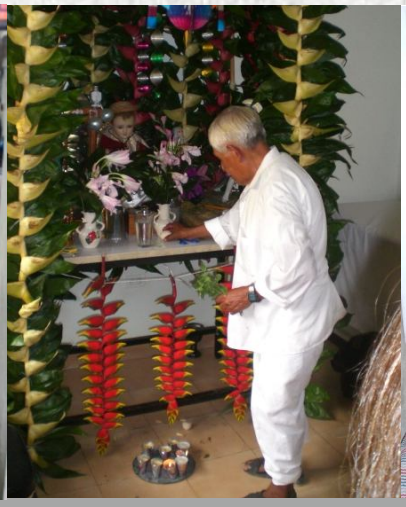
SALUD

SECRETARÍA DE SALUD

GUÍA DE IMPLANTACIÓN



FORTALECIMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD CON MEDICINA TRADICIONAL

INDICE

I.	**INTRODUCCIÓN**	4
	Antecedentes internacionales	4
	Marco Legal	7
	Definiciones	8
	Diagnóstico situacional	9
	Relación Institucional con la Medicina Tradicional	11
	Objetivo – la mirada intercultural	14
	Principios	14
	Considerandos	15
II.	**INTERRELACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD CON LA MEDICINA TRADICIONAL**	17
	Competencia Intercultural de los Servicios y Programas	18
	Negociación y Educación Intercultural - Encuentros de Enriquecimiento Mutuo	19
	Lineamientos de Interrelación con la Medicina Tradicional	19
	Declaratoria del Encuentro nacional de Medicina Tradicional 2012	21
	Procesos de formación, autorización, registro y regulación de la práctica de los terapeutas de la medicina tradicional indígena	22
III.	**RED DE SERVICIOS DE SALUD CON MEDICINA TRADICIONAL**	25
	Concepto de red funcional de servicios de salud	25
	La comunidad	27
	Los terapeutas tradicionales y los “auxiliares de salud” en las redes de Servicios de Salud	28
	Objetivo	28
	Considerandos	28
	Procesos	29
IV.	**HOSPITALES Y UNIDADES DE SALUD CON MEDICINA TRADICIONAL**	35
A)	**UNIDADES INTEGRALES DE MEDICINA TRADICIONAL**	35
	Historia y Definición	35
	Objetivos	35
	Procesos	35
	Organización	36

Características de los servicios y propuesta arquitectónica de los espacios 37

B) **MÓDULOS DE PARTERÍA TRADICIONAL** 42

El modelo de la partería tradicional indígena mesoamericana 43

Objetivos 45

Considerandos 45

Propuesta 45

Procesos 47

Organización 48

Características de los servicios y propuesta arquitectónica de los espacios 50

Implementos para la atención del parto tradicional 53

Escuela de parteras tradicionales 55

Proceso de autorización de personal no profesional para la prestación de servicios de salud en obstetricia 56

C) **FARMACIA VERDE** 58

Razones del modelo 58

Objetivos 58

Procesos 59

Organización y operación 59

V. CONCLUSIONES 61

I. INTRODUCCIÓN

Antecedentes internacionales

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, para 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 México 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 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 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.

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, 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".

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, la OMS 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.

En noviembre de 2008 la OMS emitió la Declaración de Beijing sobre Medicina Tradicional, adoptada en el Congreso de la OMS sobre Medicina Tradicional, Beijing (China), del 8 de noviembre de 2008, en el cual participaron representantes de la Secretaría de Salud de México.

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 4.5[2] 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

[1] Organización Mundial de la Salud. Resolución de la Asamblea Mundial de la Salud, 56ª Asamblea Mundial de la Salud. WHA56.31. Punto 14.10 del orden del día 28 de mayo de 2003.

[2] Organización Mundial de la Salud. Resolución de la Asamblea Mundial de la Salud, 62ª Asamblea Mundial de la Salud. EB124.R9. Punto 4.5 del orden del día 26 de enero de 2009.

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;

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.

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 Legal

En México, desde el 2001, la Constitución de los Estados Unidos Mexicanos reconoce a la medicina tradicional: Articulo 2º.- 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 Mexicana, 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 Ley General de Salud señala:

- Artículo 6o.- El sistema nacional de salud tiene los siguientes objetivos: IV 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; VI Bis, Promover el conocimiento y desarrollo de la medicina tradicional indígena y su práctica en condiciones adecuadas.
- 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.

En el eje de Gobierno de VI.2. México Incluyente, del Programa Nacional de Desarrollo 2013 – 2018, el objetivo 2.2. Transitar hacia una sociedad equitativa e incluyente, en su Estrategia 2.2.3. Refiere: "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." En las Líneas de acción destacan:

- 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.

Definiciones

Medicina Tradicional

El sistema de atención a la salud que tiene sus raíces en conocimientos profundos sobre la salud y la enfermedad que los diferentes pueblos indígenas y rurales de nuestro país han acumulado a través de su historia, fundamentado en la cosmovisión de los pueblos originarios del país.

Sistema de Atención a la Salud

Conjunto articulado de representaciones y creencias, con el que todos los pueblos interpretan la salud, la enfermedad, el dolor y la muerte del organismo humano, situación que determina sus formas de prevenir y/o curar la enfermedad, eliminar el dolor, restituir la salud y prolongar la vida.

Todos los sistemas de atención a la salud poseen los siguientes elementos: Una cosmovisión que da lógica y finalidad al sistema, una comprensión de la causalidad y riesgo, una serie de reglas preventivas de acuerdo a esta causalidad, una nosología (modelo de entender y clasificar las enfermedades), una serie de procedimientos terapéuticos y un cuerpo diferenciado de terapeutas.

Terapeutas tradicionales[3]

Son personas que pertenecen a las comunidades indígenas y que poseen un don o característica distintiva para prevenir las enfermedades, curar o mantener la salud individual física, emocional o espiritual; colectiva y comunitaria, respecto a la forma de interpretar el mundo (cosmovisión), del modelo indígena tradicional. Su proceso de formación para la atención a su comunidad, se realiza en muchos casos bajo la pertenencia a un linaje de parentesco transmitiendo los conocimientos sobre la vida, la naturaleza y su forma de interpretar el mundo (cosmovisión) generalmente en forma oral. Incluye en esta definición a las parteras tradicionales, los yerbateros, sobadores, hueseros, rezanderos, graniceros y "curanderos", entendidos estos últimos como las personas con la capacidad de restablecer el equilibrio entre los seres humanos, entre ellos y la naturaleza y el mundo espiritual. Cada uno de ellos tiene su nombre específico en la lengua indígena de cada etnia y este nombre conlleva significados determinados y más amplios que el concepto genérico de "curandero". Ejemplo: los curanderos se conocen como *h'meen* entre los mayas peninsulares, *mara'akáme* (el que cura cantando) para los wixaricas o huicholes, *h'ilol* (vidente) para los tzeltales y tzotziles; *shurijki*, entre los purépechas, y *neasomiy*, entre los huaves. En el caso de las parteras, *nojoch maan* (la gran madre) para los mayas y *xunaxhi* (la que ayuda a las personas a llegar a la tierra) para los zapotecos.

[3] No utilizamos el término de "médicos tradicionales", porque la palabra *médico* tienen connotaciones legales en nuestra normativa, refiriéndose a la persona que tiene cedula profesional.

Es importante ratificar que las parteras tradicionales forman parte del modelo tradicional mexicano, desarrollado sus conocimientos y práctica a través de mecanismos de formación tradicional de maestro/aprendiz, durante muchos años y cuentan con reconocimiento y aval de la comunidad.

Diagnóstico situacional

La medicina –avanzada para su época-, que se practicaba en las culturas prehispánicas, sufrió procesos de ruptura, fragmentación y pérdida con el proceso de conquista. Los médicos y sacerdotes indígenas fueron asesinados y los libros de medicina condenados a la hoguera, sobrevivió por medio de la tradición oral y la práctica comunitaria adaptándose a estrategias de supervivencia y sincretismo, a través de la restructuración y consolidación de tradiciones, de diferentes terapeutas del pueblo que conocían de plantas medicinales, masajes, punciones y diversos ritos, como todo saber médico ha evolucionando y se ha enriquecido con elementos de otras culturas, formando parte de la identidad y cohesión cultural de los diferentes pueblos, ahora se le llama tradicional, porque forma parte de las tradiciones culturales y legados de cada región.

A través de los conocimientos de herbolaria de los terapeutas tradicionales, que en cada pueblo reciben nombres diferentes, se han conocido los principios activos de innumerables medicamentos, lo cual ha beneficiado a la medicina contemporánea, aunque no se les ha dado reconocimiento cabal a los depositarios originarios de dicho saber.

El proceso de transculturación continúa en el país y con él, los procesos de pérdida de la medicina tradicional de manera diferenciada. Perviven algunos grupos étnicos que continúan orgullosos de su identidad, mientras otros van sucumbiendo a las presiones de la modernidad, con la consiguiente pérdida de la lengua, valores, tradiciones y conocimientos.

La medicina tradicional interactúa con otros sistemas en el seno de cada cultura (sistema productivo, religión, derecho, construcción, educación no formal) construyendo la cosmovisión propia y generando una identidad cultural específica; guarda una relación muy cercana con el sistema productivo campesino, estrechamente vinculado a la milpa, compartiendo los valores en torno a la tierra y al carácter sagrado de la misma, se fortalece o se debilita en la medida que se fortalece o debilita la identidad cultural, situación que se refuerza por los procesos de migración en todo el país.

La medicina tradicional se encuentra inserta en el ámbito local y en algunos casos, regional. Su espacio de acción y de sustento es la comunidad. La comunidad la reconoce, la resguarda, la utiliza, la retroalimenta, la nutre de nuevos terapeutas. En su entorno, se colectan los insumos terapéuticos que utiliza. El ambiente que rodea a la comunidad es partícipe de las relaciones que se establecen con la naturaleza y sus divinidades. Desde la medicina tradicional, siempre se está en búsqueda de un equilibrio, coherente con la cosmovisión holística existente sobre la salud y la enfermedad.

En la medicina indígena tradicional, por lo general se considera la salud como el resultado de un estado de equilibrio interno entre distintos factores, entre los que sobresalen los elementos fríos y calientes, que dependen del estado de armonía externa con los demás seres humanos, la naturaleza, las divinidades y el cosmos en general.

En la medicina tradicional, el médico indígena utiliza otros métodos diagnósticos que dentro de su cosmovisión tienen una explicación lógica, está preparado para utilizar los masajes, la herbolaria, partes de animales y la “medicina simbólica” (la cual también en ocasiones utilizan los médicos científicos) en forma eficiente, como guía de su atención.

El médico tradicional trabaja en su domicilio, donde tiene un espacio para atender con técnicas de masajes, limpias, entre otras actividades, utiliza recursos que obtiene de la región y del medio ambiente. En otros casos, trabaja en el domicilio de sus pacientes, con recursos modestos y en la mayoría de los casos fáciles de obtener, conocidos para los pacientes y sus familiares.

El médico tradicional, generalmente vive como sus vecinos, trabaja como todos en actividades propias como la siembra, la cría de animales, el comercio; en muchos casos no cobra por sus servicios recibiendo una cantidad modesta en especie o en efectivo. Su necesidad de estatus está satisfecha por el reconocimiento social y la participación en el sistema de cargos.

La medicina tradicional, es reconocida por la comunidad y sustentada por la satisfacción que deja en la población que la utiliza. Durante mucho tiempo se mantuvo marginada, incluso, considerada como "ilegal" equiparada a la brujería, hasta épocas recientes, muchos la ven y promueven como un elemento de folklore para el turismo.

La medicina tradicional, utiliza las plantas medicinales por propiedades identificadas como “frías y calientes” y su capacidad de movilizar el viento interno o “aires”, entre otras características.

En los tiempos actuales, estas relaciones se han extendido y ahora los terapeutas consiguen parte de sus insumos y materia prima en el mercado regional, nacional o inclusive internacional, extendido sus relaciones a otras etnias, estados y ámbitos nacionales e internacionales.

Sin embargo, y esto es algo que a veces se olvida, su centro, esencia y plataforma de desarrollo continúa siendo la comunidad. Cuando la comunidad deja de percibir a la medicina tradicional como aporte significativo, eficaz y rentable para la salud, deja de tener sentido, por más que algunas instituciones la promuevan como elemento comercial y de folklore, con lo cual se encamina a su extinción.

A pesar de esta subyugación, en la medida en la que el cultivo de la milpa y el modo de producción campesina permanecieron, la medicina tradicional conservó las bases materiales para subsistir. En la milpa tradicional coexisten el maíz, el frijol y la calabaza, con múltiples hierbas medicinales. En sus alrededores se complementaban con otros productos vegetales y animales. Se invocaba una relación positiva y armónica con las entidades espirituales, los “dueños” de la milpa y el monte, para que las cosechas fructificaran y se mantuviera un equilibrio que propiciara la salud de toda la comunidad.

Superviviente a los cambios organizativos del periodo colonial, durante los siglos XIX y principios del XX, se enunciaron reformas legales acordes a los procesos de organización comunal, consolidándose éstos producto de la revolución campesina de 1910 y la promulgación del marco constitucional en el artículo 27. Con el establecimiento de un modelo de desarrollo nacional a finales del periodo revolucionario, durante los años 40´s y 50´s se promueven políticas agrícolas de carácter nacionalista. Sin embargo, el fin del siglo XX generó un proceso acelerado de desmantelamiento de este sistema productivo.

Otro elemento que forma parte del sustento material de la medicina tradicional y que se encuentra también en proceso de pérdida es la biodiversidad, base de múltiples recursos terapéuticos. Esta situación es resultante de la ruptura del equilibrio de los ecosistemas por los procesos de cambio de uso del suelo, deforestación y depredación de los recursos naturales. No sólo se afecta el aprovechamiento de plantas medicinales y productos animales y minerales, el problema va más allá. La relación de la medicina tradicional con la tierra y la naturaleza es muy íntima y si estos dos elementos se perturban, la medicina tradicional también resulta afectada, como está ocurriendo con en la regiones indígenas que están siendo abandonadas en el marco de la migración global.

En las últimas décadas se ha consolidado la ofensiva de la cultura de la "modernidad" desarrollándose en los medios de comunicación y de diversas instituciones educativas como un elemento cotidiano y natural para definir el desarrollo. La medicina tradicional, al igual que otros elementos de la cultura indígena, no figura en los mensajes de la televisión y radio, no posee carta de ciudadanía ni reconocimiento. Al igual que los tipos de construcción de sus viviendas, lenguas indígenas y algunos alimentos tradicionales, son consideran "recurso para los pobres."

"Lo moderno y actual es lo mejor," reza el trasfondo de los mensajes, "todo lo demás, lo tradicional es anticuado y pasado de moda." Ahora las comunidades cambian su pozol por los refrescos, y la chaya y quelites, ricos en vitaminas y hierro, por las frituras industrializadas. La religiosidad popular sustento de la medicina tradicional, que incluía el poder divino de las fuerzas naturales y la importancia de las relaciones humanas y ambientales, se ha hecho a un lado frente a un agnosticismo que le rinde culto a la individualidad y al consumo.

El proceso de migración ha aportado también elementos para la pérdida de la identidad cultural. A su regreso a México, los indígenas y campesinos incorporan nuevos hábitos (transculturación) no siempre benéficos que afectan su relación con su familia y su salud, marginando y menospreciando muchos elementos de su identidad cultural, como la medicina tradicional.

Esta situación de pérdida y menosprecio a la cultura indígena, en lo general, y a la medicina tradicional, en lo particular, ha sido potenciada por las posiciones que durante décadas enarbolaron las instituciones de salud del país, que ignoraban, rechazaban y perseguían este sistema de atención a la salud, generando repercusiones importantes en los distintos grupos indígenas.

En las regiones donde coexisten las instituciones de salud y la medicina tradicional y sus practicantes, la medicina tradicional supone una competencia con los servicios modernos de salud, por lo que hay que vigilarla, detenerla, "capacitarla" y si es posible, eliminarla. Esta percepción respecto a la medicina tradicional continúa vigente en las posturas del personal de salud cuando reprime o se burla de la población por utilizar la medicina tradicional y está presente en la visión de diferentes instituciones, herederas de las políticas integracionistas de principios del siglo XX.

Relación Institucional con la Medicina Tradicional

Durante la mayor parte del siglo XX, la medicina tradicional no contó con reconocimiento oficial. En algunas ocasiones era tolerada cuando no perseguida.

Esto se explica por la influencia que tuvo el Integracionismo en México. Corriente teórico-política iniciada por intelectuales como Manuel Gamio y José Vasconcelos, influenciada por los cambios provocados por la Revolución y la necesidad de reconstruir el país, que identificaba la cultura indígena con el atraso y la pobreza, y que enfatizó en un proyecto de nación que pretendía alcanzar el desarrollo a través de hacer coherente y homogénea la raza nacional (la mestiza), unificando el idioma y la cultura.[4]

La influencia del "*Integracionismo*" alcanzó el campo de la salud y el de la antropología médica, con los trabajos publicados por el Dr. Gonzalo Aguirre Beltrán, quien señala el concepto "*intercultural*"[5] como parte de diferentes estrategias para incorporar a los indígenas a la cultura médica nacional de manera respetuosa y antidiscriminatoria.

Esta posición sustentó un tipo de relación de los servicios de salud con la medicina tradicional, basado en el rechazo y competencia, sin profundizar en sus fundamentos y aportes. Se consideraba a la medicina tradicional como un elemento primitivo que entorpece el progreso y predispone riesgos a la salud. Supone una competencia con los servicios modernos de salud, por lo que hay que detenerla y, si es posible, eliminarla. Este tipo de relación sigue viva en muchas regiones del país y programas de salud.

A partir de los años 70´s, esta posición fue perdiendo terreno, gracias a los conceptos y elementos teóricos interculturales surgidos desde el campo educativo, al aporte de intelectuales como Guillermo Bonfil Batalla[6,7] y a los movimientos reivindicativos de los pueblos indígenas, no sólo en México sino en diferentes países de América Latina.

Las políticas públicas cambiaron de rumbo en el último cuarto del siglo XX. Producto de estas influencias, en 1992 en México, se llevó a cabo la reforma constitucional que estableció que "*La Nación Mexicana tiene una composición pluricultural sustentada originalmente en sus pueblos indígenas*" y que se continuó con las de los años 2001 y 2004. Con ello, en la Constitución Política de nuestro país y con la modificación del artículo 2º, se reconocen los derechos de los pueblos indígenas a preservar todos los elementos de su identidad cultural, así como a aprovechar debidamente la medicina tradicional.

Estos cambios también influyeron en modificaciones importantes en la relación que establecían los Servicios de Salud con la Medicina Tradicional. Primero fue el reconocer que en las regiones apartadas la medicina tradicional era la única oportunidad de salud.

