



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CHIAPAS



FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES, C. III
MAESTRÍA EN DESARROLLO LOCAL
PNPC-CONACYT

INTERCULTURALIDAD EN SALUD: PARTERAS TRADICIONALES Y BIOMEDICINA. CASA MATERNA Y MEDICINA TRADICIONAL EN SAN CRISTÓBAL DE LAS CASAS, CHIAPAS.

TESIS

Como requisito para obtener el grado de
Maestra en Desarrollo Local

Presenta:
Rocío Marisela Ruíz Ruíz

Directora:
Dra. Cecilia Alba Villalobos

Esta tesis se inscribe en la línea de Cultura y Actores Sociales

San Cristóbal de Las Casas, Chiapas. Septiembre de 2018



CONACYT
Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CHIAPAS

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES, C-III
MAESTRÍA EN DESARROLLO LOCAL

MAESTRÍA EN
DESARROLLO
LOCAL UNACH

San Cristóbal de Las Casas, Chiapas.
13 agosto del 2018.

ASUNTO: Autorización de impresión de Tesis.

C. Rocío Marisela Ruíz Ruíz
P R E S E N T E.

Con base al Reglamento de Evaluación Profesional para los egresados de la **Maestría en Desarrollo Local** de la Universidad Autónoma de Chiapas, y habiéndose cumplido con las disposiciones en cuanto a la aprobación del contenido de su trabajo de Tesis Profesional: **"Interculturalidad en salud: parteras tradicionales y biomedicina. Casa materna y medicina tradicional en San Cristóbal de Las Casas, Chiapas"**. Por parte de los integrantes del Jurado, CERTIFICO el VOTO APROBATORIO emitido por éste y autorizo la impresión de dicho trabajo para que sea sustentado en su Examen de Grado de la **Maestría en Desarrollo Local**.

Sin otro particular, hago propicia la ocasión para saludarlo cordialmente.

A T E N T A M E N T E.
"POR LA CONCIENCIA DE LA NECESIDAD DE SERVIR"


DR. ENRIQUE ANTONIO PANIAGUA MOLINA
DIRECTOR.



c.c.p. Archivo/MDL



CONACYT

Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología

CALLE PRESIDENTE ÁLVARO OBREGÓN, SIN NÚMERO. COL. REVOLUCIÓN MEXICANA
C.P. 29200. SAN CRISTÓBAL DE LAS CASAS, CHIAPAS. MÉXICO.
TEL: 01 (967) 67.85341, www.mdl@unach.mx

Dedicatoria

Este trabajo es el fruto de una gran familia que me apoyo durante dos años para culminar mi proyecto de investigación, mis mayores obstáculos me decían algunos, mis hijas, sin saber que eran y serán por siempre mi mayor motivo.

Dedico mi tesis de grado en primer lugar a ellas Ana Paola y Renata, que como grandes guerreras me apoyaron en esta batalla frente a mis miedos, algunas inseguridades y agotamientos; la cual disfrute al máximo, ya que la buscaba desde hace dieciséis años.

El que me impulso para seguir este camino y me ha apoyado en todos y cada uno de los momentos fáciles y difíciles de mi pasaje académico, que como gran compañero y padre siempre se hizo presente, Néstor, mi esposo.

A una gran mujer que me ha enseñado que en la vida el esfuerzo tiene su mayor recompensa, el propio sabor, que incansablemente su apoyo me sostiene a mí y a mi familia, mi madre. A un hombre que, sin decirme mucho, siempre está a mi lado, en cada momento en que le hacia el llamado de urgencia respondía para mí, mi padre.

Al igual, a toda mi familia que nunca me dejaron sola, a mis compañeros de travesuras, triunfos y dolor, mis hermanos y mi hermana, que, junto a sus hermosas familias, mis cuñadas, sobrinos y sobrina, siempre estuvieron dispuestas a ayudarme, escucharme y aconsejarme. A Chepi, Kari y Gera, mi familia de corazón, ya que su ayuda fue fundamental. A otros miembros de mi familia extensa que me felicitaban y reconocían el esfuerzo, suegra, suegro, tías, tíos, primos y primas.

