preferencias de la sociedad. Ello, desde sus cuatro líneas de trabajo: a) Interculturalidad; b) Atención a la Salud de los Pueblos Indígenas y Afrodescendientes; c) Medicinas Complementarias y d) Medicina Tradicional.

Partiendo del hecho de que en los países multiculturales existen grupos de población con diferentes concepciones de la salud y enfermedad y diversas maneras de abordarla, y de que cada concepción y visión sobre la salud y la enfermedad se traduce en formas concretas para prevenir la enfermedad, restituir la salud, aliviar o mitigar el dolor y enfrentar la muerte, se vuelve evidente que la calidad de los servicios de salud no depende exclusivamente de la suficiencia de recursos y las capacidades técnicas del personal de salud. Sino que es necesario que el personal demuestre el dominio de competencias y habilidades relacionadas con las cualidades de la cultura regional, delineadas por la pertenencia étnica, la cultura alimentaría, el contexto ambiental y sus condicionantes sociales. Es decir, que cuente con lo que desde esta Dirección denominan “competencias culturales” que le permitan entender y atender a un usuario diferente en el contexto de la amplia diversidad de la sociedad mexicana.

En ese sentido, y con el objetivo primordial de lograr una mirada intercultural, la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud plantea en su documento “Competencias Interculturales para el personal de Salud” que:

No reconocer la realidad multicultural del país, no solo de regiones rurales e indígenas sino también de las grandes ciudades, impide desarrollar un proceso comunicativo suficiente entre códigos culturales diferentes dificultando a nivel clínico:

- Establecer un diagnóstico certero.
- Explicar adecuadamente las indicaciones médicas.
- El seguimiento de las medidas profilácticas y terapéuticas indicadas.
- Establecer una relación del personal de salud - usuario respetuosa y cercana (2009, 3).

Así, pareciera que apuestan a que una buena propuesta a favor de la calidad de la atención y promoción de la salud se constituye a través de la generación de procesos de comunicación y concertación interculturales entre el personal de salud y los usuarios, distanciados en muchos casos por elementos y barreras culturales, como las diferencias educativas, las creencias religiosas o las diferencias lingüísticas. Donde la interculturalidad en la salud propone la participación activa de los diferentes actores sociales de la salud, considerando no sólo la relación entre las personas, sino los recursos terapéuticos, los espacios y los aspectos administrativos y de dirección. En resumen, su meta se orienta no sólo a que el personal desarrolle dicha mirada, sino a que la misma se viva y comparta a través de los diferentes servicios que se brindan en todos y cada uno de los espacios de atención.

En ese sentido plantean que la presencia de barreras culturales que dificultan el acceso a los servicios de salud, percepciones de indiferencia hacia los usuarios, discriminación por parte del personal médico a diferentes grupos culturales y que

dan cuenta de la poca o nula competencia intercultural del personal médico en el trato hacia el usuario, los ha llevado a argumentar la necesidad de enfrentar y evaluar el hecho de brindar al personal de salud (operativo, administrativo, directivo y en proceso educativo) cursos y talleres con una propuesta de Sensibilización Intercultural en Salud (SIS) que se entiende como:

la capacidad del ser humano de sentir, tomar conciencia y recapacitar sobre la importancia de los procesos en los que los servicios de salud consideran el entorno cultural, la diversidad y el respeto, respecto a diferentes interpretaciones relacionadas con la salud y enfermedad; la SIS propone no solo considerar la relación entre las personas, sino los recursos terapéuticos, los espacios y los aspectos administrativos y de dirección (2013: 2).

Dicha propuesta se cristaliza a través de la implementación de talleres cuyos objetivos principales son los de sensibilizar al personal de salud, directivo y operativo a fin de coadyuvar al establecimiento de una relación de respeto y comunicación asertiva entre prestadores y usuarios, considerando sus expectativas, creencias y preferencias de otros modelos de atención. Ello a través de un proceso de implementación que va más allá de la impartición del taller, pues también cuenta con un procedimiento de seguimiento para reforzar la sensibilización, una evaluación del impacto a través de indicadores específicos, reforzamiento a distancia y difusión a través de documentos bibliográficos.