---

[4] Nivón–Bolán E. La diversidad cultural: cuatro problemas urgentes. En: La *Jornada, México, DF. Centroamérica por la diversidad cultural.* CONACULTA – UNESCO. México, DF: 2005.

[5] Señala Aguirre Beltrán en su libro Antropología médica: "*La medicina intercultural actúa exclusivamente en comunidades de cultura diferente a la nacional y su función específica es la inducción de los conceptos racionales y comprensivos de la medicina moderna en la cultura de la comunidad. La sustitución de los conceptos y prácticas tradicionales, mágico-religiosos, no es un proceso fácil, en realidad implica un cambio concomitante en los restantes aspectos de la cultura y esto sólo puede llevarse a su completa realización cuando los programas sanitarios estén acoplados a programas integrales de desarrollo de la comunidad. La función cultural de la salud pública moderna reside en el cambio de hábitos y modos de vida en los enfermos crónicos o inhabilitados… La función social de la medicina intercultural tiene como finalidad la de fracturar la estructura dual de la medicina dominical, evitando un trato discriminatorio para las distintas clases sociales o los grupos étnicos diferentes*. En: Aguirre-Beltrán G. Antropología médica. México, DF: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social;1986: 260-261.

[6] Bonfil-Batalla G. *México profundo: una civilización negada*, México, DF: CIESAS-SEP; 1987.

[7] Bonfil-Batalla G, *Identidad y pluralismo cultural en América Latina. Buenos Aires:* Fondo Editorial del CEHASS, Centro de Estudios Antropológicos y Sociales Sudamericanos. Puerto Rico: Editorial de la Universidad; 1992.

Posteriormente se fueron identificando aportes a la salud, especialmente con respecto a los conocimientos con respecto a las plantas medicinales, los masajes y la partería tradicional.

A nivel mundial se logró el reconocimiento de la medicina tradicional con la declaración de la ONU sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas en 2007.

Estos cambios influyeron primero para el establecimiento de una relación de aceptación, asimilación y subordinación entre los servicios de salud y los terapeutas tradicionales. En ella se considera que la medicina tradicional, y en particular el trabajo de las parteras tradicionales, puede ayudar a extender los servicios de salud y ampliar la cobertura en los lugares donde éstos no han llegado, mientras se generan los procesos de desarrollo, siempre que se puedan alinear estos recursos locales con los lineamientos y procedimientos institucionales del modelo médico occidental, a través de estrategias de "capacitación" y "readiestramiento".

Posteriormente, gracias al reconocimiento de aportes importantes de la medicina tradicional, tanto en el campo terapéutico como humano, y de la medicina tradicional como derecho, se ha logrado el avance en una relación intercultural horizontal de sinergia y complementariedad, que considera a la medicina tradicional como un modelo de atención a la salud que parte de una cosmovisión diferente y que posee fortalezas y debilidades, ventajas y desventajas, como todos los modelos médicos (incluyendo el occidental). De esta manera se le da importancia a identificar y reconocer sus aportes. En esta relación, no se trata de subordinar la medicina tradicional a la institucional o de aprovechar su conocimiento sobre materias primas para la industria, sino de establecer relaciones equitativas y horizontales que favorezcan una interacción sinérgica y enriquecedora entre ambos modelos de atención a la salud.

Las instituciones de Salud, en este contexto han venido estableciendo mecanismos de interrelación con la medicina tradicional que han tomado forma de manera gradual en los últimos 30 años. Fueron importantes los compromisos internacionales asumidos por el gobierno mexicano en el despliegue del trabajo de política exterior desde los años 70´s, y de la identificación y reconocimiento internacional y nacional de sistemas terapéuticos tradicionales no occidentales, como es el caso de la medicina tradicional China.

Derivado de ello se promovió una fuerte interrelación de los servicios de salud institucionales con las parteras indígenas, al iniciarse la ampliación de la cobertura de los Servicios de Salud, ya con antecedentes de las acciones salubristas del Instituto Nacional Indigenista (INI) desde los años 60´s y, en los años 90´s, con programas como "Tópicos Selectos de la Medicina Tradicional", la ampliación de cobertura del Instituto Mexicano del Seguro Social con su programa IMSS Coplamar y su programa de interrelación con las parteras tradicionales indígenas y más recientemente en la Secretaría de Salud, con procesos de implementación de "Hospitales Mixtos" como el Hospital del Jesús María, en el Estado de Nayarit y diversas experiencias con proyectos experimentales en Cuetzálan, Puebla y Pátzcuaro en Michoacán.

De 1991 a 1995, el INI planteó cambios cualitativos respecto a procesos de interrelación con terapeutas tradicionales, al iniciar el dialogo con las Organizaciones de Médicos Indígenas Tradicionales, apoyándolos con fondos para la realización de proyectos y reuniones para la creación de Consejos Estatales. Para 1998 el INI reconocía relación con 82 Organizaciones de Médicos Indígenas Tradicionales y el IMSS Solidaridad, (hoy IMSS Oportunidades) con 195

para el año 2002, incluyendo a organizaciones constituidas como asociaciones civiles y grupos organizados, no exclusivamente constituidos por población indígena.

Actualmente, la Secretaría de Salud ha venido impulsando la coordinación con las parteras tradicionales indígenas y con organizaciones de Terapeutas Tradicionales en todo el país.

Por lo anterior, la Secretaría de Salud se ha convertido en el área responsable de "Promover el conocimiento y desarrollo de la Medicina Tradicional y su práctica en condiciones adecuadas" impulsando, desde la creación de la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural y de la Inclusión de la Medicina Tradicional en la Ley General de Salud (Septiembre de 2006), estrategias de coordinación entre los servicios que ofrece esta Secretaría y la medicina tradicional, modelos de interrelación institucional de carácter Intercultural, con el fin de buscar una mayor relación entre ambas prácticas en favor de la salud de la población, reconociendo con este hecho, la vigencia del sistema mexicano de medicina tradicional.

Objetivo – la mirada intercultural

Entendemos por interculturalidad el modo de convivencia en el que las personas, grupos e instituciones, con características culturales y posiciones diversas; conviven y se relacionan de manera abierta, horizontal, incluyente, respetuosa y sinérgica en un contexto compartido.

El nivel mas elevado de interculturalidad es el de la relación sinérgica. Es cuando se logran obtener resultados aprovechando dos visiones diferentes de la realidad, que difícilmente sería posible conseguir desde un solo camino.

Por modelo de fortalecimiento intercultural entre los servicios de salud y la medicina tradicional, nos referimos al tipo de relación que favorece la calidad de la atención para la población usuaria, en un contexto de seguridad y eficacia, a través del intercambio y enriquecimiento de manera respetuosa, horizontal y sinérgica entre ambos modelos de conocimiento y práctica.

En este modelo no se pretende sustituir los beneficios del modelo institucional de atención a la salud por la atención tradicional, sino de enriquecer ambos modelos con lo mejor del otro. De esta manera los terapeutas tradicionales afirman sus conocimientos tradicionales, otorgan sus aportes a la población y los enriquecen con elementos del modelo médico institucional. Así mismo, los procedimientos médicos y hospitalarios de los servicios de salud, se revisan y modifican a la luz de las ventajas del modelo tradicional, enriqueciéndose con elementos valiosos técnicos y humanos, así como del ejercicio de los derechos de las personas usuarias.

El objetivo del presente modelo es fortalecer los Servicios de Salud con los aportes del Modelo de Medicina Tradicional. Así mismo, coadyuvar, desde los recursos y potencialidades de los Servicios de Salud, al fortalecimiento y desarrollo de la medicina tradicional. Todo con el fin de proporcionar la mejor atención para la población.

Principios

- El modelo está centrado en la persona, en el terapeuta tradicional, con su problemática y aportes específicos, más que en la medicina tradicional como ente abstracto.

- Se pretende establecer con los terapeutas tradicionales una relación de justicia social, que elimine las desigualdades y la discriminación existente.
- Se considera fundamental otorgar una retribución justa por las actividades realizadas y por los servicios que los terapeutas tradicionales brindan en la propia comunidad. En el caso de las parteras tradicionales, ya se cuenta en el "Tabulador Rama Medica, Para Medica y Grupo Afín" del Catálogo de Puestos del Sistema Nacional de Salud, con el "**Código de Puesto MO2120**" de la Partera Tradicional indígena, lo cual favorece los procesos de su contratación.
- Pertinencia cultural. Se refiere a entender y adaptar los servicios a la singularidad cultural de los usuarios y terapeutas tradicionales.
- Los servicios deben de tender a la sustentabilidad, tanto económica como ambiental.
- Modelo de interacción complementaria. Se trata de que cada modelo médico pueda ofrecer sus aportes y subsanar sus debilidades en una interrelación enriquecedora.
- Enriquecimiento mutuo. La metodología específica de interrelación que se propone en lugar de la capacitación convencional unidireccional.
- Respetar la autonomía. Se trata de llevar a cabo una interrelación entre cada modelo en que ambos se enriquezcan pero que ninguno dependa del otro y pierda su esencia y autonomía.
- Se parte de llevar a cabo consultas para favorecer la participación y opinión de:
  - Terapeutas tradicionales
  - Comunidad
  - Personal de Salud

Considerandos

- El uso de la Medicina Tradicional es un derecho reconocido por la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y la Ley General de Salud, y a nivel internacional, por la Organización de las Naciones Unidas, la Organización Internacional del Trabajo, y la Organización Mundial de la Salud / Panamericana de la Salud.
- La Medicina Tradicional ofrece distintos tipos de aportes a la atención de la salud, tales como una atención humanizada e integral de la persona, que considera mente, cuerpo y espíritu, con acento en la colectividad y el equilibrio en las relaciones entre los seres humanos y entre estos y la naturaleza; además de procedimientos específicos de diagnóstico, y recursos terapéuticos con base en plantas, animales y minerales, masajes tradicionales y temascal. Otros elementos con aportes importantes son el modelo tradicional de atención del parto, el modelo tradicional de atención para las enfermedades mentales y diferentes estrategias para prevenir la enfermedad y promover la salud, sustentadas en el respeto a las leyes esenciales de la vida y la naturaleza.
- Los Servicios de Salud poseen una serie de fortalezas y ventajas reconocidas socialmente. Sin embargo manifiestan diferentes vacíos y debilidades que pueden ser fortalecidos con los aportes comprobados de la medicina tradicional, como en el caso de las técnicas y conocimientos de las parteras indígenas en la atención del parto en posición vertical.

- La Medicina Tradicional se encuentra en proceso de debilitamiento por los procesos de transculturación[8], de expropiación y despojo de sus conocimientos y recursos, y el empobrecimiento resultante de la migración de las poblaciones indígenas de las localidades de origen. Por ello, considerando el conocimiento indígena respecto a los recursos naturales y sus procesos comunitarios de identidad y pertenencia, en un proceso de justicia social y como asunto de seguridad nacional, se requiere del apoyo institucional para su fortalecimiento y desarrollo.
- La Ley General de Salud en su artículo 6º, reconoce como objetivo del Sistema Nacional de Salud: "… promover el conocimiento de la Medicina Tradicional Indígena y su práctica en condiciones adecuadas". Así mismo, en el artículo 93 expresa que de la misma manera reconocerá, respetará y promoverá el desarrollo de la medicina tradicional indígena.
- El acercamiento a la medicina tradicional indígena muestra algunas enseñanzas: el conocimiento "local" será valioso y accesible en la medida en que se estudie en colaboración estrecha con sus dignos portadores y portadoras; una colaboración así será posible si quienes la intentan, desde el lado occidental de la frontera cultural, no asuman la carga de menosprecio que su formación sigue prodigando. Es necesario asumir la responsabilidad compartida de imaginar nuevas maneras de aproximarnos al saber tradicional sin idealizar, pero dispuestos a mirar, a escuchar y a maravillarnos con el descubrimiento.
- Se reconoce el conocimiento aportado por la medicina tradicional como original y valioso, lo cual requiere de respeto y protección para evitar su despojo y usurpación.

Apoyo a la autoenseñanza

Es importante que los servicios de salud consideren brindar apoyo a los terapeutas tradicionales participantes para que puedan conducir sus propios procesos de recuperación del conocimiento entre ellos y sus procesos de enseñanza en la formación de nuevos terapeutas tradicionales de la región en escuelas de medicina y partería tradicional.

El objetivo de la auto-sistematización es facilitar la recuperación del sistema de atención a la salud de cada grupo indígena, de manera que sus protagonistas lo puedan utilizar en provecho propio, facilite la socialización del conocimiento médico tradicional, la formación de nuevos terapeutas tradicionales, y fortalezca la identidad cultural de cada grupo.

Para ello es importante ofrecer espacio digno, y recursos como hospedaje, transporte, alimentación y materiales.

El modelo debe ofrecer a los y las terapeutas tradicionales:

- Pago por sus servicios
- Seguridad social y atención médica

[8] Entendemos por transculturación el proceso transitivo de los valores de una cultura dominada frente a una dominante, que implica la pérdida o desarraigo con el consiguiente olvido de prácticas, costumbres, valores y lenguaje. El término "desculturación" se refiere cuando este proceso alcanza a la pérdida de la lengua original. García-Español A M. Aculturación y comunicación en Hispanoamérica.

- Reconocimiento legal
- Espacio digno
- Relación intercultural

Aporte del seguro popular

Con el Seguro Popular se puede concertar el financiamiento de la implantación del modelo de servicios de salud con medicina tradicional y llevar a cabo las siguientes estrategias:

1. Incorporación en el CAUCES, la atención tradicional con la partera, huesero, yerbatero y curandero.
2. Retribución económica a las y los terapeutas participantes.
3. Retribución económica a parteras y terapeutas tradicionales que refieran y lleven pacientes en riesgo al hospital. Que incluya el costo de los pasajes, comida y el día perdido.
4. Institucionalización y pago a traductores indígenas.
5. Financiamiento de los módulos de partería tradicional y módulos integrales de medicina tradicional.

II. INTERRELACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD CON LA MEDICINA TRADICIONAL

El establecimiento de una relación horizontal, Intercultural y sinérgica entre los Servicios de Salud y la Medicina Tradicional, es una estrategia clave para el fortalecimiento intercultural de los dos modelos. Si estos elementos no se dan, la articulación no tiene sentido ni eficacia.

La interrelación de los Servicios de Salud con la medicina tradicional es deseable para lograr los siguientes objetivos:

1. Lograr la coordinación entre la medicina institucional y la medicina tradicional en un plano de respeto y apoyo mutuo hacia la complementariedad.
2. Ampliar la cobertura de atención a la salud en forma coordinada y mejorar la accesibilidad y calidad de los servicios.
3. Promover el desarrollo de la Medicina Tradicional, Identificando, conservando, difundiendo y protegiendo sus recursos y la libre participación del terapeuta indígena tradicional como autoridad social.
4. Mejorar y proteger la salud de la población, identificando las prácticas nocivas de las dos medicinas.
5. Garantizar la referencia y contrarreferencia de enfermos de acuerdo a las necesidades de especialización de la medicina, considerando la capacidad curativa de cada medicina y las enfermedades que cada modelo maneja.
6. Identificar la capacidad resolutiva de la medicina tradicional para su reconocimiento en el sistema nacional de salud, con el fin de difundir los remedios tradicionales de eficacia terapéutica comprobada para la complementación de la medicina Institucional.

7. Promover el apoyo y la relación intercultural con los médicos tradicionales, para la libre circulación y empleo de recursos curativos, vegetales, animales, minerales y simbólicos de sus comunidades, en la interacción con autoridades sanitarias, civiles y judiciales.
8. Identificar y promover, donde sea una demanda sentida por los médicos tradicionales reconocidos por las comunidades, los puntos de encuentro hacia legalización.
9. Fomentar la participación comunitaria en los procesos de planeación, ejecución, control y evaluación de las acciones en salud aplicados en zonas indígenas.
10. Complementar recursos y conocimientos a favor de la sociedad.
11. Apoyar y facilitar la sistematización del modelo médico tradicional en cada grupo étnico para enriquecer el conocimiento de los médicos tradicionales y facilitar la enseñanza de nuevos médicos tradicionales, a través de escuelas de medicina y partería tradicional.
12. Promover la difusión de la cosmovisión sistematizada a toda la población de cada grupo étnico para dar significado a sus prácticas y fortalecer su cultura, lo cual repercuta también en mayor reconocimiento, uso y fortalecimiento de la medicina tradicional.
13. Fomentar la organización colegiada de los médicos tradicionales, para que estas organizaciones recuperen, y enriquezcan su medicina tradicional, validen su práctica y refuercen su identidad cultural.
14. Consolidar un modelo propio de prevención y atención a la salud, considerando nuestra identidad y diversidad cultural.

Competencia Intercultural de los Servicios y Programas

Se propone que el personal de salud que se relacione con los terapeutas tradicionales y población indígena, tanto en los servicios como en los programas de salud, demuestre competencia intercultural. No es posible establecer relaciones horizontales desde una concepción desinformada y prejuiciada con respecto a la medicina tradicional. Algunas experiencias importantes de servicios de salud mixtos, han fallado o tenido problemas importantes por la ausencia de una estrategia directa para que todo el personal, empezando por el directivo, incorpore esta competencia.

La competencia intercultural incluye dos elementos generales: Visión Intercultural y Relación Intercultural. La *Visión Intercultural* se refiere a la capacidad para identificar los elementos que constituyen la identidad cultural de los usuarios; reconocer los elementos básicos de su cultura aplicados a la comprensión de los sistemas y modelos de atención a la salud, e iidentificar las barreras culturales y de género en el ámbito de las instituciones de salud y de su región de influencia, que violentan el marco ético, bioético y de derechos humanos.

La *Relación Intercultural* se refiere a la capacidad para establecer una escucha Intercultural (comunicación asertiva, educación y negociación Intercultural), y para convalidar, revisar, ajustar, validar y operar las acciones y programas, directamente con los beneficiarios involucrados (usuarios, personal directivo-operativo).

Para lograr esta competencia, se invita a establecer procesos de sensibilización intercultural, mediante talleres interculturales en las unidades de salud e incluso en los hospitales de manera presencial o vía Internet y, para el caso del personal de salud en formación en

escuelas de ciencias de la salud, incorporando en la currícula de las escuelas *la competencia intercultural* como elemento transversal de la formación de estos profesionales.

Negociación y Educación Intercultural - Encuentros de Enriquecimiento Mutuo

La *negociación intercultural* es un instrumento para resolver conflictos entre individuos y grupos humanos con características culturales diferentes. Parte de aceptar que cada grupo tiene derecho a creer y percibir el mundo de manera diferente, poseyendo valores distintos. Reconoce que las situaciones en las que pueden estar presentes los conflictos de valores[9] requieren de metodologías específicas para prevenirlos y afrontarlos. Por esta razón se diseñó la metodología de *Encuentros de Enriquecimiento Mutuo*.