Y para finalizar me lo dedico a mí misma, me felicito y me abrazo por mi perseverancia y mi empeño.

Agradecimientos

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por el apoyo asignado para cursar la maestría en Desarrollo Local como becaria de este consejo y así culminar con esta investigación.

A la maestría en Desarrollo Local de la Facultad de Ciencias Sociales Campus III, Universidad Autónoma de Chiapas.

De manera muy especial a la Dra. Cecilia Alba Villalobos, mi directora de tesis, por su apoyo desde un inicio en la elaboración de este proyecto de investigación, por su entrega y compromiso académico, como por su excelente disposición personal y su gran capacidad de comunicación.

A mis lectores el Dr. Oscar Sánchez Carrillo y la Dra. Paola Ortelli, que sin dudar aceptaron acompañarme en el sinuoso pero complaciente camino de las asesorías, cumpliendo siempre en tiempo y forma, enriqueciendo ampliamente este trabajo.

A todas y todos los profesores de la maestría que transmitieron sus conocimientos e intercambiaron con nosotros diversas opiniones, especialmente a aquellos dentro y fuera del programa, que se detuvieron a ver mi desempeño académico y me apoyaron para que enriqueciera mi formación como investigadora, a la Mtra. Guadalupe Ocampo y Jaime Page.

A mis amigas y amigos, Imelda, Jade, Ángel y Alberto, por sus consejos, su complicidad, su tiempo e intercambio de saberes y su amistad, que hicieron de mi estancia una mejor experiencia, a Liz, como asistente de coordinación, que siempre tuvo una respuesta a mis dudas administrativas y facilitaba el camino para resolverlo, pero más que nada agradezco su amistad. A mi amiga de toda la vida, Lupita, que me ha servido de gran ejemplo y apoyo junto a mi amigo Javier, por sus contribuciones para enriquecer mi investigación.

Al Universo por cruzar en mi destino esta gran oportunidad.

ÍNDICE

Introducción.....	7
CAPITULO I	8
Políticas de salud...hasta la Casa materna y medicina tradicional de SCLC	8
1.1 Escenario de estudio	8
1.1.2 El estado de Chiapas	8
1.1.3 Región V Altos Tsotsil-Tseltal	9
1.2 Contexto histórico	16
1.2.1 El Indigenismo y los grupos indígenas	18
1.2.2 De los Cincuenta a los Setenta.....	20
1.2.3 De los ochenta al siglo XXI	28
1.2.3.1 Programa de Interrelación de la Medicina Tradicional con el Programa Nacional de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria IMSS-COPLAMAR.	28
1.2.3.2 IMSS-Solidaridad.....	31
1.2.3.3 Organizaciones de médicos y médicas indígenas en Chiapas.	33
1.2.3.4 Normatividad para la medicina tradicional.....	35
1.2.3.5 Acciones en las Instituciones de enseñanza médica y de investigación.....	40
1.3 Casa materna y área de medicina tradicional en el Hospital de las Culturas.....	41
CAPITULO II	44
Bases teórico metodológicas.....	44
Interculturalidad, salud y desarrollo	44
2.1 Estado de la Cuestión	44
2.2 De la Cultura.....	49
2.3 De la Alteridad.....	51
2.4 A la Interculturalidad.....	55
2.5 Propuesta ético-política en interculturalidad.....	62