Del mismo modo, y dado que en el campo de la salud se ha denunciado en múltiples ocasiones por organizaciones civiles una práctica fundamentada en el llamado “androcentrismo”, se han planteado también la necesidad de incorporar la categoría de género de manera orgánica a la propuesta de interculturalidad en salud a fin de combatir las acciones discriminatorias hacia la mujer en los servicios de salud. Así, siguiendo el esquema de sensibilización para el personal de salud, han formulado una propuesta que introduce dicha categoría en el mismo proceso

de capacitación de una forma integral y que facilite su comprensión y sensibilización en el tema.

III. Medicina Tradicional en Morelos

Actualmente, los nahuas constituyen el grupo indígena mayoritario en la República Mexicana a pesar de no formar una unidad política, sino que están localizados en un área que va desde Durango hasta el sur de Tabasco, y se concentran principalmente en Puebla, Veracruz e Hidalgo. En menor proporción se sitúan en San Luis Potosí, Hidalgo, Distrito Federal, Estado de México, Tlaxcala, Morelos, Jalisco, Michoacán, Nayarit y Oaxaca.

En Morelos, los pueblos nahuas se encuentran dispersos, concentrándose principalmente en Hueyapan, municipio de Tetela del Volcán; Tetelcingo, municipio de Cuautla; Santa Catarina, municipio de Tepoztlán; Cuentepec, municipio de Temixco y Xoxocotla, municipio de Puente de Ixtla, aun cuando es posible también ubicarlos en otras regiones del estado, así como en su cabecera municipal, Cuernavaca.

De acuerdo con datos de la Biblioteca Digital de la Medicina Tradicional Mexicana (http://www.unamenlinea.unam.mx/recurso/biblioteca-digital-de-la-medicina-tradicional-mexicana_80999), la gran importancia que tiene la práctica médica tradicional en el logro de la salud de los pueblos nahuas constituye un común denominador de sus distintos núcleos poblacionales, cuestión que se refleja en la creación de numerosas organizaciones que sus terapeutas han constituido a partir del año 1990, con el propósito de reforzar sus conocimientos, legalizar su práctica médica y proporcionar una alternativa de salud organizada con la creación de jardines botánicos y farmacias comunitarias de productos herbolarios regionales, entre otras actividades. Aquí es pertinente aclarar que, si bien estas iniciativas han coadyuvado al reconocimiento y promoción de este modelo de medicina, no se han desprendido del todo de políticas o programas

federales y/o gubernamentales específicos en el tema; sino que han sido resultado de iniciativas particulares en la mayoría de los casos.¹

Esto mismo parece ocurrir respecto a la medicina tradicional y su práctica en el estado de Morelos. A decir de Elizabeth Sánchez Oviedo, responsable del área de cultura de la CDI, los servicios de salud del estado trabajan con parteras y “tienen un programa de medicina tradicional, que no está bien aterrizado aun en los centros” y que evidentemente se trata de la propuesta impulsada desde la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural. Esto específicamente desde su Modelo de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio con un enfoque humanizado, intercultural y seguro que en el estado se ha materializado a través de los años por medio de tres acciones: la capacitación de parteras tradicionales, la creación de la Licenciatura de Salud Reproductiva y Partería y el Programa Piloto de consultas grupales prenatales para la promoción del autocuidado en embarazadas.

En México el programa de capacitación para parteras empíricas se inició en 1937, en Torreón Coahuila extendiéndose a todos los Servicios Médicos Ejidales de la SSA, creados en 1934. De 1978 a 1982 se implementó un programa que incorporaba a las parteras empíricas al programa de salud rural y extensión de cobertura, capacitándolas sobre todo en planeación familiar. Existían además otros programas de capacitación como los del IMSS-COPLAMAR el programa de capacitación del Instituto Nacional Indigenista (Molina Aguilar, et.al., 2011).