Esta metodología es la aplicación que integra la herramienta para facilitar una negociación intercultural, con el enfoque educativo intercultural, y se puede aplicar a cualquier relación educativa de intercambio de conocimientos, prácticas y percepciones entre dos grupos humanos.

Se trata de una herramienta específica que se puede implementar en una reunión tipo encuentro, donde el personal del programa y los grupos de usuarios dialogan de manera horizontal sobre el tema, sin que ninguno presente su posición como la única versión de la verdad, y las dos se escuchan y aprendan de la otra, comprendiéndola, negociando entre sí, estableciendo acuerdos de interrelación.

Una de las aplicaciones más exitosas de esta metodología ha sido la realización de *Encuentros de Enriquecimiento Mutuo* entre personal de salud y parteras y terapeutas tradicionales. Con estos encuentros se ha logrado mejorar la atención a los usuarios y usuarias, disminuyendo las barreras culturales, a través del enriquecimiento y fortalecimiento, tanto del modelo de atención de las parteras y terapeutas tradicionales, como del modelo de atención ofertado por el personal de los servicios de salud, todo ello a través del diálogo, del enriquecimiento mutuo, y la toma de acuerdos de manera conjunta y concertada que mejoren la atención a las mujeres y a los recién nacidos.[10]

Lineamientos de Interrelación con la Medicina Tradicional

1. La coordinación entre el personal de salud de los Servicios y los terapeutas tradicionales del sistema indígena de atención a la salud, deberá darse en un marco de respeto y complementariedad. Para ello el personal de salud deberá establecer una relación de

[9] De acuerdo a la teoría de conflictos, según su naturaleza y causas los conflictos pueden ser de Intereses, de derechos y de valores. Los conflictos de intereses tienen que ver con los medios para resolver necesidades u obtener los satisfactores que deseamos. Pueden ser por recursos, seguridad personal, patrimonio, poder, prestigio, reconocimiento, inclusión, oportunidades de desarrollo, necesidades de cambio. Los conflictos de derechos tienen que ver con la percepción, conciencia y ejercicio de derechos, entendidos como la facultad reconocida de una persona o grupo para obrar o exigir en función de una norma o acuerdo. Los conflictos de valores tienen que ver con lo que creemos, entendido esto como un sistema compartido, cuyas pautas motivan actitudes, conductas y acciones. Estos conflictos se originan desde las culturas, las tradiciones, la moral, la religión, los dilemas éticos, la identidad personal, las creencias básicas y las posiciones ideológicas. Misión Civil por la Paz. Eje temático: resolución positiva de conflictos. En: Trabajando por la paz. Cuaderno para la Formación de Promotoras y Promotores. México, DF: Misión Civil por la Paz.

[10] Para mayores detalles ver documento: Encuentros de Enriquecimiento Mutuo entre Personal de Salud y Parteras Tradicionales. Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural. Dirección General de Planeación y Desarrollo en salud. Subsecretaría de Innovación y Calidad. Secretaría de Salud, México, 2008.

escucha, horizontalidad y apoyo mutuo, erradicando actitudes de desprecio, burla y discriminación.

2. Promover la realización y participación en actividades interculturales y encuentros de enriquecimiento mutuo con terapeutas tradicionales y parteras para valorar los aportes de ambos modelos y establecer convenios de colaboración mutua.
3. Identificar claramente los nombres con los que se les llama en el idioma local a los "terapeutas tradicionales", registrándolos en su propia lengua, ya que ese nombre posee un significado específico y profundo para su cultura. No dejar de tomar en cuenta a figuras como los *graniceros* y los *xoponej wix (rezadores de los cerros)*", cuya acción no es terapéutica, sino que pretende la búsqueda de la armonía con las fuerzas naturales y divinas para encontrar la salud.
4. Dejar de utilizar términos para referirse a los terapeutas tradicionales cargados de prejuicios, imprecisiones y discriminación. Ejemplo: *brujos, hechiceros, chamanes, curadores, rinconeras*; definiciones vagas, que predisponen prejuicios, reducciones, transferencias y deformaciones de la realidad, y no corresponden a los diferentes expresiones de las culturas indígenas, a sus actividades concretas de trabajo y al significado que poseen para esta población. No fomentar el término de "médico tradicional", toda vez que es un término que excluye a algunos tipos de practicantes que tienen un papel muy específico o de carácter preventivo y puede generar confusión y resistencia con el personal de salud, además de problemas por su connotación legal.[11]
5. Enlistar y coordinarse con los terapeutas tradicionales que cuenten con una práctica de más de 15 años y aval comunitario, otorgado en primer lugar por la población y autoridades comunitarias.
6. Identificar claramente, y en el idioma local, las enfermedades que atiende la medicina tradicional en los grupos étnicos de las comunidades de influencia. Indagar sobre la manera de identificarlas para poderlas referir con los terapeutas tradicionales las que no atienda el personal de salud (*susto, mal de ojo, latido regado*). Socializarlas con el personal de salud para facilitar las acciones de referencia y contrarreferencia.
7. Identificar, en coordinación con los terapeutas tradicionales, la causalidad y riesgos de enfermar y morir del sistema indígena tradicional de atención a la salud de las comunidades de influencia.
8. Apoyar los procesos de *auto-sistematización* y *auto-enseñanza* de la medicina tradicional.
9. Elaborar y convalidar todos los programas y acciones dirigidos a las parteras y terapeutas tradicionales, con ellos mismos de manera participativa.

[11] Artículo 27 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

Declaratoria del Encuentro Nacional de Medicina Tradicional 2012

Los días 29, 30 y 31 de agosto de 2012 se llevó a cabo en la Ciudad de México, un Encuentro Nacional de Medicina Tradicional con el objetivo de favorecer un intercambio intercultural profundo entre los responsables estatales del programa de medicina tradicional y terapeutas tradicionales de todo el país, para identificar los aspectos que es importantes reforzar, para favorecer una coordinación horizontal y un intercambio mutuo entre ambos modelos de atención, que definan acuerdos de coordinación para fortalecer los servicios de salud, la práctica de la medicina tradicional y el bienestar de la salud de la población, sustentándose en el marco legal.

Se contó con la presencia de 35 terapeutas tradicionales entre curanderos, sobadores, hueseros y parteras de los Estados de: Campeche, Chiapas, Chihuahua, Distrito Federal, Guerrero, Hidalgo, Morelos, Michoacán, Nayarit, Oaxaca, Puebla, Querétaro, Quintana Roo, San Luis Potosí, Tabasco, Veracruz y Yucatán; 3 representantes indígenas del Consejo Consultivo Indígena del CDI además 25 personas como representantes y/o participantes de las mismas entidades federativas, una representante del CDI a nivel Nacional y 8 a nivel federal de la DMTyDI/DGPLADES de la Secretaría de Salud.

El personal institucional participante a nivel nacional y de los Servicios Estatales de Salud, en conjunto con los Terapeutas Tradicionales participantes, llegaron a los siguientes acuerdos y compromisos, y declaran:

1. Se reconoce a la medicina tradicional como un modelo de atención a la salud que cubre las necesidades básicas de la población y presenta aportes importantes a nivel preventivo y curativo, a través del uso de la herbolaria medicinal, los masajes, los baños de temazcal, los aportes de la partería tradicional, los rituales y sobre todo, por la atención integral a toda la persona en su cuerpo-mente-espíritu y la relación positiva con los pacientes, la comunidad y el medio ambiente; cuyo conocimiento y desarrollo es un objetivo del Sistema Nacional de Salud.
2. Se identifica la importancia fundamental de establecer y fortalecer la organización estatal y nacional entre terapeutas tradicionales, articulándose con la Secretaría de Salud y la Comisión para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI).
3. Se gestionará la creación y fortalecimiento de áreas específicas en los Servicios Estatales de Salud para atender la temática de la Medicina Tradicional e Interculturalidad con personal y recursos propios, con base a los lineamientos federales.
4. Se promoverá la difusión del marco legal de la medicina tradicional y los derechos de los pueblos indígenas, tanto a nivel institucional, como en las comunidades indígenas, fomentando su aplicación en los servicios de salud y gestionando su traducción a las lenguas indígenas de cada estado, en cumplimiento a los artículos 1º y 2º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
5. Se promoverá la participación conjunta entre el personal de salud y terapeutas tradicionales de manera horizontal y enriquecedora, para ello se promoverá la sensibilización intercultural del personal de salud desde el nivel directivo hasta el operativo, así como encuentros interculturales y de enriquecimiento mutuo entre el personal de salud y las organizaciones de terapeutas tradicionales.
6. Se promoverá la elaboración de directorios de terapeutas tradicionales que cuenten con el aval de la comunidad; definiendo requisitos, lineamientos y procedimientos para su reconocimiento institucional, se fortalecerá la referencia mutua entre el personal de

salud y los terapeutas tradicionales, promoviendo encuentros de intercambio de las principales enfermedades entre ambos modelos de atención a la salud de las diferentes especialidades tradicionales, se establecerán condiciones para su adecuada recepción en los servicios de salud cuando canalizan y acompañan pacientes, y se promoverá la creación de registros documentales.

7. Se promoverá la participación en acciones conjuntas, tanto a nivel comunitario como en los servicios de salud, gestionando la remuneración o/y apoyo económico a los terapeutas tradicionales.
8. Se promoverá la adecuación intercultural de los espacios de salud de hospitales y centros de salud, con la participación de la población indígena y médicos tradicionales.
9. A través de la Secretaría de Salud, el CDI, otras instancias federales y estatales, se fortalecerán los espacios de atención tradicional a la salud con proyectos de mejora y de fortalecimiento de los servicios de salud con medicina tradicional, con la participación de la comunidad y de los terapeutas tradicionales. La comunidad donde se pretende realizar una intervención en salud, participará activamente en la definición, planeación, operación y evaluación de las acciones o programas.
10. Se definirán y fomentarán estrategias y proyectos interinstitucionales para considerar como acciones de salud, políticas de preservación y respeto a los lugares sagrados, y fomento a la producción de flora y fauna de uso medicinal en peligro de extinción, así como el cuidado de la no contaminación de suelos, bosques y agua que además de afectar a la salud de las personas, también daña las plantas medicinales (aplicando recursos de gestión y económicos).
11. Los resolutivos de esta declaratoria se enviarán a los Secretarios Estatales de Salud, Unidades Estatales Responsables de Medicina Tradicional y Titulares de los Programas con el fin de programar en coordinación con representantes de los médicos tradicionales reconocidos por su comunidad y las organizaciones de médicos tradicionales, la realización de reuniones para la planeación conjunta e integral de un programa de trabajo.

Procesos de formación, autorización, registro y regulación de la práctica de los terapeutas de la medicina tradicional indígena.

En el Segundo Taller Interregional de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre registro y autorización de la práctica de la Medicina Tradicional y las Medicinas Complementarias y Alternativas celebrado en la RAE de Macao, China, del 27 de febrero al 1 de marzo de 2013, se presentaron las líneas que propone la OMS, para estandarizar a nivel mundial, a saber:

1. Definición de procesos de formación de los practicantes de la Medicina Tradicional y Medicinas Complementarias.
2. Definición de los sistemas y procesos de calificación y autorización de los practicantes de la Medicina Tradicional y Medicinas Complementarias.
3. Definición de los sistemas de registro e inscripción de la Medicina Tradicional y Medicinas Complementarias.
4. Establecimiento de procesos de regulación técnica de la práctica de la Medicina Tradicional y Medicinas Complementarias.

En base a estos lineamientos y al principio de que cada una ellas debe de adaptarse al contexto de cada País, en México la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural (DMTyDI) definió las siguientes líneas para la Medicina tradicional:

I. Formación de los terapeutas tradicionales

Posterior a la eliminación de las instituciones indígenas existentes antes de la conquista, los terapeutas tradicionales, yerbateros, parteras, hueseros, sobadores se han formado generalmente en las comunidades indígenas bajo la metodología de maestro – aprendiz, ubicados en una cosmovisión indígena tradicional, contando con el reconocimiento de la comunidad. En muchas ocasiones son parientes de un terapeuta tradicional o son reconocidos por ellos por identificación de sus dones o por algún signo especial (sueños).

La DMTyDI, pretende fortalecer dicho proceso de formación y los espacios para la enseñanza de la medicina y la partería tradicional, donde los alumnos y alumnas que llevan el método de maestro-aprendiz y que cuenten con aceptación de la comunidad, se incorporen en un proceso de enseñanza por competencias, contando con la participación de terapeutas tradicionales como maestros.

El papel de las instituciones, como la SSA, el IMSS, la CDI y las Universidades Interculturales, será proporcionar la infraestructura, hospedaje, alimentación, y materiales de enseñanza, así como el reconocimiento oficial (institucional) de las personas egresadas.

Dicho espacio también se aprovechará para recrear y sistematizar el conocimiento tradicional, bajo una metodología de "autosistematización", llevada a cabo por los mismos terapeutas tradicionales, conocimiento que se aprovechará para la formación de nuevos terapeutas tradicionales.

Pasos definidos:

a) Identificar los lugares estratégicos para conformar escuelas tradicionales en base a los siguientes criterios:
   - Presencia de terapeutas tradicionales en la región (de preferencia organizaciones).
   - Presencia de un módulo de medicina o partería tradicional, casa de nacimiento, o casa de la mujer, con participación de terapeutas y parteras tradicionales
   - Escuela o Universidad Intercultural con instalaciones disponibles.
b) Consulta informada con la comunidad y con los terapeutas tradicionales de la región para conocer su posición y disponibilidad.
c) Identificación de los terapeutas tradicionales que participarán en la enseñanza.
d) Acuerdo o convenio interinstitucional para apoyar la construcción de la escuela (CDI, SSA, Universidades Interculturales, SEDESOL), trasporte de alumnos y docentes (indígenas tradicionales), hospedaje y alimentación, así como para el pago de los docentes y beca para lo/as alumno/as y maestro/as.
e) Acuerdo con la SEP a través de CIFRHS para reconocer a las y los egresados.
f) Elaboración de competencias tradicionales con los terapeutas tradicionales por especialidad.

g) Definición de criterios de admisión de alumno/as.
h) Organización de actividades comunitarias con terapeutas tradicionales.
i) Organización de las sesiones y actividades.
j) Organización de sistemas de evaluación.
k) Institucionalización del registro de formación.

II. Calificación y autorización de los practicantes de la Medicina Tradicional

El reconocimiento de los terapeutas tradicionales es en principio otorgado por la comunidad fundamentado en la cosmovisión y procedimientos tradicionales, por lo que se definen los siguientes pasos:

a) Enriquecimiento y convalidación de la propuesta con terapeutas tradicionales, organizaciones indígenas y el Consejo Consultivo Indígena del CDI.
b) Acuerdo interinstitucional (SSA, CDI, CNDH, IMSS-Oportunidades).
c) Definición de criterios para seleccionar y priorizar comunidades para implantar la estrategia.
d) Acuerdo con autoridades estatales y nacionales de salud y educación, para implantar el proceso de manera gradual.
e) Definición de grupos interinstitucionales para la realización de las actividades comunitarias por estado.
f) Diseño de un programa de trabajo.
g) Realización de asambleas comunitarias en las comunidades seleccionadas, cuidando la participación de las autoridades municipales y tradicionales, así como de terapeutas tradicionales, para la definición y propuesta de los terapeutas tradicionales y sus especialidades (yerbateros, parteras, hueseros, sobadores u otras), en base a criterios enmarcados en la medicina tradicional, que cuentan con el reconocimiento comunitario; con la participación de representantes institucionales (SSA, CDI, Consejo Consultivo Indígena de la Región).
h) Oficialización de las personas reconocidas por la comunidad, con las instituciones participantes.

i) En el caso de las personas egresadas por la escuela de medicina o partería tradicional, la escuela califica y la comunidad aprueba.

III. Registro e inscripción de la Medicina Tradicional.

a) La comunidad y las organizaciones de terapeutas tradicionales reconocen a los terapeutas tradicionales en base a los procesos definidos en el apartado anterior.
b) Las instituciones conforman un padrón de terapeutas tradicionales reconocidos y los enlistan.
c) Se conforma un padrón nacional (local) de registro de los terapeutas tradicionales en acuerdo SSA – CDI.
d) Acuerdo con secretarios de Salud y CDI estatales para conformar los padrones estatales, con un área específica responsable.

e) Los grupos interinstitucionales de trabajo comunitario hacen llegar al área responsable del padrón las actas comunitarias.
f) El área estatal responsable del padrón, enlista y registra a los terapeutas tradicionales reconocidos por las asambleas comunitarias, envía un reporte al área nacional, ubicada en la DMTyDI / DGPLADES y elabora un documento de "autorización" que entregará a los terapeutas tradicionales correspondientes.
g) En el caso de las parteras tradicionales, dicho reporte se entregará a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES), para su autorización en los términos estipulados en el Reglamento de atención a la Salud.
h) En el caso de los alumnos de las escuelas de medicina y partería tradicional que hayan sido aprobados por la escuela y reconocidos por la comunidad, se enlistarán en el padrón ya señalado y recibirán además un reconocimiento "oficial" por las autoridades educativas.

IV. Regulación técnica de la práctica de la Medicina Tradicional.

La práctica de la medicina tradicional será regulada en base:

1º. Al reconocimiento comunitario y registro institucional de los terapeutas tradicionales.

2º. A la circunscripción de su práctica en los términos de las competencias tradicionales definidas por organizaciones de terapeutas tradicionales.