2.6 Interculturalidad en salud	63
2.7 Modelos, saberes y formas de atención.....	66
2.7.1 Biomedicina	68
2.7.2 El modelo médico hegemónico (MMH):.....	69
2.7.3 Modelo médico alternativo subordinado:	70
2.8 Cultura y desarrollo	71
CAPITULO III	80
Quienes, cuando y donde empezamos... “como estamos”	80
3.1 Actores de la atención a la salud, el quienes... ..	80
3.1.1 Parteras Tradicionales	82
3.1.1.1 Formación como parteras tradicionales	83
3.1.1.2 Servicios de Salud	88
3.1.1.3 Prácticas y recursos propios	92
3.1.2 Personal Biomédico	95
3.1.2.1 Formación profesional.....	96
3.1.2.2 Servicios de salud	97
3.1.2.3 Prácticas y recursos de intervención	99
3.2 Inserción de la casa materna y área de medicina tradicional en SSA	101
3.2.1 Antecedentes, el cuando... ..	101
3.2.2 Prácticas de inserción de parteras tradicionales, el como... ..	104
3.2.3 Escenario de inserción, el donde... ..	107
3.2.4 Concepción de la inserción, estamos... ..	109
3.3 ¿Relaciones interculturales? entre parteras tradicionales y personal biomédico	113
3.3.1 Diálogo o monólogo, confianza o desconfianza, reciprocidad o egoísmo	113
3.3.2 Relaciones de poder: dominación/sumisión.....	118
3.3.3 Prácticas de alterización/transformación	122

CAPITULO IV	126
Interculturalidad en salud...obstáculos desdibujados, alianzas posibles	126
4.1 Dos grupos de actores	126
4.2 De las propuestas de interculturalidad en salud: partería y política	132
4.3 De las ¿Relaciones culturales?.....	137
4.4 Interculturalidad y Desarrollo Local...posibilidad de alianza	141
Conclusiones y recomendaciones	149
Anexos.....	157
Fuentes de información	171

Índice de tablas y gráficos

Gráfico 1. Región V Altos Tsotsil-Tseltal	9
Cuadro 1. Población total, 2010	10
Cuadro 2. Nivel de urbanización y dispersión, 2010	11
Cuadro 3. Población de 3 años y más por condición de habla indígena, 2010	12
Cuadro 4. Población de 3 años y más por tipo de lengua indígena, 2010	12
Cuadro 5. Índice de Desarrollo Humano (IDH), 2010	13
Cuadro 6. Índices de marginación y rezago social, 2015	13
Cuadro 7. Pobreza, 2010	14
Cuadro 8. Población derechohabiente, 2010	14
Cuadro 9. Consulta de defunciones para calcular la razón de la mortalidad materna por: Edad Según: Municipio de ocurrencia y Condición de necropsia 2016.	15
Cuadro 10. Actores(as), guardias y horarios	81
Cuadro 11. Actores(as), guardias y horarios.	82
Cuadro 12. Parteras tradicionales en la casa materna y medicina tradicional	129

Resumen

La presente investigación para obtener el grado de maestra en Desarrollo Local, tiene el objetivo de dar a conocer a través de sus diferentes actores, el proceso por el cual se inserta en la ciudad de San Cristóbal de las Casas, Chiapas, la Casa materna y medicina tradicional dentro del Hospital de Las Culturas, donde convergen especialistas médicos con conocimientos tradicionales y populares, las parteras tradicionales, y, especialistas con conocimientos científicos que devienen del modelo hegemónico, personal biomédico de la jurisdicción sanitaria no. II y conocer si se logra la articulación entre ambos grupos de especialistas.

La política pública de salud impuesta por el Estado ha retomado el concepto de interculturalidad, pretendiendo la interrelación entre especialistas de la medicina tradicional y la biomedicina, se plantea dentro del sistema de salud institucional con la creación de casas maternas, donde se insertan parteras tradicionales junto a personal biomédico, este caso demuestra que dinámica se presenta entre los actores de atención a la salud, dentro de la casa materna y medicina tradicional en San Cristóbal de Las Casas.

Se han generalizado las diferentes realidades interculturales del país en términos del proceso de salud/enfermedad/atención, sin reflexiones particulares de cada contexto en que se ha pretendido instrumentar la política de salud con enfoque intercultural. Sin tomar en cuenta la relaciones en términos inter-culturales e intra-culturales, que viven en cada espacio los actores sociales que representan ambos saberes médicos.