Desde entonces, en el estado se ha venido trabajando para que las parteras tradicionales registradas cuenten con la capacitación suficiente para la atención

¹ Existen casos en los que sí ha habido incidencia de la intervención de instituciones gubernamentales en la implementación de programas y creación de centros enfocados a la promoción y recuperación de la medicina tradicional. Un ejemplo de ello se ha vivido desde décadas anteriores en el estado de Puebla, donde incluso se ha edificado un Hospital con visión Intercultural, aunque más bien funge como un elefante blanco. Para ahondar en este tema véase la tesis de maestría *¿Médico o curandero? El impacto del Instituto Nacional Indigenista en las prácticas médicas entre curanderos de Cuetzalan, Puebla* sustentada en la Universidad Iberoamericana el 30 de junio de 2016 por David Patrick Somellera Somellera.

del embarazo, parto y puerperio desde todas las temáticas y aspectos que le atañen. Así, en junio de 2016, en las instalaciones de la Secretaría de Salud, Patricia Mora González presentó el diagnóstico de la partería en Morelos, donde se cuenta con un registro de 237 parteras tradicionales de las cuales 223 están certificadas y debidamente capacitadas para participar en la labor de la prevención y promoción de la salud, y 74 de ellas, están activas en la atención de partos o eventos obstétricos.

Como se mencionó, otro de los trabajos importantes para la profesionalización de la partería por parte de la Dirección de los Servicios de Salud en Morelos, ha sido el recibimiento y apertura, en 2015, de la Licenciatura en Salud Reproductiva y Partería que se imparte en las escuelas de enfermería de la Cruz Roja. Dentro del plan de estudios, se encuentra incluida la practica en hospitales y laboratorios del Sector Salud, así como las clínicas rurales donde los estudiantes deberán de realizar un año de Servicio Social, lo que implica que la licenciatura será acreditada en total en 4 años y medio. Ello con la idea y propósito general de contar con profesionales que puedan atender embarazos en comunidades rurales e indígenas y cuyo proceso de aprendizaje se desarrolle desde una visión intercultural que le permita a los nuevos licenciados en salud reproductiva, integrarse a las comunidades y con ello disminuir las emergencias obstétricas, así como incrementar la atención de los partos en los Servicios de Salud.

Finalmente, como parte de la estrategia del “Proyecto marco: Modelo Integral de Partería”², surge en el estado un programa piloto de consultas grupales prenatales en nueve centros de salud y en dos hospitales, donde se ofrece capacitación a las futuras madres en temas como el amamantamiento de su bebé, situaciones de alerta durante la gestación y el parto, entre otros. Con fecha de inicio en el 18 de febrero del 2016 y de culminación del proyecto para el 1 de diciembre del 2018, se desarrollan actividades por un lado orientadas a las mujeres embarazadas y, por otro a la sensibilización y capacitación al personal de

² Diseñado e implementado por investigadores del Instituto Nacional de Salud Pública.

en los hospitales generales de Temixco y Cuautla, así como en los Centros de Salud de Alpuyeca, Temixco, Tetlama, Acatlipa, Tlayacapan, Tetelcingo, Peña Flores, Cuautlixco y Cuautla.

En ese sentido, el programa incluye siete sesiones -cinco prenatales y dos p de postparto-, donde las participantes conocen más sobre los cuidados del embarazo, el crecimiento y desarrollo del niño, y planificación familiar, entre otros; además, con este método educativo se crea un grupo que les permite intercambiar experiencias, preocupaciones, y se les orienta en la preparación del alumbramiento.

Del mismo modo, Morelos cuenta con el Servicio de Salud a la Persona en tres centros de salud del estado; dos ubicados en Tepoztlán y uno en Tlayacapan. En donde actualmente se brinda atención con medicina homeopática para las personas que así lo prefieren, pero sin ser los especialistas los mismos indígenas de la zona, sino médicos pasantes de Servicio Social con especialidad en Homeopatía.