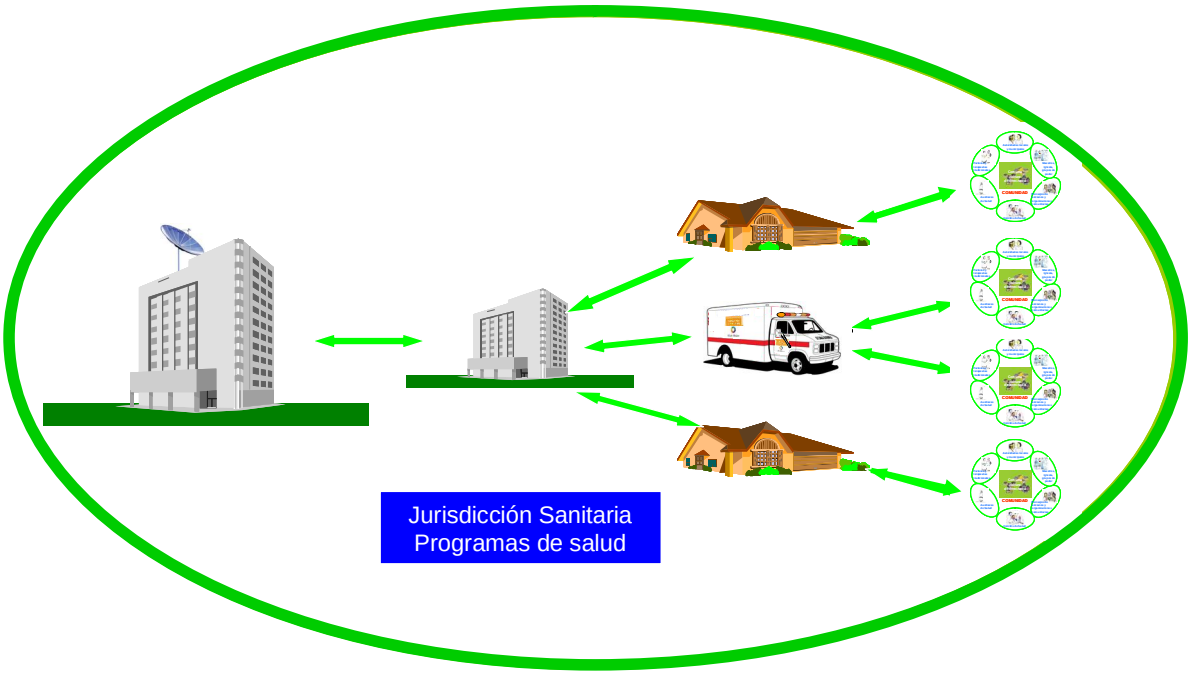
3º. A la conformación de un comité comunitario que dará seguimiento a su práctica, recibiendo quejas o recomendaciones de su labor.

III.- RED DE SERVICIOS DE SALUD CON MEDICINA TRADICIONAL

Concepto de Red Funcional de Servicios de Salud de Flujo Real

Definimos como *Red Funcional de Servicios de Salud de Flujo Real*, a una forma de organización de servicios en una región determinada, que integra de forma sistémica, un conjunto articulado de programas, normas organizacionales, unidades de salud (fijas y móviles), e instancias comunitarias.

Esta red, se organiza para la prestación de los servicios de salud en un proceso de flujo continuo, a fin de acercar de manera funcional la mejor capacidad resolutiva de atención a la salud a las personas, bajo criterios de pertinencia, funcionalidad, calidad, seguridad, eficiencia, ética, interculturalidad, equidad de género y respeto a los derechos humanos.



La red integra los procesos de atención y referencia, aprovechando los aportes de los servicios con diferente capacidad de resolución, los cuales van desde el espacio comunitario, hasta el hospital de especialidades, de manera que se agilicen los procesos de articulación y comunicación y que permitan erradicar las barreras que generalmente obstaculizan y retardan los procesos de referencia y atención, pretendiendo que desde que el individuo entre en la red de servicios, éste se encargue de todos los mecanismos de traslado y canalización al área que requiera, de manera expedita, oportuna y eficiente (*política cero rechazo*).

Debe considerar también la articulación funcional a nivel sectorial entre las diversas instituciones que integran el Sistema Nacional de Salud.

La red de servicios incluye la infraestructura, pero debe ir mucho más allá. Requiere incorporar los programas, normas operacionales, sistemas de información y recursos logísticos que ofrecen las instancias jurisdiccionales y estatales, así como las organizaciones

comunitarias y personas (recursos locales de salud), que son parte de la red social de la localidad y el primer recurso que recibe a la persona enferma en las localidades apartadas, siendo las encargadas de atenderla o referirla de acuerdo a su capacidad frente al tipo de problema que la aqueja.

Para ello se requiere incorporar a los terapeutas tradicionales en las redes de servicios de salud de manera que se ofrezcan de forma conjunta y articulada, a los usuarios en las regiones indígenas, servicios de la medicina convencional y tradicional, para potenciar las acciones de ambas de manera sinérgica, mejorando la accesibilidad y amigabilidad cultural de la atención a la salud.

Se pretende que las redes de servicios de salud, identifiquen, valoren e incorporen los aportes que ofrecen los terapeutas tradicionales de su ámbito de acción y fortalezcan su trabajo e impacto en la salud, con una serie de apoyos tanto materiales, como económicos, en información y operacionales. Con ello se procura restituir una relación que ha sido históricamente desigual, otorgándoles lo que en realidad les corresponde socialmente, así como incidir en el fortalecimiento de los Servicios de Salud, con procesos de atención a la población usuaria, que integran, con asequibilidad cultural, los recursos y aportes existentes en la misma localidad, y en diferentes instancias resolutivas extracomunitarias.

Con esto se espera impactar en la reducción de la mortalidad tanto materna como de otros tipos de urgencias médicas. Así mismo reducir gastos realizados por los servicios de salud y por la población.

La comunidad

La comunidad no es un espacio homogéneo, posee una cultura determinada y la integran diferentes grupos y actores que poseen un peso específico en la atención y referencia de las personas enfermas. Por ello la red debe considerar la articulación con ellos.

Entre los diversos actores comunitarios, sobresalen los auxiliares de salud, así como las parteras y terapeutas tradicionales. En principio, la red debe de identificar, reconocer, incluir, enriquecer y potenciar los aportes que ofrecen estos recursos locales de salud.

Es importante resaltar que la comunidad posee una cultura propia, que aunque ha sido permeada por elementos occidentales, y de otras culturas, continúa circunscribiendo una cosmovisión y una forma de entender la salud y enfermedad que de alguna manera se encuentra articulada y concentrada en las expresiones de la medicina tradicional de la región.

Los Terapeutas Tradicionales y los "Auxiliares de Salud" en las Redes de Servicios de Salud

Son décadas en la que los servicios de salud han llevado una relación desigual e inequitativa con los auxiliares de salud y con los terapeutas tradicionales.

Es común que se aproveche su trabajo para aumentar la cobertura y el impacto de los servicios, sin que se reconozca, valore y retribuya con justicia sus aportes y su trabajo. Es común que a las y los auxiliares de salud se les otorgue una pequeña beca o compensación, que no corresponde en absoluto al esfuerzo, trabajo y tiempo que dedican. En el caso de las parteras tradicionales, en ocasiones se les apoya con maletines y material, sin que exista una retribución económica por el servicio que ofrecen a la comunidad, así como tampoco a los gastos que ellas realizan cuando se ven en la necesidad de canalizar al centro de salud o al hospital a la mujer con riesgos y complicaciones del embarazo, parto y puerperio.

El resto de terapeutas muchas veces pasa desapercibido y sin atención por los programas de salud, a pesar del gran aporte que realizan a su comunidad.

Desafortunadamente en México existen desde los tiempos de la conquista, una serie de mecanismos que naturalizan el despojo y pauperización realizado hacia los pueblos indígenas y en especial a los terapeutas tradicionales. Esto influye en que los aportes que los terapeutas tradicionales realizan comúnmente a la salud de la comunidad, en los recursos terapéuticos herbolarios, masajes, baños de temascal, atención a enfermedades mentales y atención tradicional del parto, comúnmente no son valorados y retribuidos por los servicios de salud.

Objetivo:

Lograr que la red de Servicios de Salud cubra a los usuarios desde el momento en que acudan con los terapeutas tradicionales y recursos locales de salud, de manera que la atención esté apoyada por los servicios y en caso de requerir un traslado, este se pueda realizar de manera inmediata.

Considerandos

- La inserción de los terapeutas tradicionales en la red de servicios de salud implica un conocimiento mutuo. Los terapeutas deben conocer los elementos sustantivos de la red de servicios, y el personal de la red, los elementos básicos del sistema de la medicina tradicional.

- Con este modelo, se reconoce los servicios tradicionales que realizan las parteras y terapeutas tradicionales en la propia comunidad y se brinda apoyo económico y operacional para que se enriquezcan, fortalezcan y continúen su labor.
- En necesario llevar a cabo consultas con la comunidad y con los terapeutas tradicionales de la región y escuchar sus apreciaciones con respecto a las propuestas de un trabajo conjunto y reconocido de la medicina tradicional con los Servicios de Salud.[12]
- Es importante también escuchar la opinión y propuestas del personal de salud al respecto, identificando sus temores, prejuicios, entre otras cosas. Se recomienda llevar a cabo un Encuentro de Enriquecimiento Mutuo entre terapeutas tradicionales y comunidad, con el personal de salud de la unidad de salud u hospital para ambas partes se escuchen, analicen ventajas y desventajas, encuentren puntos en común y definan condiciones de trabajo de manera conjunta.

Procesos

A. Identificación de los terapeutas tradicionales

1. Seleccionar las comunidades en las que se operaría el programa, priorizando aquellas que se encuentran dispersas en municipios de menor índice de desarrollo humano, en las cuales es difícil el acceso a los servicios de salud y en donde persiste la medicina tradicional como una primera opción.
2. Identificar y otorgar reconocimiento a los terapeutas tradicionales de dichas comunidades que tienen aval comunitario y más de 15 años de experiencia.
3. Consultar a la comunidad, autoridades locales y terapeutas tradicionales sobre la propuesta de incorporación en las redes de servicios.

B. Fortalecimiento, información y capacitación a los terapeutas tradicionales

1. Informar del funcionamiento de la red y sus contactos en los servicios a nivel jurisdiccional y en los hospitales.
2. Capacitar en los procedimientos de canalización, referencia y contrarreferencia.
3. Enriquecimiento de su modelo con aportes del modelo convencional utilizando la metodología de Encuentros de Enriquecimiento Mutuo. Para el caso de las parteras tradicionales se propone incorporar las siguientes competencias:
    - Conocimiento de los procedimientos generales utilizados en los servicios de salud en la atención del embarazo, parto, puerperio y recién nacido.
    - Procedimientos de sanitización e higiene durante el trabajo de parto ("*parto limpio*").
    - Toma de signos vitales.
    - Identificación del riesgo en mujeres embarazadas.
    - Identificación de signos de alarma de la mujer en el puerperio.
    - Cuidados inmediatos del recién nacido.

[12] Ver "Metodología Intercultural para la Realización de Consultas Informadas". Secretaría de Salud. México, 2008.

- Identificación de signos de alarma en el recién nacido. Vigilancia neonatal.
- Atención y procedimientos básicos a realizar en emergencias obstétricas.
- Primeros auxilios.
- Consejería en planificación familiar y prevención del cáncer cérvico uterino con enfoque intercultural.
- Maniobras básicas para la detección del cáncer de mama con enfoque intercultural.
- Elementos generales de la atención psicoprofiláctica.

4. Capacitación en información del Programa de Seguro Popular con medicina tradicional. Información del CAUSES.
5. Se otorgarán reconocimientos a los terapeutas tradicionales con las competencias citadas. En el caso de las parteras tradicionales con las competencias referidas se les invitará y permitirá atender partos en unidades de salud y módulos de partería tradicional utilizando su modelo tradicional, fortalecido con las competencias referidas.
6. Se tramitará con la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, y con el Sistema de Protección Social en Salud, el reconocimiento a los terapeutas tradicionales, como proveedores del Seguro Popular.

C. *Identificación, fortalecimiento, información y capacitación al personal Jurisdiccional y de los Servicios de Salud (hospitales), responsable de la articulación con los terapeutas tradicionales*

1. Informar a los Jefes Jurisdiccionales, así como a los Directores de los Hospitales de la jurisdicción (o red regional de Servicios de Salud), en las acciones y procedimientos derivados del programa de redes de servicios de salud con medicina tradicional.
2. Seleccionar a un responsable en cada jurisdicción de la operación del programa de redes de servicios de Salud con medicina tradicional.
3. Seleccionar en cada Hospital de la jurisdicción (o red regional de Servicios de Salud), un responsable de la operación del programa y de la recepción y contacto con los terapeutas tradicionales.
4. Capacitar al personal jurisdiccional y hospitalario responsables de las acciones y procedimientos concretos en:
   - La recepción, articulación, referencia y contrarreferencia con las parteras y terapeutas tradicionales incorporados a la red.
   - Las enfermedades tradicionales más frecuentes que son atendidas por los terapeutas tradicionales de la región.
   - Los aportes del modelo de partería tradicional.
   - Los servicios tradicionales considerados en la red.
   - La operación del Programa de Seguro Popular con medicina tradicional.

5. Los Jefes Jurisdiccionales y Directores de Hospitales, a través de los responsables a nivel jurisdiccional y hospitalario, definirán un programa de información de los lineamientos de operación del programa con el personal de salud a su cargo.

D. *Operación*

1. Los servicios de la medicina tradicional se reconocerán en la red de servicios y se fortalecerán con elementos de articulación, financiamiento, capacidad de referencia y enriquecimiento en capacidades varias.
2. Se involucrará a los terapeutas tradicionales en la identificación y fortalecimiento de las redes sociales comunitarias.
3. Se establecerán formatos específicos para el registro de información sobre recursos, servicios, producción, daños a la salud, capacitación, supervisión e infraestructura y se vincularán al sistema de información de los Servicios Estatales de Salud.
4. Se supervisarán las actividades que realizan las diferentes jurisdicciones sanitarias y hospitales incorporados en el modelo. Los resultados obtenidos se resumirán a través de un tablero de control que identifique el desempeño obtenido.
5. Se realizarán evaluaciones trimestrales de manera periódica mediante dos estrategias:
   - Aplicación de una encuesta para conocer la satisfacción de los usuarios y afiliados al Seguro Popular, las parteras y terapeutas tradicionales y el personal de salud involucrado.
   - Un sistema de indicadores:
     - No. de mujeres embarazadas en control.
     - No. de personas referidas a unidades médicas para su control en programas diversos, desglosando edad, sexo y atención.
     - No. de mujeres embarazadas referidas a unidades médicas para su control.
     - No. de mujeres embarazadas con riesgos, complicaciones y emergencias obstétricas referidas a unidades médicas para su atención.
     - No. de personas con emergencias médicas diversas referidas a unidades médicas para su atención.
     - No. de partos atendidos por parteras tradicionales en la comunidad.
     - No. de partos atendidos en unidades de salud de manera conjunta entre el personal y parteras tradicionales.
     - No. de consultas por terapeutas tradicionales por especialidad.

E. *Canalizaciones y Traslados*

1. Se desarrollará y llevará a cabo un sistema de referencias y contrarreferencias entre los servicios de salud y los terapeutas tradicionales considerados en la red, al cual se pueda dar seguimiento para contabilizar las actividades realizadas en los dos sentidos, así como su periodicidad y frecuencia. Se debe de poder identificar que área o especialista del modelo médico refirió y

cuando a cual área o especialista del modelo tradicional de atención. Lo mismo para las referencias del modelo tradicional al institucional.

Referencias y Contrarreferencias De los Servicios de Salud a la Medicina Tradicional

Fecha _____Quien la envía _____ Área _____

Porqué _____

Quien la atendió _____ Especialidad _____

Acciones realizadas _____ Fecha _____

Recomendaciones y comentarios _____

2. Se instruirá al personal de los Servicios de Recepción, Trabajo Social, Emergencias y Atención Médica de la operación de éste programa, a fin de facilitar la recepción respetuosa y ágil de los terapeutas tradicionales que acompañan pacientes, así como la de los pacientes. Se capacitarán para que puedan elaborar referencias y contrarreferencias con los terapeutas tradicionales. Se facilitará el acompañamiento del paciente por el terapeuta tradicional en las consultas si así lo solicita el paciente.
3. Se instruirá a los terapeutas y parteras tradicionales en los programas de vigilancia y control de embarazadas, puérperas e infantes y otros usuarios, que requieran acudir a los controles y consultas que llevan a cabo los servicios de salud, para que les puedan dar seguimiento y recomendar a los usuarios el acudir a sus citas y controles.
4. En el caso del control y referencia de mujeres embarazadas por parteras tradicionales, la incorporación en la red de servicios de salud contemplará lo siguiente:
   - Detección y registro de embarazadas.
   - Control del embarazo.
   - Referencias de amenaza de aborto y aborto incompleto.
   - Referencias de amenaza de parto pre-término.
   - Referencias de mujeres con riesgo en el embarazo.
   - Referencias de parto complicado.
   - Referencia oportuna del recién nacido complicado.
   - Atención y control del puerperio.

F. *Servicios Tradicionales reconocidos en la red de servicios de salud*

1. Atención y seguimiento del embarazo por parteras tradicionales.
2. Atención durante el parto por parteras tradicionales.
3. Atención y seguimiento del puerperio por parteras tradicionales
4. Atención de enfermedades básicas y tradicionales con herbolaria medicinal, realizadas por yerbateros y curanderos.
5. Atención de problemas músculo-esqueléticos simples y tradicionales con masaje tradicional por sobadores y hueseros (se excluyen fracturas).

6. Atención de problemas de salud mental a través de la atención tradicional y la armonización y equilibrio con el entorno a través de diferentes rituales.
7. Se definirán los alcances y límites de las intervenciones tradicionales de manera que se defina las enfermedades de referencia inmediata a los servicios, el no uso de medicamentos no permitidos, y se promueva la referencia oportuna de los pacientes que no remitan con los tratamientos convencionales.

G. *Elementos para facilitar la práctica de la medicina tradicional en condiciones adecuadas de seguridad y comunicación.*

1. Se incorporarán programas y acciones de interrelación para dignificar los espacios de atención de la medicina tradicional, y disminuir los riesgos sanitarios en sus comunidades.
2. Se aprovecharán programas sociales de construcción y mejora de vivienda para facilitar que las viviendas y espacios tradicionales de atención cuenten con los servicios de agua potable, piso de cemento, drenaje o sanitarios secos aboneros, así como paredes y techos térmicos que permitan la sanitización de los mismos.
3. Se presupuestará y promoverá la adquisición de equipo de radiocomunicación comunitarios para que parteras y terapeutas tradicionales puedan informar de los casos de urgencias en general y emergencias obstétricas en particular, para preparar y agilizar la recepción de la persona en emergencia por los servicios de salud de manera anticipada, así como para poder contar con la asesoría técnica necesaria.
4. Como derecho constitucional, se expedirá constancia de nacimiento a todos los recién nacidos atendidos por parteras tradicionales, promoviendo que éstas se incorporen a la red de servicios de salud.

H. Otras acciones conjuntas

1. Participación de los terapeutas tradicionales en censos comunitarios.
2. Participación en campañas específicas de salud de acuerdo a las problemáticas regionales de salud pública.
3. Participación en campañas de vacunación y desparasitación difundiendo el programa de las acciones.
4. Vigilancia del estado nutricional de niños y niñas.

I. Recursos

Se realizará la definición de mecanismos de financiamiento para los siguientes rubros:

1. Maletines y equipo de atención de parto para las parteras tradicionales.
2. Equipo de radiocomunicación para los terapeutas en comunidades aisladas seleccionadas.
3. Programa de dignificación de viviendas y espacios tradicionales de atención.