La interculturalidad no solo apunta al respeto por los derechos culturales, sino al diálogo de los saberes, conocimientos y creaciones entre culturas, viviendo en la diferencia.

Cada especialista da ciertas respuestas a la persona o conjunto de personas que demandan su saber, en base a instituciones creadas de manera formal e informal en cada territorio y a partir de racionalidades diferentes.

Se realizó desde un enfoque de investigación cualitativo, para tener un conocimiento a profundidad si se plasma una articulación entre ambos sistemas médicos.

Se presenta las relaciones que se dan entre ambos grupos de actores, centrados en la reflexión de los procesos de dominación/sumisión, confianza/desconfianza, solidaridad/egoísmo y diálogo/antidiálogo, que se suscita en este espacio creado por Sector Salud.

Summary

The present investigation to obtain the master degree in Local Development, has the objective to release through their different actors, the process by which it is inserted in the city of San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, the Mother House and traditional medicine within the Hospital of Cultures, where medical specialists with traditional and popular knowledge, traditional birth attendants, and specialists with scientific knowledge who become the hegemonic model, biomedical personnel from the health jurisdiction no. II and to know if articulation between both groups of specialists is achieved.

The public health policy imposed by the State has retaken the concept of interculturality, pretending the interrelation between specialists of traditional medicine and biomedicine, is raised within the institutional health system with the creation of maternity homes, where traditional midwives are inserted together to biomedical personnel, this case demonstrates that dynamics are present among health care actors, within the mother house and traditional medicine in San Cristóbal de Las Casas.

The different intercultural realities of the country have been generalized in terms of health process / disease / cares, without particular reflections of each context in which health policy with an intercultural approach has been implemented. Without release the relationships in inter-cultural and intra-cultural terms, which live in each space the social actors that represent both medical knowledge.

Interculturality not only aims for respect for cultural rights, but also to the dialogue of knowledge, knowledge and creations between cultures, living in difference.

Each specialist gives certain answers to the person or group of people who demand their knowledge, based on institutions created formally and informally in each territory and based on different rationalities.

It was carried out from a qualitative research approach, to have an in-depth knowledge if an articulation between both medical systems is established.

It presents the relationships that exist between both groups of actors, focused on the reflection of the processes of domination / submission, trust / distrust, solidarity / selfishness and dialogue / anti-dialogue, which arises in this space created by the Health Sector.

Introducción

En las últimas décadas del siglo XX comienzan a darse una serie de acontecimientos que trazan la valoración de diversos saberes médicos, la comprensión de los problemas de salud y de los recursos disponibles en los países con tradición médica local, como los de América Latina cobran suma importancia.

Las políticas de organismos nacionales e internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Internacional del Trabajo (OIT) enuncian esfuerzos por buscar el acercamiento entre los sistemas médicos tradicionales y los biomédicos. La medicina tradicional se vincula a la atención a la salud a partir de 1976 cuando se crea el grupo de trabajo en medicina tradicional de la OMS, y desde un marco legal que se adoptó en la declaración de Alma Ata en 1978.

En México un movimiento reivindicativo de las medicinas indígenas surge en los setentas, en el marco de una política del Estado orientada al rescate del conocimiento ancestral de las poblaciones indígenas y repercute en la formación de grupos de investigación antropológica, médica y biológica, para sustentar la base de la implantación de una estrategia para recuperar aspectos de la medicina tradicional en las políticas de salud del país.

Se establecen programas de salud donde se rescatan las prácticas y recursos utilizados por los médicos indígenas, pero a partir de una lógica institucional que no deviene de los grupos hacia los que van dirigidos.

Teniendo como antecedente una integración de las y los indígenas al sistema nacional con las políticas del Instituto Nacional Indigenista, se plantea insertar a los médicos tradicionales al sistema de salud, políticas que fueron determinadas en la década de los setentas, con programas dirigidos por sector salud, que inician en el estado de Chiapas como prueba piloto para después extenderlo a todo el país, pero al no establecerse estrategias por seguir en la interrelación con la medicina tradicional, no cobraron fuerza. En la década de los ochenta y noventa, se dirigen a partir de políticas públicas de interculturalidad en la Salud.