Por otro lado, la CDI cuenta con un Programa de Apoyo a iniciativas comunitarias, cuya finalidad es la de rescatar, fortalecer, fomentar y difundir acciones en los denominados pueblos originarios de la entidad, cuya convocatoria anual “sale todos los diciembre y es un apoyo de 100 mil pesos para talleres, publicaciones, temazcales, etcétera” (Elizabeth Sánchez Oviedo, marzo 2016). Sin embargo, dicho apoyo no se enfoca únicamente en la reproducción, rescate, resignificación y difusión de la medicina tradicional sino de muchas otras manifestaciones culturales tales como: historia, lengua escrita y oralidad, museos comunitarios, lugares sagrados, entre otros. Así mismo, no se trata de un apoyo dirigido especialmente a mujeres, sino que va encaminado a apoyar a grupos culturales consolidados, registrados o reconocidos por las comunidades pues deben contar con un aval de trayectoria.

El reconocimiento de que a las instituciones estatales parece no importarles, más allá del discurso, el tema indígena y menos el de sus mujeres, ha ocasionado que un grupo de lideresas y representantes de las mujeres de diversas comunidades en el estado³ hayan comenzado a realizar un trabajo constante en la búsqueda de herramientas que les permitan permear su cosmovisión indígena para incidir en el avance de sus derechos como mujeres (González Ángeles, 2015). En ese sentido, podemos hablar de que sus acciones han tomado dos rumbos; el primero, el del actuar político y, el segundo, el de la conformación de grupos como asociaciones civiles, cooperativas, entre otros, cuyo fin además del económico es el de la recuperación de tradiciones y cultura, en este caso enfocados a la práctica de la medicina tradicional.

Sobre el primer rubro, el actuar político, las mujeres indígenas organizadas pertenecientes a la Coordinadora de Grupos Culturales Indígenas y Populares de Morelos, trabajaron a lo largo del 2011 “con algunas académicas de la Red de Feminismos Descoloniales como Silvia Marcos y con las mujeres de la organización Comunicación, Intercambio y Desarrollo Humano en América Latina, A. C. (CIDHAL), en la elaboración de la Agenda de Derechos para las Mujeres Indígenas del Estado de Morelos. Esto en el marco del proyecto “La equidad de género en la agenda de los derechos humanos de las mujeres indígenas: claves y herramientas para el fortalecimiento del liderazgo y participación de las Mujeres Indígenas en espacios de toma de decisiones” puesto en marcha por CIDHAL” (González Ángeles, 2015: 152).

En cuanto a los contenidos de la Agenda, de manera general en lo relativo al tema de salud, reclaman su derecho al ejercicio de una salud reproductiva plena y con respeto a la cosmovisión indígena. Colocando especial énfasis en que no sólo se trata de poner atención a los temas relativos al cuerpo, sino también a lo espiritual y lo emocional. Siendo algunas de sus demandas fundamentales las de:

³ Principalmente las congregadas por y alrededor de la Coordinación de Grupos Culturales, Indígenas y Populares de Morelos.

- Rescatar los conocimientos ancestrales de parteras sobre los cuidados durante el embarazo, parto y puerperio para que las instancias de gobierno competentes fomenten y generen programas de rescate de los saberes sobre la salud de las Mujeres
- Elaborar los programas de salud en base a la realidad de las comunidades dirigidos a mujeres indígenas con perspectiva de género, considerando su cosmovisión y forma de organización.
- Realizar campañas informativas sobre derechos sexuales y reproductivos acorde a los valores y conceptos de salud y cuerpo y espiritualidad de las comunidades indígenas.
- Capacitar al personal de los Centros de Salud que atienden en comunidades indígenas sobre perspectiva de género e interculturalidad.
- Elaborar un proyecto de ley que reconozca, valore y fomente la medicina tradicional

(CIDHAL, 2011:14-15).

Sin embargo, pese a la presentación de la Agenda y al trabajo constante, aún hoy denuncian que “continúa sin haber nada concreto, sólo recomendaciones” (Fabiola del Jurado Mendoza, marzo 2015). Tal vez ello derivado del hecho de que las capacitaciones y programas son en su mayoría orientados a la preparación del estudiantes en formación y personal médico y no al reconocimiento de las y los indígenas que lo practican y conocen desde tiempos ancestrales.