4. Retribución económica mensual a las parteras y terapeutas tradicionales incorporados a la red por los servicios prestados. Esto implica un convenio en los terapeutas tradicionales por los servicios recibidos y las comprometidas equivalente a un salario mínimo.
5. Retribución económica para los gastos ejercidos por los terapeutas tradicionales en el traslado de los enfermos con alguna emergencia, en base a un cálculo general por región.
6. Los Servicios de Salud financiarán Encuentros de Enriquecimiento Mutuo entre los terapeutas tradicionales y el personal de salud para favorecer el intercambio y capacitación mutua.
7. Los Servicios de Salud financiarán reuniones de los terapeutas tradicionales para favorecer la auto-sistematización y auto-enseñanza de la Medicina tradicional en base a las necesidades y propuestas regionales.

IV.- HOSPITALES Y UNIDADES DE SALUD CON MEDICINA TRADICIONAL

Introducción

En las regiones indígenas del país donde existen hospitales y centros de salud, es posible y recomendable incorporar y enriquecerse con elementos de la medicina tradicional. De hecho ya existen en México diferentes hospitales y centros de salud que han incorporado los servicios personales en módulos de medicina y/o de partería tradicional o farmacias con preparados herbolarios elaborados por terapeutas tradicionales.

El objetivo general es ampliar la oferta de atención a la salud de los servicios de salud, con procedimientos y remedios de la medicina tradicional y potenciar su competencia y amigabilidad cultural.

A) UNIDADES INTEGRALES DE MEDICINA TRADICIONAL

Historia y Definición

Los Hospitales con espacios que incorporan la atención de terapeutas tradicionales, llamados mixtos o integrales, iniciaron en México en 1990 con el Hospital Mixto de Cuetzálan, Puebla, bajo el concepto de una red integrada de médicos tradicionales. Posteriormente modalidades similares se desarrollaron como hospitales y como unidades de salud en el mismo Estado de Puebla, Nayarit, Durango, Campeche, Michoacán, Oaxaca, Chiapas, Estado de México y Querétaro.

En términos generales, la estrategia consiste en invitar a las parteras y terapeutas tradicionales de la región de influencia donde esta instalado el hospital y/o el centro de salud, a participar en un espacio contiguo del hospital (en Puebla lo denominan módulo integral), para trabajar en forma individual o coordinada si es el caso, con el personal médico y de enfermería de la misma unidad.

Esta iniciativa destaca el reconocimiento que se hace de la medicina tradicional y de la horizontalidad de la propuesta, en la que se pretende acercar a los dos modelos de atención en una relación positiva y respetuosa.

Los módulos integrales de medicina tradicional generalmente incorporan 3 especialidades básicas de la medicina tradicional: curanderos – yerbateros, sobadores-hueseros, y parteras tradicionales. Puede incluir otras subespecialidades como temazcaleros, aunque generalmente ésta es un área que manejan algunas parteras y sobadores.

Objetivos

Lograr la interrelación entre los dos modelos terapéuticos (Tradicional e institucional) a fin de ofrecer alternativas terapéuticas de ambos modelos a la población usuaria en un marco de atención intercultural.

Por atención intercultural, nos referimos a aquella que favorece la calidad de la atención de manera respetuosa, horizontal y sinérgica, en un contexto de seguridad y eficacia, a través del intercambio y enriquecimiento entre diversos modelos de conocimiento y práctica, que favorece la eliminación de las barreras culturales que dificultan el acceso de la población a los Servicios de Salud.

Procesos

Con los hospitales o unidades de salud en los que puede incorporarse un módulo de medicina tradicional, se recomienda:

- Iniciar con un curso de sensibilización intercultural con todo el personal de salud del hospital o unidad de salud.
- Establecer un proceso de consulta con la comunidad y con las terapeutas tradicionales de la región, a fin de conocer si están interesadas en que exista un espacio contiguo y articulado con el hospital,[13] y si están dispuestas a participar y bajo que condiciones.
- En segundo lugar se debe llevar a cabo una consulta con la comunidad y con los terapeutas tradicionales de la región. Se debe de preguntar si están interesados en que exista un espacio tradicional contiguo y articulado con el hospital, que personas podrían participar como terapeutas tradicionales en ese espacio, que servicios tradicionales proponen integrar, con que periodicidad, el tipo de construcción, modalidades de la distribución de los espacios, el tipo de mobiliario, su orientación y los recursos e insumos que se requiere.
- Es necesario también escuchar la opinión y propuestas del personal de salud al respecto, identificando sus temores, prejuicios. Se recomienda llevar a cabo un Encuentro de Enriquecimiento Mutuo entre terapeutas tradicionales y comunidad, con el personal de salud de la unidad de salud u hospital para ambas partes se escuchen, analicen ventajas y desventajas, encuentren puntos en común y definan condiciones de trabajo de manera conjunta, finalmente se recomienda someterlo a la consideración de la comunidad donde esta asentada la unidad de salud.
- Es importante la participación de la comunidad también en los procesos siguientes de construcción, equipamiento y operación.

Organización

- Toda la estructura organizativa parte de reconocer que el espacio de medicina institucional y el de medicina tradicional son espacios independientes, entre los que se pretende formar vínculos, articulaciones y coordinación de manera profunda en un modelo de complementariedad y sinergia intercultural. Es importante resaltar que no se pretende que la medicina tradicional sea asimilada o subsumida por el modelo institucional.
- Es importante que haya un personal institucional encargado de la coordinación y seguimiento con el módulo de medicina tradicional. Este debe de contar con competencia cultural; para ello además de haber tomado el curso de sensibilización intercultural, debe de contar con la aceptación de la comunidad o/y el grupo de terapeutas tradicionales.
- La comunidad o/y la organización de terapeutas tradicionales (en caso de existir), avalará y definirá a las personas que pueden participar en cada una de las especialidades básicas (yerbatero-curandero, sobador-huesero y partera), tomando en cuenta los siguientes criterios: Tiempo de experiencia de 15 años, permanencia en la comunidad y región de

[13] Ver "Metodología Intercultural para la Realización de Consultas Informadas". Secretaría de Salud. México, 2008.

varios años, y reconocimiento y aval comunitario, o bien un terapeuta tradicional con más de 5 años de experiencia que cuente con el aval de su maestro (a) o de una escuela de medicina o partería tradicional.

- Debe desarrollarse un sistema de referencia y contrarreferencia entre los dos modelos médicos al cual se pueda dar seguimiento para contabilizar las actividades realizadas en los dos sentidos, así como su periodicidad y frecuencia. Es importante identificar que área o especialista del modelo médico refirió y cuando a cual área o especialista del modelo tradicional de atención. Lo mismo para las referencias del modelo tradicional al institucional.
- Es necesario resaltar que para facilitar que el personal de salud pueda referir pacientes con los terapeutas tradicionales, es necesario que conozcan las principales enfermedades tradicionales que éstos atienden, así como su sintomatología. Esto puede desarrollarse en un Encuentro de Enriquecimiento Mutuo, en el cual los terapeutas expresen los casos en que sugieren que se les pueda hacer referencias.
- Acordar la referencia de pacientes para que los terapeutas coadyuven en la recuperación del enfermo, para procedimientos como enemas, temascal, cepillado de la piel, consejos de nutrición entre otros, y que el personal médico lleve el control de los aportes obtenidos.
- Es importante elaborar con la comunidad y terapeutas tradicionales de la región una propuesta de roles y guardias, consensuada con ellos que defina el número de personas participantes en cada periodo de tiempo, su periodicidad y cambio.
- No es recomendable dejar que participen terapeutas tradicionales emparentados familiarmente entre sí en el mismo periodo de tiempo, para evitar conflictos de intereses.
- Es necesario elaborar, mediante un proceso intercultural entre los terapeutas tradicionales y el personal de salud, dos reglamentos:
  - Uno para las terapeutas tradicionales participantes que de cuenta de sus derechos y obligaciones y donde se describan todas las tareas que se deben realizar.
  - El segundo para el personal de salud de la unidad de salud contigua, para dejar claro sus posibilidades y condiciones de intervención. En su elaboración, es importante la participación y consenso de ambas partes.
- Se procurará de que haya un rol de terapeutas tradicionales que garantice la permanencia de alguna en caso de que se presente cualquier mujer en trabajo de parto solicitando la atención. En caso de que ella venga acompañada de su partera tradicional, se le dará preferencia en su atención a su partera, y la partera de guardia apoyará el proceso.
- Es importante considerar un sistema de información que de cuenta de las enfermedades atendidas por los terapeutas tradicionales.

Características de los servicios y propuesta arquitectónica de los espacios

En base a diferentes consultas llevadas a cabo con terapeutas tradicionales de los estados de Puebla y Oaxaca[14], así como de las opiniones del personal de salud de distintos hospitales mixtos de los mismos estados, se definieron los elementos sustanciales que se deben incluir en el diseño de los módulos de medicina tradicional.

- Es fundamental siempre tomar en cuenta los elementos de la cultura local a través de consultas informadas con la población, los terapeutas tradicionales y el personal de los Servicios de Salud que van a utilizar el módulo de medicina tradicional. Inclusive el prototipo propuesto derivado de la consulta[15], es necesario presentarlo, validarlo y enriquecerlo con las opiniones de los participantes.
- Se requiere incluir en la unidad de medicina tradicional como mínimo tres espacios de atención, para las tres "especialidades" básicas: *curandero*(a), *huesero*(a) o/y *sobador(a)*, y *partera tradicional*[16]. En algunas regiones existe la especialidad de *temazcalera(o), que puede practicar la partera, yerbatero o sobador,* que se puede incorporar si se integra el temazcal al espacio de salud.
- Cada espacio debe tener una mesita o repisa para poder escribir y colocar cosas, tres sillas cómodas, así como un pequeño nicho o repisa para un altar, donde se puedan colocar velas y las imágenes a las cuales los terapeutas tradicionales se encomiendan.
- Cada espacio debe incluir baño, independiente de los baños para la sala de espera, donde se pueda cambiar el terapeuta tradicional y donde puedan realizarse algunas actividades que lo requieren (después del uso de purgas). Debe incluir un pequeño espacio o vestidor donde puedan dejar su ropa, morral, paraguas y cambiarse de zapatos. El de las parteras debe incluir además regadera para facilitar el aseo de las parturientas.
- En cada espacio de atención debe haber una cama o tarima de madera donde el paciente pueda recibir masajes y cataplasmas de barro, para lo cual se requiere que en el cuarto también haya un recipiente con tierra de barro, una jarra con agua y una palangana donde se pueda preparar.
- Es importante que el módulo de medicina tradicional se ubique cerca del hospital, de preferencia con un pasillo cubierto que comunique el área de atención del parto tradicional, con el área obstétrica del hospital, para facilitar el traslado en caso de cualquier complicación.[17]

[14] En el Estado de Puebla se visitó los hospitales integrales de Ayotoxco y Cuetzálan el 24 y 25 de noviembre de 2008 y se consultó a unos 30 terapeutas tradicionales participantes en ellos. En el Estado de Oaxaca se visitaron los hospitales de Nochixtlan, Teotitlan del Valle, Tlacolula y Clínica del Pueblo en Oaxaca del 8 al 10 de diciembre de 2008, y se consultó a más de 30 terapeutas tradicionales en el Foro Estatal para el Fortalecimiento, Preservación y Difusión de la Medicina Tradicional en Oaxaca.

[15] Metodología Intercultural para la realización de Consultas Informadas. Secretaría de Salud, México 2008.

[16] La justificación y especificaciones del servicio con partería tradicional se encuentran detallados en el modelo de Módulos de Partería Tradicional.

[17] Ver Hospital Integral de Cuetzálan, Estado de Puebla.

- Se sugiere construir la sala de atención para el parto con barro, ladrillo rojo y madera, que son térmicos y que de acuerdo a la cultura indígena evitan que la mujer se enfríe, no roban la energía y conectan con todo el universo.
- Las parteras deben contar con un espacio para revisar a las embarazadas y llevar a cabo distintas prácticas como masajes y manteadas, diferente al de la atención del parto, y así ayudar a que el espacio de atención del parto quede limpio y no se contamine.
- Para el espacio del huesero o sobador se propone una cama bajita, con base de madera para facilitar el masaje. Así mismo la cama para el área de atención del parto debe ser de cierta altura para que la partera no se encorve y canse tanto.
- El espacio de atención tradicional del parto debe contar con implementos y mobiliario que faciliten el parto en posición vertical, así como la higiene del espacio.
- La sala de espera debe de ser confortable, con sillas cómodas y espacios de juegos para los niños. Puede haber un espacio interior con juegos para niños pequeños y para cuando llueve, y otro exterior, para niños más grandes y para cuando hay buen tiempo. No es necesario que toda la sala de espera esté cubierta. En zonas muy cálidas, parte de ella puede estar afuera como con un cobertizo.
- La sala de espera debe de estar orientada hacia donde sale el sol y con las sillas colocadas de manera que los usuarios puedan verse las caras y conversar entre si, como en la sala de una casa. Para los terapeutas tradicionales, el módulo es como su casa, de la que ellos son los anfitriones y los usuarios, las visitas o invitados y que hay que recibirlos con la misma atención como cuando recibes a un invitado a tu casa.

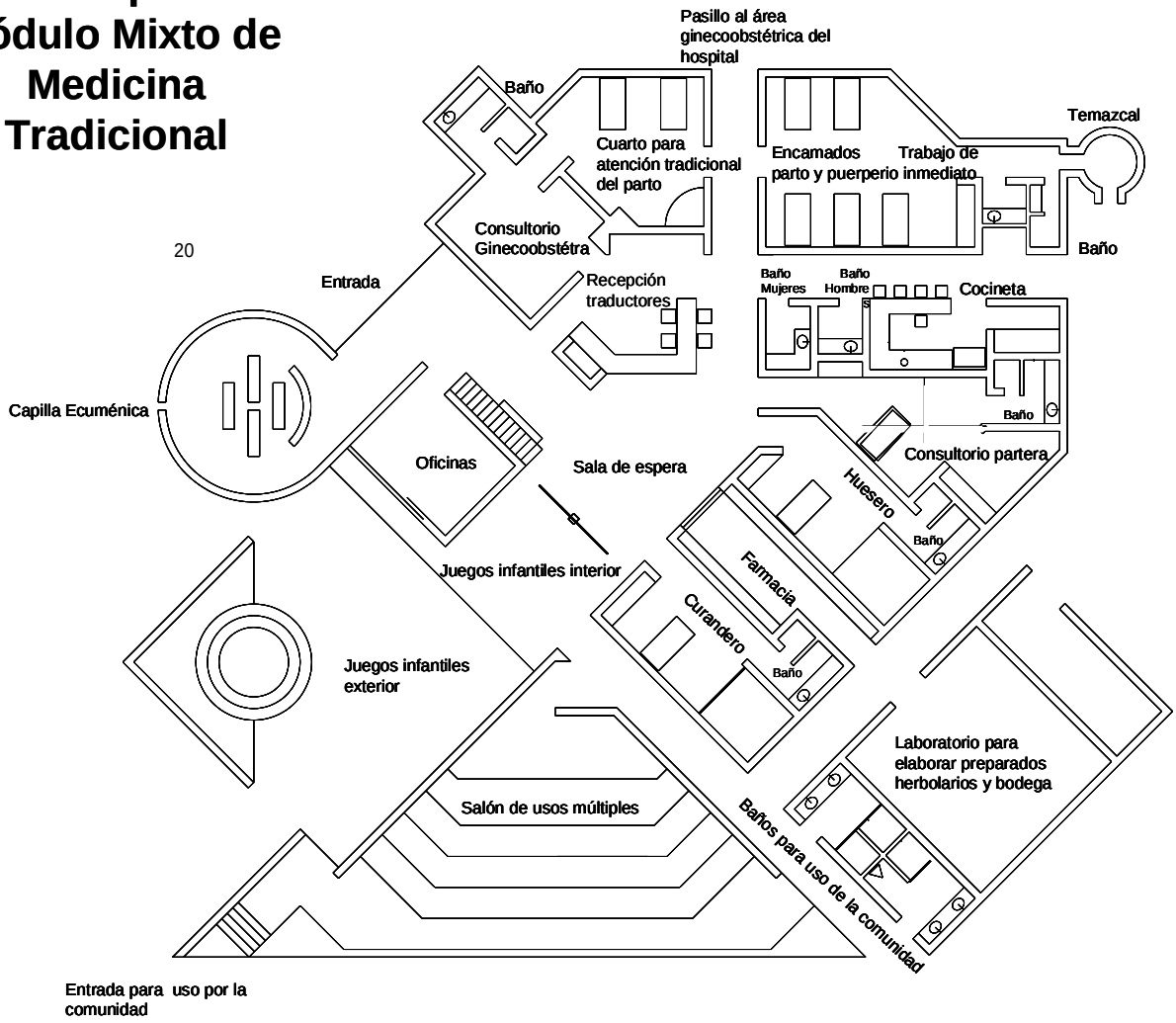
- La sala de espera del módulo es conveniente que tenga plantas en maceteros adecuados.
- Se propone incluir un espacio ecuménico de oración que puede compartirse con el hospital. Puede formar parte de la sala de espera o añadirse como espacio contiguo.
- Para los demás espacios no importa la orientación y pueden contar con suficiente iluminación y ventilación. Sin embargo en el espacio de atención del parto se debe de tener cuidado con las ventanas para que no se facilite la entrada de "*frialdad*".
- Se sugiere incluir una pequeña cocineta y comedor donde los terapeutas tradicionales que participan en la guardia, puedan preparar y comer sus alimentos sin interrumpir a los usuarios en la sala de espera.
- Los baños de la sala de espera de hombres y mujeres deben considerar cambiador de pañal. Si es posible, contar con regadera donde se puedan bañar. Lo ideal es uno para hombres y otro para mujeres.
- En caso de que se demande la construcción de un temascal, debe construirse con la participación de los terapeutas y/o parteras tradicionales que lo tienen y lo han usado.
- Se recomienda que el módulo de medicina tradicional cuente con un jardín demostrativo de plantas medicinales y un herbario a la vista del público, de acuerdo a las condiciones y posibilidades de cuidado y espacio.