Las parteras tradicionales han sido puente directo con el que el sistema de salud se ha acercado a la población, principalmente para abatir los problemas de salud materno infantil, pero paradójicamente su trabajo no es ampliamente reconocido en los centros de salud y su inserción ha sido condicionada. Chiapas sigue siendo uno de los estados donde más se dirigen

estos programas, debido a que es considerado uno de los estados más pobres de México y con una alta proporción de población indígena que vive en condiciones de marginación con índices de desarrollo humano muy bajos y con altas tasas de muertes maternas, el Estado asume políticas públicas encaminadas a abatir la mortalidad materna, intensivamente en el año 2000.

Como estrategia para poner a funcionar redes comunitarias que apoyen a la salud materno infantil, se crean en Chiapas las casas maternas, donde convergen parteras tradicionales y personal biomédico. Una de ellas es la que actualmente funciona como Casa materna y medicina tradicional en San Cristóbal de Las Casas, Chiapas; instrumentada como tal en 2016, pero que comienza su operatividad en el año 2010 como área de medicina tradicional. Espacio que se encuentra dentro de las instalaciones del hospital general, llamado Hospital de Las Culturas, que brinda atención de segundo nivel a la Región V Altos tsotsil-tseltal, pero el área pertenece a la Jurisdicción Sanitaria II, que le corresponde brindar servicios de salud de primer nivel a la misma región. Se convocan a parteras registradas y capacitadas por la Secretaría de Salud (SSA), para participar en el área de medicina tradicional, pero sufre una coyuntura en 2015 y se cierra el área un año, en el año 2016 se abre de nuevo con el apoyo de Iniciativa Salud Mesoamérica, pero con la denominación de casa materna.

La instrumentalidad de estas estrategias de políticas de salud con enfoque intercultural, consideran que la interculturalidad entre personal biomédico y parteras tradicionales se plasma solo por el hecho de ubicarlas y ubicarlos en un espacio donde tienen que permanecer juntos.

El propósito de este trabajo de investigación es dar cuenta de la relacionalidad que permea la dinámica de la casa materna de San Cristóbal de Las Casas (SCLC), derivada de una política intercultural que no toma en consideración el contexto en el que se desenvuelve.

Por lo tanto, las preguntas de investigación y los objetivos que dirigen este proyecto de investigación son los siguientes:

¿Cómo se ha enfrentado el sistema de parteras tradicionales al modelo médico hegemónico, en la práctica de la política de interculturalidad en salud, en la casa materna y medicina tradicional en el Hospital de Las Culturas en San Cristóbal de las Casas, Chiapas?

¿Cómo se establece la relación entre las racionalidades de los saberes médico tradicional y sistema biomédico, en la casa materna y medicina tradicional en el Hospital de las Culturas en San Cristóbal de Las Casas, Chiapas?

Objetivo General:

Analizar, a partir de sus principales actores sociales, el proceso mediante el cual se inserta la casa materna y medicina tradicional de San Cristóbal de Las Casas, dentro del sistema público de salud y su articulación con el sistema biomédico.

Objetivos específicos:

-Describir y analizar las políticas públicas de salud que el Estado ha diseñado e implementado para integrar a la medicina tradicional, y su visión de la atención a la salud

-Identificar a los médicos (as) tradicionales, sus espacios de atención y su práctica médica, del Hospital de las Culturas

-Reconocer la visión y las prácticas que tienen los médicos (as) del sistema biomédico, en relación a la medicina tradicional en el Hospital de las Culturas.

Para dar respuesta y cumplir con los objetivos, se organizó la tesis en cuatro capítulos:

El primer capítulo es denominado Políticas de salud...hasta la Casa materna y medicina tradicional de SCLC. Se plasma el escenario de estudio, una contextualización de la Región V Altos tsotsil-tseltal del estado de Chiapas, con su población donde se muestra que el mayor porcentaje es indígena, el nivel de urbanización y dispersión, sus índices de desarrollo humano, marginación, rezago social y pobreza, la población derechohabiente y los índices de muerte materna.