Por otro lado, hay grupos de mujeres que, si bien surgieron como proyectos apoyados por alguna institución estatal, en específico la CDI, han logrado despegar y hoy se mantienen en funcionamiento dados sus propios intereses y luchas y no como respuesta a las preocupaciones del Estado. Tal es el caso de Tazimor – Casa de la Mujer Campesina en San José de los Laureles y Mayahuelcalli en Santa María Ahuacatlán, Cuernavaca.

Tazimor o la Casa de la mujer campesina es un proyecto enfocado en la Medicina tradicional y Educación Ambiental a grupos de niños y jóvenes donde se les enseña el cuidado y conservación del Medio Ambiente, así como la utilización de plantas medicinales y comestibles. Además, cuenta con temazcal, hostel, zona de acampado y área de masajes y consultas de medicina tradicional, entre otros servicios. Por su parte, Mayahuelcalli es un espacio orientado a brindar el servicio de baños de Temazcal, masajes, quiromasajes y sobadas tradicionales. Así mismo, oferta diplomados, cursos, talleres y asesoría en construcción de temazcal.

Existen también en el estado numerosos grupos y comunidades no indígenas enfocados al rescate de la medicina tradicional a través de su práctica y su estudio. Sin embargo, consideramos que no vale la pena mencionarlos aquí ya que su interés por el tema no parte de una política o programa estatal.

Lo que salta a la vista es que a pesar del reconocimiento y las recomendaciones que se desprenden de marcos internacionales y de la modificación a la propia Constitución del País, la preocupación por reconocer, rescatar y promover la medicina tradicional no pasa de ello; es decir, de quedarse en el discurso y las recomendaciones y no se concreta en acciones a favor de la práctica desde quienes la realizan ancestralmente. Ejemplo claro de ello es la constante necesidad de certificación de parteras que son reconocidas como *tradicionales* no por el conocimiento que traen a cuestas desde generaciones anteriores sino a partir de que la Secretaría de Salud da su aval para ello.

V. Bibliografía

* CIDHAL. *Agenda Social y Política. Tejiendo juntas la Agenda de los Derechos Humanos de las Mujeres Indígenas*. Morelos: 2011.

* Gaceta Oficial de la Ciudad de México. “CONVOCATORIA 2016 “MEDICINA TRADICIONAL Y HERBOLARIA MEXICANA””. México: 2 de marzo de 2016.

* González Ángeles, Livia Roxana. *Imaginando caminos para el “vivir bien” de las mujeres indígenas mexicanas. La puesta en marcha del POPMI en dos comunidades indígenas del estado de Morelos*. Tesis Doctoral, Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Iztapalapa, México: marzo 2015.

* Ibarra, Ignacio. “La medicina tradicional. Su enfoque jurídico”. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Oficialía Regional para las Américas. San Salvador: 2016.

* Lozoya L, Xavier. “La medicina tradicional en la realidad político-social de México” en: Revista de Cultura Científica, número 14, Facultad de Ciencias Políticas, Universidad Nacional Autónoma de México, México: enero-marzo 1989, pp. 27-33.

* Molina Aguilar, Abigail; Flores Rogel, Yoselin; Saavedra Luna Adriana y Uribe Vázquez, Zulema. “Parteras, el parto y el puerperio, entrevista a la partera Maura Flores de Ahuatepec Morelos, México”, en: http://www.tlahui.com/medic/medic32/partera_maura.htm

* Secretaría de Salud. *Guía de Implantación. Esquema Metodológico para incorporar la perspectiva de género mediante el enfoque intercultural*. Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural, México: s/f.

* Secretaría de Salud. *Competencias Interculturales para el personal de salud. Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural*, México: 2009.

* Secretaría de Salud. *Guía de Implantación. Fortalecimiento de los servicios de salud con medicina tradicional*. Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural, México: 2013.

* Subdirección de Planificación / Dirección General de Desarrollo Rural.
*Evaluación 2015. Programa para la recuperación de la medicina tradicional y
herbolaria.* México: 2015.