- Es necesario colocar señalizaciones adecuadas en cada puerta que correspondan a la tipo de actividad y atención tradicional que se lleva a cabo (curandero, huesero, partera, procesamiento de plantas), y de preferencia que contengan un dibujo comprensible para los usuarios de la región, así como la descripción en la lengua local. De preferencia no señalar la palabra "consultorio", o "laboratorio", que son conceptos propios del modelo médico convencional, que no corresponden literalmente a sus conceptos de los espacios de atención.
- Incluir un espacio para la elaboración de preparados con plantas medicinales, así como una bodega de insumos.
- Incorporar un espacio para que un médico ginecoobstétra o residente con competencia cultural pueda revisar las pacientes referidas por las parteras tradicionales e identificar los casos de riesgo alto y complicaciones[18].
- Incluir rampas y espacios para las personas con discapacidades.
- Considerar espacios para los traductores o enlaces interculturales.
- Se sugiere que a cada módulo se le ponga un nombre que tenga un significado para la población indígena de la región[19].
- El presente prototipo para el módulo mixto de medicina tradicional, plasma en un espacio arquitectónico todos los diferentes elementos referidos con anterioridad, que debe incorporar un módulo de medicina tradicional de acuerdo a las características básicas de funcionalidad, tomado en cuenta los elementos identificados en las consultas realizadas. Este prototipo fue también validado en consultas realizadas en el Estado de Oaxaca. Se sugiere utilizarlo como guía y adaptarlo a las condiciones culturales específicas y de espacio.
- Incluye un espacio de usos múltiples para diferentes actividades que se puede compartir con el hospital, que se pretende sea aprovechado por la comunidad para actividades diversas. Por ello posee una entrada independiente a la del módulo y servicios sanitarios también independientes. Puede crecer de acuerdo a las necesidades y posibilidades del lugar.
- El espacio para la elaboración de remedios herbolarios de plantas medicinales de la localidad y la bodega, se encuentran diseñados de tal manera que se facilita el transporte de los productos elaborados a la farmacia. Estos espacios también pueden crecer de acuerdo a necesidades del módulo y pueden incluir un espacio agregado de estacionamiento para facilitar la descarga de los insumos.

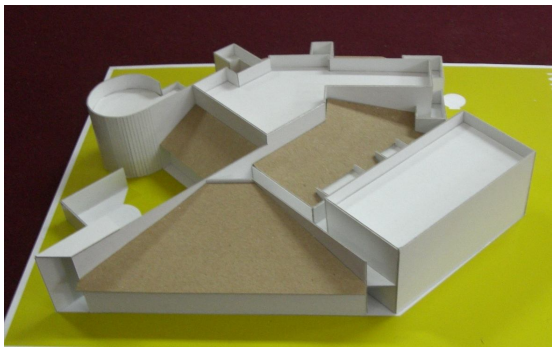
[18] Espacio considerado en el módulo de medicina tradicional del Hospital Integral de Cuetzálan, que ganó el Premio Nacional de la Calidad en Salud 2007 por el trabajo realizado con las parteras tradicionales en evitar la muerte materna, contando como médico ginecólogo al Dr. Luis Arquímedes Hernández Aparicio.

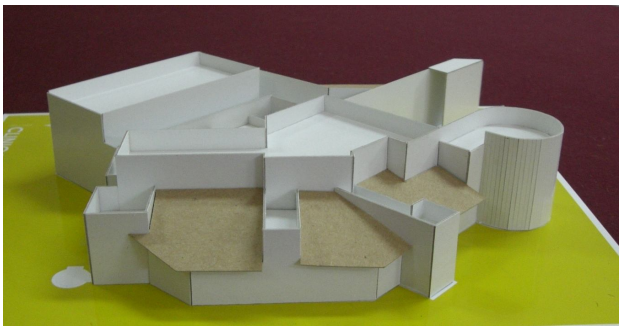
[19] En la Sierra náhuatl de norte de Puebla propusieron como nombre significativo: "Calicampamoyolkui cocoxque". Casa de restauración (física y espiritual) del enfermo.

Prototipo de Módulo Mixto de Medicina Tradicional



[20]





[20] Elaborado por el Arquitecto Héctor Villanueva Mosqueda, consultor de la DMTyDI. La propuesta completa comprende planos y especificaciones arquitectónicas detalladas que se pueden solicitar en la DMTyDI.

B) MÓDULOS DE PARTERÍA TRADICIONAL

"Nos gusta el parto en el hospital,
porque es limpio y si se atora el niño, pues ahí lo sacan.
Pero también nos gusta el parto con la partera porque nos habla bonito,
nos da nuestro masaje en la cintura
para que se nos caliente la cadera y no nos duela el parto,
nos atiende en la posición en que nos sentimos mejor para sea rápido,
nos da nuestras "apretadas" para cerrar la cadera
y que no se nos caiga la matriz y vejiga,
y nuestros baños de vapor para limpiarnos y no quedar crudas."

¿Qué no podríamos tener las dos cosas juntas?

Mujeres Indígenas de la Sierra de Zongolica, Ver. 2002.

El módulo de partería tradicional en articulación con los Servicios de Salud, es una propuesta de espacios y servicios de salud que va dirigida a satisfacer una necesidad específica de la población usuaria y que puede no requerir de otros servicios de la medicina tradicional, por lo menos en cercanía espacial con el hospital o unidad de salud.

Parte del reconocimiento del derecho de las mujeres a decidir la posición que mejor les acomode al momento del parto, del respeto a las manifestaciones culturales de las y los mexicanos y de los aportes del conocimiento de las parteras tradicionales en el proceso de atención del embarazo, parto y puerperio que la Secretaría de Salud reconoce.

Las parteras tradicionales, a diferencia de otras parteras empíricas, forman parte del modelo tradicional mexicano, desarrollado en sus conocimientos y práctica a través de los mecanismos de formación tradicional de maestro/aprendiz, durante muchos años, y cuentan con reconocimiento y aval de la comunidad.

La existencia y aportes de este modelo tradicional de atención con respecto al embarazo, parto y puerperio, se logró identificar y sistematizar gracias a la metodología de "Encuentros de Enriquecimiento Mutuo" (EEM), que se a llevado a cabo entre el personal de salud de un hospital o centros de salud, parteras tradicionales y mujeres que han vivido la experiencia de parto con los modelos institucional y tradicional de 17 estados del país.

En los EEM, las personas participantes de ambos modelos interaccionan en un plan horizontal, presentando a los y las asistentes del otro modelo, sin imponer, el como atienden el embarazo, parto y puerperio, escuchan a las mujeres que han vivido la experiencia de parto con los modelos institucional y tradicional llegando al final a una negociación intercultural para tomar acuerdos que beneficien a ambas partes, y que particularmente favorezcan la salud y satisfacción de las mujeres y de los recién nacidos.

Algunos elementos como las posiciones verticales y elementos de humanización de la atención de las mujeres que llevan a cabo las parteras tradicionales, el apego y lactancia inmediata y el acompañamiento cercano durante todo el trabajo de parto que llevan a cabo, cuentan ahora con reconocimiento en los servicios de salud de nuestro país y en muchas partes del mundo. Poseen fundamentos científicos y culturales claros, con reconocimiento de la OMS, y en el caso de México, un marco legal que se ha adaptado al devenir de los

tiempos, y que ya puede proporcionar lineamientos que faciliten la adaptación de los servicios para aprovechar sus ventajas.

La partería tradicional es una realidad en México, que en algunas zonas del país, es responsable de la atención de más del 50% de los nacimientos.

El modelo de la partería tradicional indígena mesoamericana

Cuando se habla de "partería tradicional", se incluyen de manera generalizada prácticas muy diferentes de distintos grupos de mujeres en el mundo, que van desde "cachar al niño", sin mayores conocimientos o técnicas —como lo siguen haciendo grupos humanos donde el parto lo atiende un/a familiar, generalmente una abuela o tía—, hasta modelos completos de atención más elaborados como la partería que practican las mujeres indígenas de los pueblos de Mesoamérica, fundamentados en una cosmovisión sobre salud, y cuya trasmisión cultural y social, con intercambios de saberes y prácticas entre parteras y generaciones bajo la forma de enseñanza de maestra–aprendiz, la han convertido en una especialización del conocimiento y la práctica.

En México, durante siglos, el modelo de atención del embarazo, parto y puerperio que forma parte de la medicina tradicional indígena, fue ignorado, minusvalorado, rechazado y no estudiado en profundidad, pese a la relación de la Secretaría de Salud y del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), a través del programa Oportunidades, con las parteras tradicionales. Ese esquema también fue estereotipado desde los estudios de otros modelos, como los africanos, como si la partería tradicional fuera igual en todo el mundo.

A partir de 2004, la DMTyDI-SS diseñó la metodología Encuentros de Enriquecimiento Mutuo[21], que se lleva a cabo entre el personal de salud de un hospital o región y las parteras tradicionales de esa zona. Los encuentros se han realizado en los estados de Campeche, Chiapas, Chihuahua, México, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, Michoacán, Morelos, Oaxaca, Puebla, San Luis Potosí, Tabasco, Tlaxcala, Veracruz y Yucatán, así como en el Distrito Federal (DF). Esta metodología posibilitó recuperar y sistematizar un "modelo" de partería tradicional mesoamericano, con contribuciones importantes tanto para los cuidados del embarazo, en la atención del parto y puerperio, y de la/el recién nacido/a.

La propuesta permitió, además, reafirmar el valor y la vigencia del conocimiento local, el cual puede ser accesible en la medida en que se estudie en colaboración estrecha con sus dignas portadoras; asimismo, consiguió que el personal de los servicios de salud institucional —desde este lado de la frontera cultural— interrumpiera la carga heredada del menosprecio que nuestras escuelas siguen reproduciendo, y asumiera la responsabilidad compartida de imaginar nuevas maneras de aproximarnos al saber tradicional sin idealizarlo, pero dispuestas/os a identificar y reconocer los aportes de un modelo de atención tradicional del embarazo, parto, puerperio y de la persona recién nacida, común a los grupos indígenas de la región mesoamericana[22].

La explicación antropológica de este modelo que sorprende por su profundidad e integralidad, es que esa región geográfica —comprendida entre el centro y sureste de México y el norte de Centroamérica— tuvo una civilización que desarrolló toda una

[21] Secretaría de Salud. Encuentros de Enriquecimiento Mutuo entre Personal de Salud y Parteras Tradicionales. México; 2008.

[22] Méndez RM, Cervera MD. Comparación de la atención del parto normal en los sistemas hospitalario y tradicional. Salud Pública de México 2002 mar.abr, 44 (2): 129-136.

racionalidad para entender y vincular su entorno, principalmente, con las prácticas agrícolas, a través de la observación de los movimientos de los astros y otros fenómenos naturales. Incluso, avanzó en las matemáticas y en elaboradas técnicas de construcción, que se aprecian en las pirámides y edificaciones de toda Mesoamérica, y para la agricultura, que siguen teniendo vigencia.

Este conocimiento a partir de observar la causa-efecto y la relación entre los elementos que conforman el universo, se hizo extensivo a la medicina en general y también a la partería tradicional, desarrollando toda una cosmovisión en salud[23] que derivó en un sistema holístico de prácticas que ahora se ha logrado sistematizar y entender de manera general[24]. Entre los elementos identificados gracias a la metodología de Encuentros de Enriquecimiento Mutuo destacan:

1. El reconocimiento de la partera a nivel comunitario y la identificación de su papel que va más allá de la atención de los embarazos y partos.
2. Los procedimientos para "acomodar" al/la bebé, como las "manteadas", con la mujer acostada boca arriba y a gatas.
3. La climatización del espacio donde se llevará a cabo el parto, cuidando que se mantenga el calor, eliminando las fuentes de aire, el frío y del exceso de luz.
4. El respeto a la intimidad de la mujer, utilizando ropa limpia.
5. La recomendación para que la mujer camine durante el trabajo de parto, bajo la vigilancia de la partera, cuidando que no se canse y pierda fuerza en el momento de pujar.
6. Los masajes en la espalda y cadera antes del parto, para relajar a la mujer y disminuir así el dolor.
7. Los métodos para conocer la proximidad del nacimiento —sin la realización de tactos— a través del descenso del fondo uterino con las manos, así como la observación del color de la cara, la sudoración y la temperatura de la cabeza.
8. Las diferentes posiciones verticales (sentadas, paradas, hincadas o en cuclillas) que se ofrecen a la mujer, respetando su decisión, para favorecer el trabajo de parto efectivo, seguro y rápido.
9. La escasa distancia del piso en la atención del parto —que generalmente se cubre con petates, periódicos, cartones y cobijas—, lo cual disminuye los riesgos de accidentes con el/la bebé.
10. La participación de la pareja de la mujer u otra/o familiar o acompañante, si ella lo solicita, como "sostén" físico y emocional.
11. Los procedimientos para lubricar la vagina con aceites de plantas medicinales, y la utilización de compresas calientes para evitar desgarres del periné48.

[23] López A. Cuerpo humano e ideología: las concepciones de los antiguos nahuas. Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Antropológicas; 1984.

[24] Secretaría de Salud. Interculturalidad en Salud. Experiencias y aportes para el fortalecimiento de los servicios de salud. México. UNAM; 2010.

12. Las técnicas para posibilitar el pujo efectivo hacia “abajo y adelante”, con lo que además se evita la defecación durante el parto.
13. La estrategia para aumentar lo que las/os médicos llaman “la prensa abdominal”, colocando un rebozo en la espalda de la mujer durante el periodo expulsivo y jalando hacia la partera, lo cual aumenta la eficiencia de la presión abdominal sin riesgos.
14. El amamantamiento inmediato del/la bebé para facilitar la expulsión fisiológica de la placenta.
15. La revisión y cuidados tradicionales de la/el recién nacido, donde se privilegia el contacto inmediato madre–hija/o, demorando prácticas como el baño, que alejan al/la bebé de su madre.
16. Los masajes postparto conocidos como “apretadas” para favorecer la recuperación de los ligamentos que, a juicio de las parteras, previenen la caída de matriz y vejiga.
17. El uso del temascal y los baños de vapor para favorecer la recuperación temprana de la mujer.
18. El empleo de plantas medicinales para generar la producción temprana de la leche materna y evitar otros problemas de la cuarentena.
19. La vigilancia estrecha y los cuidados a la madre durante los primeros días, con visitas subsecuentes.
20. El trato cercano, amable y humano y el acompañamiento psicoafectivo de las parteras en todo el proceso, en el cual se brinda una relación sin violencia hacia las mujeres. Se pone mucha atención a sus emociones y se trata de sentir lo que las mujeres sienten.
21. Los aportes de las parteras para el modelo de nacimiento humanizado con respecto al recibimiento de la/el recién nacido, a quien desde el vientre materno se le trata como persona y no como un producto, brindándole cariño y consejos.

Objetivos

Ofrecer a las mujeres especialmente indígenas y rurales un espacio donde se pueda atender el embarazo, parto y puerperio en condiciones de seguridad y de manera sinérgica, con los aportes de los dos modelos de atención, que respete la intimidad, la cultura y la posición que mas le acomode a la mujer.

Reconocer los aportes de la partería tradicional, y definir condiciones para su desarrollo en condiciones adecuadas y de seguridad, para el beneficio de toda la población, especialmente la indígena.

Disminuir las barreras culturales determinantes de la muerte materna.

Considerandos

Con respecto a las parteras tradicionales:

- Las parteras tradicionales forman parte del sistema de la medicina tradicional.
- La medicina tradicional que incluye el modelo de atención del embarazo y parto, es un derecho reconocido por la constitución y la Ley General de Salud.

- Este sistema incluye un modelo tradicional de atención del embarazo, parto, puerperio y recién nacido que tiene aportes importantes y algunas limitaciones. Lo tenemos sistematizado y definido por competencias por parteras tradicionales de todo el país, reunidas en el Encuentro Nacional de Parteras Tradicionales celebrado en el Ciudad de México en agosto de 2012. Competencias que se pueden socializar con las escuelas de parteras tradicionales que se vayan desarrollando en las regiones indígenas.
- Las limitaciones pueden atenderse con una intervención educativa enriquecedora y con el *Modelo de Partera a Partera*.
- Los aportes del modelo tradicional son tan importantes tanto a nivel obstétrico, emocional, humano y cultural, que incluso pueden fortalecer la atención convencional del embarazo, parto, puerperio y recién nacido, tanto con elementos técnicos como humanos[25].
- Estos aportes tienen valor por si mismos, favoreciendo un trabajo de parto más satisfactorio, rápido y menos doloroso, con lo cual se puede llevar a cabo un parto digno, entendiéndose como una experiencia única, vital y sagrada, en el cual la mujer es protagonista de su parto.
- A pesar de la gran cantidad de prejuicios existentes con respecto a las parteras, hay estudios que demuestran que su práctica produce menos complicaciones con respecto a la atención convencional[26].
- Experiencias como la realizadas en el Hospital Integral de Cuetzálan, Puebla, que ganó por ello el premio nacional de calidad 2007, demuestran que su atención en condiciones de seguridad, articuladas con los servicios y ligadas a espacios resolutivos, mejoran la calidad de la atención, liberan el segundo nivel, favorecen la acercabilidad y aprovechamiento de los servicios, disminuyen los costos y reducen complicaciones y la mortalidad materna.
- En Estados como Nayarit, Guerrero y Chiapas se ha logrado que las parteras lleven a las embarazadas que están en control con ellas al centro de salud y atiendan el parto en conjunto con el médico, con lo mejor de los dos sistemas y la satisfacción de las usuarias.

Con respecto a la relación convencional con las parteras tradicionales de parte de los Servicios de Salud:

- Se consideran importantes las acciones de articulación, capacitación y certificación que se realizan con las parteras tradicionales en los programas nacionales de la Secretaría de salud y del IMSS-Oportunidades. Apoyan el enriquecimiento de las debilidades de su modelo con elementos valiosos del modelo institucional.
- Desafortunadamente el modelo educativo convencional llevado a cabo con las parteras tradicionales, generalmente no toma en cuenta sus conocimientos y destrezas por lo que

[25] Se cuenta con el documento sistematizado del modelo Tradicional de Atención del Embarazo, Parto, Puerperio y Atención del Recién Nacido. DMTyDI. Secretaría de Salud. 2009.

[26] Méndez Gutiérrez Rosa María y María Dolores Cervera Montejano. Comparación de la atención del parto normal en los sistemas hospitalario y tradicional. Rev. Salud Pública de México/vol. 44, No 2, marzo-abril de 2002.

sus aportes pasan desapercibidos. Eso tiene consecuencias importantes de auto-desvaloración de parte de ellas y de menosprecio y desaprovechamiento de parte nuestra.

Propuesta

El enfoque intercultural permite subrayar que la sinergia entre modelos y culturas diferentes, es posible y necesario. No se trata de escoger entre un modelo y otro, sin subsanar las debilidades de ambos. Se trata de visualizar un producto o productos nuevos, con la articulación y aprovechamiento de sus fortalezas y aportes. Consideramos con todo fundamento que tanto la práctica institucional se puede fortalecer con aportes del modelo tradicional, como éste, con elementos esenciales del institucional.

La condición es que ambos modelos se identifiquen como tales con sus debilidades y fortalezas.

Esto significa **reconocer** primero el modelo de partería tradicional como un elemento valioso.

Segundo, identificar sus aportes.

Y tercero, reconocer el derecho constitucional que tiene la población especialmente la indígena, de aprovechar el modelo de partería tradicional, en condiciones de seguridad.

Para ello proponemos:

1. Promover y privilegiar la construcción de módulos de partería tradicional y posadas de nacimiento con partería tradicional, al lado de los Hospitales Básicos Comunitarios, Hospitales Generales y Centros de Salud, donde se cuenten con todas las condiciones dignas para una atención tradicional del parto en condiciones de seguridad, y se facilite el seguimiento de las embrazadas con el enfoque de riesgo, donde las parteras tradicionales certificadas puedan atender el parto con el apoyo de los servicios para identificar riesgos y atender complicaciones de manera expedita. (*Modelo Cuetzálan*).
2. Permitir y favorecer que las parteras capacitadas y reconocidas puedan atender partos en centros de salud y hospitales básicos comunitarios, con su modelo tradicional enriquecido con los elementos propuestos por el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva.
3. Retribuir económicamente a las parteras tradicionales por su trabajo en conjunto con los servicios en la atención de partos, control prenatal y puerperio, así como en la referencia de casos complicados, e incorporar los servicios de las parteras tradicionales al Seguro Popular. Ya se cuenta en el "Tabulador Rama Medica, Para Medica Y Grupo Afín" del Catálogo de Puestos del Sistema Nacional de Salud, con el "**Código de Puesto MO2120**" de la Partera Tradicional indígena, lo cual favorece los procesos de su contratación.
4. Favorecer la formación de nuevas parteras tradicionales con el modelo de escuelas de partería tradicional, en el cual se capaciten en todos los elementos significativos de su modelo tradicional de atención y se enriquezcan con elementos valiosos del modelo institucional, del modelo operativo resultante de las recomendaciones de la OMS, y del modelo de atención psicoprofiláctica.
5. Capacitar en competencia cultural al personal de salud responsable de la articulación y enriquecimiento de las parteras tradicionales.

6. Facilitar la capacitación de parteras tradicionales con el ***"modelo de partera a partera"***, en el cual parteras tradicionales certificadas, expertas en su modelo tradicional y enriquecidas con aportes del modelo institucional, comparten sus conocimientos con parteras tradicionales de otras regiones, que presentan debilidades tanto en el modelo tradicional como en el institucional.
7. Fortalecer a las parteras tradicionales que viven en comunidades lejanas, con equipo de atención y equipos de comunicación.
8. Aprovechar el apartado de "*autorización de personal no profesional para la prestación de servicios de obstetricia*" definido en los artículos 102 al 114 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, para fortalecer la participación y reconocimiento institucional de las parteras tradicionales que participan en las redes de los servicios de salud y en los módulos de partería tradicional y Posadas de Nacimiento.

Procesos

Con los hospitales o unidades de salud en los que puede incorporarse un módulo de partería tradicional, se recomienda:

- Iniciar con un curso de sensibilización intercultural con todo el personal de salud del hospital o unidad de salud.
- Establecer un proceso de consulta con la comunidad y con las parteras tradicionales de la región, a fin de conocer si están interesadas en que exista un espacio de parto tradicional contiguo y articulado con el hospital,[27] y si están dispuestas a participar y bajo que condiciones.
- Realizar un Encuentro de Enriquecimiento Mutuo entre parteras tradicionales, personal de salud de la unidad u hospital y algunas mujeres que hayan vivido la experiencia de atención del parto con los dos modelos, para que todos se escuchen, analicen ventajas y desventajas, encuentren puntos en común y definan condiciones de trabajo de manera conjunta.
- Escuchar la opinión y propuestas del personal de salud al respecto, identificando sus temores, prejuicios y aportes, finalmente se recomienda llevar someterlo a la consideración de la comunidad donde esta asentada la unidad de salud.
- Asegurar la participación de la comunidad y las parteras tradicionales en los procesos de construcción, equipamiento y operación.

Organización

- Toda la estructura organizativa parte de reconocer que el espacio de partería tradicional y el de los servicios de salud, son espacios independientes e interdependientes, entre los que se pretende formar vínculos y articulaciones para lograr la coordinación de manera profunda en un modelo de complementariedad y sinergia intercultural. Es importante resaltar que no se pretende que las parteras tradicionales sean asimiladas o subsumidas por el modelo institucional.

[27] Ver "Metodología Intercultural para la Realización de Consultas Informadas". Secretaría de Salud. México, 2008.

- Es importante que haya un personal institucional encargado de la coordinación y seguimiento con el módulo de partería tradicional, si es posible lo ideal es que sea gineco-obstetra[28], médico general o una enfermera con especialidad en obstetricia, que acrediten la competencia intercultural; para ello además de haber tomado el curso de sensibilización intercultural, debe contar con la aceptación de la comunidad o/y el grupo de terapeutas tradicionales.
- La comunidad y/o la organización de parteras tradicionales (en caso de existir), avalará y definirá a las parteras que pueden participar tomando en cuenta los siguientes criterios: Tiempo de experiencia de 15 años, permanencia en la comunidad y región de varios años, y reconocimiento y aval social, o bien una partera tradicional con 10 años de experiencia que cuente con el aval de su maestra (o).
- Es importante elaborar con la comunidad y parteras tradicionales de la región una propuesta de roles y guardias, consensuada con ellas, y que defina el número de personas participantes en cada periodo de tiempo, su periodicidad y cambio.
- No es recomendable dejar que participen parteras tradicionales emparentadas familiarmente entre sí en el mismo periodo de tiempo, para evitar conflictos de intereses.
- Es necesario elaborar tres reglamentos:
  - Uno para las parteras tradicionales participantes que de cuenta de sus derechos y obligaciones y donde se describan todas las tareas que se deben realizar.
  - El segundo reglamento es para el personal de salud de la unidad de salud contigua, para dejar claro sus posibilidades y condiciones de intervención; En su elaboración, es importante la participación y consenso de ambas partes.
  - El tercer reglamento es para las mujeres usuarias de para el área de hospedaje o la Casa de Atención la Mujer Embarazada (AME)[29], que describa todas las condiciones de uso y sus derechos y obligaciones. Es conveniente incluir en su elaboración, personal de salud, parteras tradicionales y la participación de algunas mujeres embarazadas y puérperas.
- Se procurará de que haya un rol de parteras tradicionales o profesionales que garantice la permanencia de alguna en caso de que se presente cualquier mujer en trabajo de parto solicitando la atención. En caso de que la mujer en trabajo de parto llegue acompañada de su partera tradicional, se le dará preferencia en su atención a su partera, y la partera de guardia apoyará el proceso.
- Se desarrollarán reuniones de seguimiento periódico de manera trimestral entre representantes de cada modelo médico para evaluar resultados y proponer mejorías.
- Durante el tiempo en que no se presenten usuarias, se promoverá el aprovechamiento del tiempo para actividades diversas: reuniones de intercambio de conocimientos y prácticas con el personal de salud del hospital, autosistematización de conocimiento tradicional, arreglos y mejoras del módulo, apoyo y acompañamiento a las mujeres hospedadas en la Casa AME, entre otras cosas.

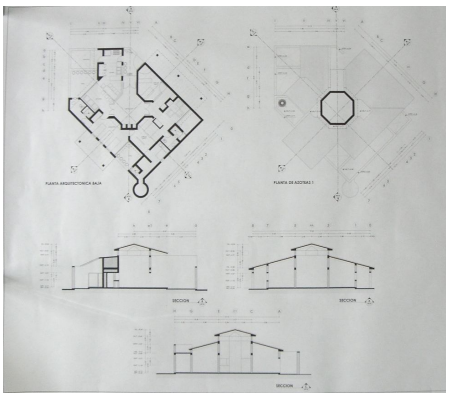
[28] Modelo del Hospital Intercultural de Cuetzálan, Puebla, Premio Nacional de Calidad en Salud 2007.

[29] En caso de que se incorpore al módulo de partería tradicional.

- Es importante considerar un sistema de información que de cuenta de las atenciones realizadas por las parteras tradicionales en el módulo, e incorporarlo en el reglamento.

Características de los servicios y propuesta arquitectónica de los espacios

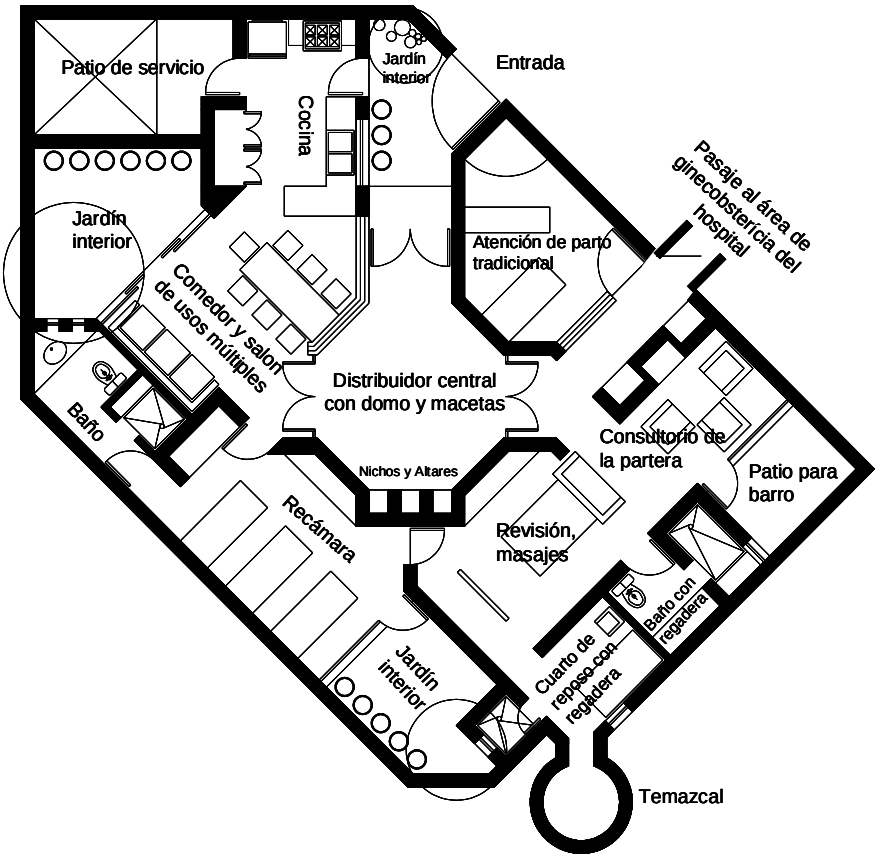
- Se consideró elaborar una propuesta única que conjunte dos espacios, llamado ahora *Posada de Nacimiento*. El primero conocido por los Servicios de Salud como Casa AME (Casa de Atención para la Mujer Embarazada), y la casa de la Partería Tradicional, propiamente dicha).
- La sección de hospedaje es muy importante porque proporciona la posibilidad de que las mujeres, especialmente las que se encuentran en riesgo, puedan llegar al hospital o al módulo de partería tradicional con días de antelación a su fecha probable de parto y no esperar el traslado hasta que ya se manifieste la complicación. También permite que la mujer puérpera pueda quedarse algunos días a que se regularice su situación de equilibrio frío/calor. Esta sección de hospedaje o las casas AME le darían servicio tanto al hospital como al módulo de partería tradicional.
- La propuesta arquitectónica base elaborada por la DMTyDI[30] está conformada por estos dos espacios (Casa AME y Partería Tradicional) conectados por un distribuidor central, lo cual conformaría el módulo de partería tradicional o la posada de nacimiento.
- Es importante presentar el prototipo con la población usuaria, parteras tradicionales y personal de salud, y considerar sus opiniones para validarlo y enriquecerlo.



[30] Elaborada por el Arquitecto Héctor Villanueva Mosqueda, consultor de la DMTyDI. La propuesta completa comprende planos y especificaciones arquitectónicas detalladas.

Prototipo Arquitectónico: Módulo de Partería Tradicional con Casa de Atención para la Mujer Embarazada y Puérpera.

"Casa de la Vida"

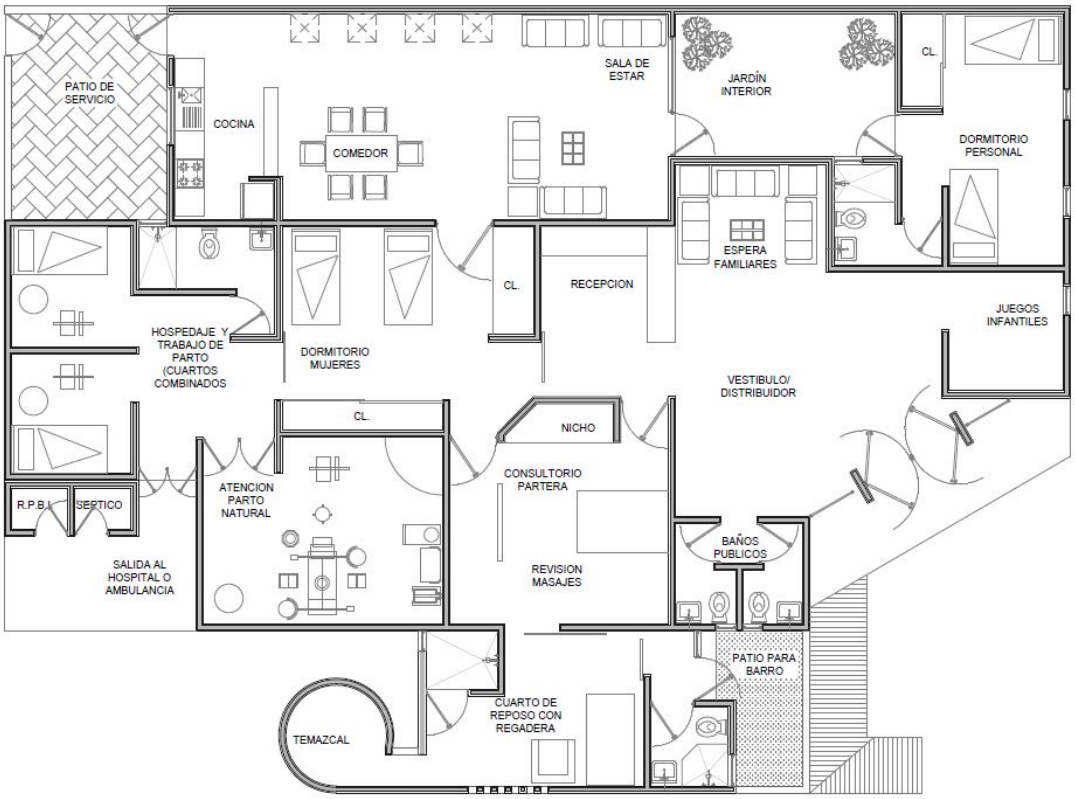


- Como es una casa en la que la mujer puede hospedarse varios días, tiene que ser cómoda y culturalmente amigable.
- El prototipo arquitectónico incorpora inmediatamente en la entrada, un pequeño jardín interior, en el cual pueden descansar las usuarias mirando al exterior y relacionarse con sus familiares y vistas. Conecta con el distribuidor central que es un espacio iluminado con un domo que tiene macetas (pueden incluir plantas de ornato y medicinales), en el que se propone incorporar unos nichos con elementos que permitan la oración y protección.
- Este distribuidor central cuenta con tres puertas. La primera da al pasillo y jardín de la entrada, el segundo al módulo propiamente dicho de partería tradicional, y la tercera, al área de hospedaje. En este espacio central también puede estar la usuaria en compañía de su visita.
- El módulo de partería tradicional cuenta con varios espacios: El área de atención, escucha y contacto de la partera tradicional, el área de revisión y manipulaciones, al área de temascal y el área de atención del parto tradicional.
- El primer espacio del módulo de partería tradicional es para la atención, escucha y contacto con la usuaria y acompañantes, cuenta con tres sillas cómodas o sillones en los cuales se sientan y conversan de manera cercana, sin que exista una mesa de por medio

que lo limite. Cuenta con un nicho para colocar los santos e imágenes que utilice la partera para encomendarse a la divinidad y un espacio para colocar libros y equipos diversos. Como la partera en muchas ocasiones utiliza barro, posee un pequeño espacio donde puede preparar emplastos.

- El segundo espacio, se encuentra separado por un mueble divisorio con anaqueles, cuenta con una cama o tarima pequeña en la cual la partera revisa a la usuaria. Durante el embarazo la partera lo aprovecha para revisar a la mujer, proporcionarle masajes y realizar las maniobras para acomodar al niño (manteadas). Durante el parto la partera revisa el estado del trabajo de parto y la posición del niño, y durante el puerperio la revisa y le proporciona el masaje conocido como "apretadas". A un lado existe un anaquel para colocar productos de la medicina tradicional como pomadas, aceites, extractos y plantas, blancos e implementos diversos.
- Entre los dos espacios existe un baño completo con regadera, que puede utilizar tanto la partera como la usuaria.
- Conectado al segundo espacio se encuentra el área del temazcal que cuenta con el temazcal propiamente dicho, una pequeña área de reposo y una regadera. Esta área también conecta con el área de hospedaje para que las mujeres en embarazo o puerperio puedan utilizarlo de acuerdo a las recomendaciones de las parteras.
- El cuarto espacio es el área de atención de Parto Tradicional. Cuenta con diferentes implementos y mobiliarios que permitan la atención en diversas posiciones de acuerdo a las demandas y necesidades de cada una de las usuarias. También debe incorporar repisas donde se pueda guardar el equipo requerido para un parto en condiciones adecuadas. Es importante que se encuentre construido con material térmico, de preferencia revestido de madera u otro material (PVC sanitario con terminado de madera) que permita su sanitización y que tenga condiciones para su climatización de manera de que no le entre el frío y las corrientes de aire. Ésta área se conecta con un pasillo que se enlaza con el hospital, idealmente con el área ginecobstétrica del mismo.
- El módulo de Albergue para la Mujer Embarazada y Puérpera cuenta con varios espacios: una recámara, un baño, un comedor y espacio de usos múltiples, una cocina, un patio de servicio y dos jardines interiores.
- La recámara cuenta con 3 camas y un baño. Puede crecer a 6 camas y dos baños si se le añade otro espacio igual en espejo, de acuerdo a las condiciones y necesidades de la localidad y región. Cuenta con un pequeño jardín interior.
- El comedor cuenta con un mobiliario para colocar utensilios y varios y puede utilizarse para llevar a cabo otras actividades como lectura y manualidades. cuenta con otro jardín interior donde se pueden reunir las usuarias, platicar y relajarse.
- La cocina conecta con un patio de servicio donde las mujeres pueden lavar y colgar su ropa.
- Las mujeres hospedadas en la casa AME con trabajo de parto eutócico, tendrían la posibilidad de elegir si quieren atender su parto en el hospital o en el módulo tradicional de parto. Las mujeres de alto riesgo o complicaciones se atenderían directamente en el hospital.

- Es importante resaltar que las casas AME deben comprenderse como un espacio confortable para las mujeres usuarias, donde puedan realizar diferentes actividades, recibir visitas que no incomoden a sus compañeras, así como recibir revisión médica.
- En el caso del modelo de Posada de Nacimiento con partería tradicional Tipo 1, la configuración arquitectónica es similar, y además incorpora otros espacios como el séptico, RPBI y un dormitorio para las parteras. Para el hospedaje y los procesos de labor de las mujeres en trabajo de parto, se tiene considerados dos cuartos combinados, donde la mujer puede estar durante el trabajo de parto acompañada por el familiar que ella decida y en caso de que el área de atención de parto natural esté ocupada, pueda atenderse allí el parto, aprovechando los bancos obstétricos ergonómicos diseñados con parteras tradicionales o con alguna otra modalidad propia de la cultura local.



Implementos para la atención del parto tradicional

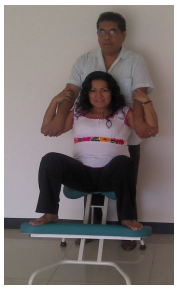
Durante los Encuentros de Enriquecimiento Mutuo entre personal de salud, parteras tradicionales y usuarias, éstas externaron en varias ocasiones que les gusta atenderse en posición hincada, porque es muy natural y les ayuda mucho en el parto, pero que se cansan mucho de las rodillas. Las parteras tradicionales también refirieron que les gusta esa postura porque además están cerca del suelo (madre tierra) y se previenen accidentes, pero que se se les hace ya pesado por la edad y porque se tienen que agachar mucho. Dado que anteriormente con usuarias y obstetras habíamos diseñado la mesa obstétrica intercultural para la atención intercultural del parto en varias posiciones y con la compañía de un familiar, tanto mujeres usuarias como parteras tradicionales solicitaron que diseñáramos un

implemento que lo favoreciera y en el caso del estado de Morelos, varias parteras se sumaron al proceso de diseño.

Con apoyo del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica (CENETEC) y la Empresa Rochester- México, y las directrices de las parteras, se logró diseñar ***el banco ergonómico***, que permite la atención del parto en posición hincada (por delante y por detrás). Además permite la compañía de un familiar como sostén físico y emocional. Tiene una base acojinada que protege al bebé, inquietud de las parteras.

En la posición hincada, permite el descanso de las rodillas. El peso se reparte también en las caderas y pantorrillas liberando el nervio ciático y la circulación sanguínea, de manera que la mujer está más cómoda y puede estar en esta posición más tiempo.

Este banco obstétrico ergonómico también permite las posiciones de sentada, sentada acuclillada y en cuatro puntos (posición de Gaskin).



Permite el asumir una posición de descanso en la que se pueden recibir masajes en la espalda y cadera. Se puede utilizar para el descanso postparto, sentando a la mujer en la base acojinada inferior y descansando sus pies en el banco "kanché". Tiene varias posiciones de altura.

Y por último, permite también el realizar manteadas.

Diseño del "Kanché", como asiento cómodo para la persona que atiende el parto.

Escuelas de Parteras Tradicionales

El 1, 2 y 3 de agosto de 2012 se llevó a cabo el primer encuentro nacional de parteras tradicionales realizado en la Ciudad de México, D.F. Se contó con la presencia de 37 parteras tradicionales de los Estados de: Campeche, Chiapas, Chihuahua, Distrito Federal, Guerrero, Hidalgo, Morelos, Michoacán, Nayarit, Oaxaca, Puebla, Querétaro, Quintana Roo, San Luis Potosí, Tabasco, Veracruz y Yucatán; 2 parteras representantes del Consejo Consultivo Indígena del CDI del Estado de Sinaloa y una representante indígena del D.F..

Se acordó la promoción de Escuelas de Parteras Tradicionales y procesos de enseñanza conducidos por las mismas parteras tradicionales, bajo sus principios, conocimientos y criterios de selección para quien trasmitirlo, bajo los siguientes componentes:

1. Organización: Las parteras tradicionales deciden y definen la organización y coordinación de la escuela en conjunto con la comunidad. De preferencia la comunidad propone quienes considera que son las mejores candidatas para formarse como parteras tradicionales.
2. Condiciones operativas. Se requiere de un lugar donde se puedan reunir las parteras tradicionales que van a dar la capacitación, donde participen las alumnas. Ellas definirán la periodicidad y los tiempos de acuerdo a sus posibilidades. Los Servicios de Salud y las Universidades interculturales aportarán con el espacio, el trasporte, alimentación y hospedaje. También en ese lugar se proporcionarán las competencias no profesionales por personal de salud que acepten las parteras tradicionales encargadas.
3. Campos Clínicos. Se requiere que los servicios de salud den las condiciones para que las alumnas de la escuela puedan participar en la atención de partos en conjunto con parteras tradicionales experimentadas en espacios de salud con condiciones de seguridad.
4. Adopción por una partera tradicional. Es importante que cada alumna pueda ser “adoptada” por una partera tradicional como alumna directa, para fortalecer y complementar su formación con el mecanismo tradicional. Por ello es importante el estimular a que sean familiares o conocidas de parteras tradicionales las candidatas.

En el mismo encuentro se definieron los siguientes criterios de aceptación para las alumnas de las Escuelas de Parteras tradicionales en base a la propuesta definida en la escuela de parteras tradicionales de Cuetzálan, Puebla:

- Que sea indígena, de preferencia pariente de una partera tradicional (hija, nieta, sobrina) de la región.
- Que sea mujer.
- Que tenga reconocimiento de su comunidad.
- Que tenga ganas de aprender.
- Que no sea nerviosa y no le tenga miedo a la sangre.
- Que respete a las mujeres y a las parteras tradicionales.
- Que sepa guardar los secretos y no divulgue información de las mujeres.
- Que pueda sentir y conectarse con las emociones y energía de la mujer (Don de partera”).
- Que sea obediente, paciente, responsable y que sepa escuchar.

Como competencia general de la partera egresada de la escuela se propone: Que la alumna fortalezca su identidad cultural indígena como terapeuta tradicional, adquiriendo conocimientos y habilidades que le permitan ejercer el modelo tradicional de atención del parto, en sinergia con elementos y aportes valiosos del modelo institucional y convencional y del modelo de parto humanizado que tiene reconocimiento de la Organización Mundial de la Salud.

Se definieron las competencias tradicionales que debe de tener una partera tradicional en cuanto conocimientos habilidades ya actitudes, competencias que sólo se socializarán con parteras tradicionales de las diferentes escuelas de partería tradicional que se abran en el país.

Para la formación de las alumnas de partería tradicional se proponen tres unidades:

1ª Unidad: el modelo de partería tradicional. Competencias tradicionales

2ª Unidad: el modelo institucional de atención del embarazo, parto, puerperio y recién nacido.

3ª Unidad: el modelo de parto humanizado.

Proceso de "autorización de personal no profesional para la prestación de servicios de salud en obstetricia"

Este proceso se encuentra definido en los artículos 102 al 114 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. Permite fortalecer la participación y reconocimiento institucional de las parteras tradicionales que participan en las redes de los servicios de salud y en los módulos de partería tradicional y Posadas de Nacimiento.

Se considera personal no profesional autorizado para la prestación de servicios de salud en obstetricia, aquellas personas que reciban la capacitación correspondiente y cuenten con la autorización expedida por la Secretaría que los habilite a ejercer como tales, misma que deberá refrendarse cada dos años. Podrá prestar servicios de obstetricia y planificación familiar, además de otros que la Secretaría considere conveniente autorizar y que resulten de utilidad para la población y podrá inscribirse en los cursos de actualización de conocimientos en la materia.

El personal no profesional autorizado para la prestación de servicios en materia de obstetricia podrá:

1. Atender los embarazos, partos y puerperios normales que ocurran en su comunidad, dando aviso a la Secretaría;
2. Prescribir los medicamentos que en esos casos se requieran de acuerdo a las Normas Técnicas que para dicho fin emita la Secretaría, y
3. Realizar las demás actividades que determine la Secretaría.

No podrá, en ningún caso, el personal no profesional autorizado en la prestación de servicios de obstetricia:

4. Atender los embarazos, partos o puerperios patológicos, salvo cuando la falta de atención en forma inmediata o la transferencia de la paciente a la unidad de atención

médica más cercana, hagan peligrar la vida de la madre o del producto. En este caso deberán dar aviso a la Secretaría;

5. Realizar intervenciones quirúrgicas;
6. Prescribir distintos medicamentos de los expresamente autorizados;
7. Provocar abortos.

Para que una partera pueda participar en este proceso de "autorización" se requiere que solicite en los servicios de salud de su estado en el área de "Calidad" su autorización, acompañando su solicitud con los documentos oficiales de identidad y sus constancias de capacitación por los Servicios Estatales de Salud.

Los Servicios Estatales de Salud, turnarán la solicitud a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, quien proporcionará los formatos estipulados para el caso.

Es muy conveniente la promoción de este proceso de autorización para todas las parteras tradicionales que participan en las redes de servicios de salud y en los módulos de partería tradicional y Posadas de Nacimiento para institucionalizar y proteger su práctica.

C) FARMACIA VERDE

El *Modelo de Farmacias Verdes* es una propuesta metodológica que propone el trabajo conjunto con terapeutas tradicionales en una región determinada, para elaborar preparados medicinales herbolarios que puedan significar un aporte para dicha región, las organizaciones de terapeutas tradicionales de la misma y los servicios de salud a nivel institucional. Supone un espacio institucional donde se ofrecen algunos remedios de la medicina tradicional indígena en las unidades de salud.

Las farmacias verdes son una herramienta para el fortalecimiento de la atención de la población usuaria que responde a elementos de asequibilidad tanto material como cultural, que posibilita el reconocimiento, socialización y aprovechamiento de los aportes de la medicina tradicional indígena, en un modelo de sinergia intercultural con los aportes de los servicios institucionales de Salud. Esto contribuye al fortalecimiento y desarrollo de la medicina tradicional en un proceso de recuperación de la identidad cultural de los pueblos indígenas, enmarcados en los lineamientos recomendados por la OMS y la ONU[31].

Razones del modelo

- Responde a la realidad en la que la población mexicana rural e indígena utiliza de manera mixta medicamentos proporcionados por la medicina institucional, así como remedios herbolarios procedentes de la medicina tradicional indígena.
- En México se cuenta con miles de años de conocimiento acumulado en herbolaria medicinal, que ha dado origen incluso a múltiples medicamentos convencionales (ejemplo del barbasco en los medicamentos hormonales).
- Se ha demostrado la efectividad del uso de plantas medicinales en un sinnúmero de patologías.
- Es asequible y en diversos casos reduce el costo de los servicios, evita la dependencia de la distribución inconstante de medicamentos en el área rural y fortalece la autonomía y soberanía.
- Rescata y reconoce los conocimientos y aportes de la medicina tradicional y sus terapeutas, valorando y fortaleciendo la identidad cultural de nuestros pueblos originarios.
- Se cuenta con un Marco Legal y una Política Nacional de Medicina Tradicional inscrita en el Programa Sectorial de salud 2007 – 2012 que lo posibilita y promueve.
- Es un elemento valioso para fortalecer la atención a la salud, diversificar la oferta y reducir el costo de los servicios.

Objetivo

Disponer de recursos terapéuticos seguros de la medicina tradicional indígena (culturalmente asequible), para enriquecer la oferta terapéutica de los Servicios de Salud en

[31] Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas. Sep. 2007.

la atención de padecimientos regionales y fortalecer la autonomía en el autocuidado de la salud.

Procesos

- El modelo de Farmacias Verdes se logra concretar solo si existe una concertación entre los Servicios de Salud de una región y los terapeutas tradicionales de la misma. Esto se facilita en los hospitales y unidades de salud que incorporan la atención de la medicina tradicional.
- Se recomienda realizar Encuentros de Enriquecimiento Mutuo entre el personal de salud y los Terapeutas tradicionales.
- Con los hospitales o unidades de salud en los que puede incorporarse una farmacia verde, se recomienda iniciar con un curso de sensibilización intercultural con todo el personal de salud del hospital o unidad de salud.
- Se debe llevar a cabo una consulta con la comunidad y con los terapeutas tradicionales de la región. Se debe de preguntar si están interesadas en que exista una farmacia verde en la unidad de salud u hospital.[32]
- Es necesario también escuchar la opinión y propuestas del personal de salud al respecto, identificando sus temores. Se recomienda llevar a cabo un Encuentro de Enriquecimiento Mutuo[33] entre terapeutas tradicionales y comunidad, con el personal de la unidad de salud u hospital, para que ambas partes se escuchen, analicen ventajas y desventajas, encuentren puntos en común y definan condiciones de trabajo de manera conjunta.
- Los Servicios de Salud ofrecen las herramientas metodológicas, recomendaciones, procedimientos, espacio e insumos, y los terapeutas tradicionales su conocimiento de herbolaria medicinal, la propuesta de preparados para las enfermedades de la región, así como la elaboración de los mismos.
- Para la adquisición de insumos en las farmacias verdes, se cuenta con un comité técnico de remedios herbolarios, reconocido en el Reglamento Interior de la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector Salud, del Consejo de Salubridad General, en el cual se definen los insumos del Cuadro Básico de Remedios Herbolarios.
- Es necesario designar un equipo institucional responsable que debe tener competencia intercultural a través de la participación en sensibilizaciones interculturales y de acciones realizadas.
- Este equipo tramita ante la institución todos los recursos necesarios (insumos, espacio) y mecanismos de distribución (condiciones), y se conecta con instituciones de la región de investigación y conocimiento de las plantas tradicionales.

---

[32] Ver "Metodología Intercultural para la Realización de Consultas Informadas". Secretaría de Salud. México, 2008.

[33] Los Encuentros de Enriquecimiento Mutuo son una herramienta metodológica que se realiza entre grupos con marcos culturales diferentes que se aplica en una reunión tipo encuentro, donde ambas partes dialogan de manera horizontal sobre el tema, sin que ninguno presente su posición como la única versión de la verdad, de manera que los dos se escuchen y aprendan del "otro", estableciendo acuerdos de interrelación.

- El equipo institucional responsable, en relación con el nivel estatal y federal, se encarga de conseguir expertos institucionales que presenten y capaciten a los terapeutas tradicionales en las recomendaciones mínimas de calidad generales de los productos en base a la recolección, producción, compra, características de la planta, la preparación, sanitización, envasado, conservación y etiquetado (el cual debe incluir elementos tradicionales como si la planta es fría o caliente).
- El equipo responsable institucional con apoyo de terapeutas tradicionales, capacita al personal de las unidades seleccionadas y de las casas de salud, en elementos de interculturalidad y manejo de la farmacia verde. Esto último incluye higiene, conservación, prescripción y manejo de libros de control.
- Deben incorporarse criterios que garanticen la sustentabilidad de las plantas utilizadas como materia prima para elaborar los preparados, ya sea por medio de una recolección controlada o por producción de las plantas, de preferencia orgánica.
- Los representantes institucionales y tradicionales elaboran las propuestas operativas, de cobro y de pago de los gastos.
- Es necesario elaborar un reglamento que de cuenta de los derechos y obligaciones de los terapeutas tradicionales y personal de salud que participen en la producción de preparados medicinales, así como del servicio de farmacia y entrega de los productos, donde se describan todas las tareas que se deben realizar.
- El reglamento debe señalar que solo pueden participar en la producción de preparados medicinales quienes asistan y aprueben el taller de capacitación.
- Es conveniente llevar a cabo reuniones de conocimiento para que los terapeutas tradicionales compartan entre ellos su conocimiento con respecto a las plantas y remedios con respecto a las enfermedades más frecuentes de su región, y elaboren la propuesta de los preparados que sugieren.
- Es fundamental la socialización de la propuesta con las comunidades de la zona para recibir su aval moral y favorecer el aprovechamiento de la farmacia.
- El equipo responsable institucional y tradicional facilita la identificación de las especies seleccionadas (en caso de desconocerla) ante instituciones especializadas y tramita ante las autoridades correspondientes para el registro de los productos y los permisos para su colecta y producción.
- De acuerdo a la resolución de los permisos, se revisa en común las plantas aprobadas y se definen planes de sustentabilidad de las mismas de manera conjunta entre los equipos responsables y los terapeutas tradicionales.
- Se organiza y se inicia la farmacia verde en una unidad de salud (Hospital o Centro de Salud).
- Los terapeutas tradicionales se organizan y producen los preparados medicinales en base a los mínimos de calidad establecidos.
- Se evalúa su funcionamiento con el personal de salud y los terapeutas tradicionales y se elaboran sugerencias para mejorarlo.
- Se difunde en más unidades y casas de salud a través de las estrategias de distribución definidas.
- La institución a través del equipo responsable y las asesorías de otras instituciones ofrece el apoyo para todas las actividades de gestión que se requieran.

- Se realizan evaluaciones periódicas para identificar aciertos y puntos débiles y mejorar el sistema.

V.- CONCLUSIONES

El fortalecimiento de los Servicios de Salud con medicina tradicional en la atención primaria en nuestro país, como lo enmarca la Organización Mundial de la Salud, es una oportunidad única, para otorgar servicios con pertinencia y competencia cultural; identificando, recuperando y aprovechando todos los aportes que nos puede ofrecer este modelo ancestral mexicano para la mejoría de la atención de la población mexicana, especialmente la indígena, con la que tenemos varias cuentas pendientes.

Es una oportunidad también de que nuestro personal de salud se enriquezca con nuevos conocimientos y prácticas, que pueda fortalecer su identidad nacional y que avance en elementos de trato digno y humanizado.

Y es un medio fundamental para el fortalecimiento y desarrollo de nuestra medicina tradicional.

Contamos ahora con el marco legal y normativo que lo permite e impulsa. Es importante agregar visión y voluntad política y operativa.

DIRECTORIO

Secretaría de Salud

Dra. Mercedes Juan López
Secretaria de Salud

Dr. Luis Rubén Durán Fontes
Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud

Lic. Carlos Gracia Nava
Director General de Planeación y Desarrollo en Salud

Dra. Carmen Rodríguez Dehaibes
Directora General Adjunta De Implantación De Sistemas De Salud

Dr. José Alejandro Almaguer González
Director de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural

Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural

Dr. José Alejandro Almaguer González

Dr. Hernán José García Ramírez
Ant. Vicente Vargas Vite
QFB. Noemi Lugo Maldonado

Tel: 52–11-77-47
alejandroalmaguergonzalez@hotmail.com
educeverhg@hotmail.com
marakame07@gmail.com
noemi.lugo@salud.gob.mx

Actualización 2013