En la segunda parte, se hace un recuento cronológico de las acciones y recursos de salud para la población mexicana indígena, desde el indigenismo, los años cincuenta a la década de los ochenta, con los programas institucionales de interrelación con la medicina tradicional, las organizaciones de médicos indígenas de Chiapas, la normatividad que se plantea como marco legal que sustenta la medicina tradicional y la partería, para llegar al siglo XXI con el caso específico de la casa materna y área de medicina tradicional en el Hospital de las Culturas en San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

El capítulo II, Bases teórico metodológicas, se presenta el estado de la cuestión con estudios de interculturalidad en la salud y un pequeño acercamiento a las visiones del ser persona en cosmovisiones tsotsiles y tseltales. Como punto central del capítulo la interculturalidad con enfoque crítico, llegando por la vía conceptual de lo que se entiende por cultura y un recuento histórico del paso de la alteridad, la multiculturalidad a la interculturalidad. Sin dejar de lado, la interculturalidad en salud, los modelos de saberes médicos y por último el desarrollo local, desde la perspectiva de desarrollo y cultura.

El capítulo III, Quienes, cuando, como y donde empezamos.... “estamos”. Se presentan los resultados de la investigación, primero dando cuenta de los actores principales, parteras tradicionales y personal biomédico, es decir el quiénes, su formación, los servicios que ofrecen dentro de la casa materna y la prácticas y recursos que utilizan cada uno de ellos; en el segundo punto se plasma como se dio la inserción de las parteras tradicionales en la SSA, en el área de medicina tradicional hasta la casa materna, las prácticas de inserción que sector salud sigue operando, así como la concepción de inserción que los y las actoras tienen. Y el último aspecto y más relevante en términos de llegada a los resultados a partir de las bases teórico metodológicas de la relacionalidad y la interculturalidad crítica, se plantea si se dan relaciones interculturales, a partir del diálogo, la confianza, la solidaridad, las relaciones de dominación/sumisión y como han impactado las prácticas de inserción para una transformación/alterización con las parteras tradicionales.

El capítulo IV, Interculturalidad en salud...obstáculos desdibujados, alianzas posibles. Se presentan reflexiones de los dos grupos de actores representantes de ambos saberes médicos, haciendo hincapié en las racionalidades disímiles que comparten, pero también en las lógicas diferentes entre las mismas parteras y los mismos biomédicos (as), para entender la interculturalidad desde la relacionalidad humana, como entre la diferencia; en el segundo apartado se presenta una reflexión en torno a las políticas de interculturalidad en salud con relación a la partería, su discurso, el conocimiento de las normatividades, como se ha instrumentado dentro de la casa materna, y si el planteamiento teórico es coincidente con la realidad, en el tercer apartado se reflexiona sobre las relaciones interculturales, subtitulando a forma de pregunta como en el capítulo III, con la intención de centrar la reflexión en que no se ha logrado un diálogo de saberes, ni actitudes de confianza y solidaridad para alcanzar la interculturalidad en salud entre médicos y médicas tradicionales y personal biomédico, como se ha pretendido desde

las acciones en el sistema de salud, es necesaria alcanzar una ética de la otredad; en el último apartado del capítulo, se reflexiona la relación entre interculturalidad y desarrollo local, donde convergen y porque si es factible que los programas de desarrollo tomen del modelo de desarrollo local y se incluya la interculturalidad.

Como aspecto final, pero elemento trascendente en cualquier investigación, se plasman las conclusiones y recomendaciones.

Antes de pasar a la revisión extensa de cada apartado de la presente tesis, se describe la propuesta metodológica que se utilizó para alcanzar los objetivos de la investigación.

La metodología que se usó para recolectar y analizar los datos obtenidos durante la investigación, fue a partir de la perspectiva de la antropología médica, porque permite comprender los procesos de salud, enfermedad y atención, más allá de una perspectiva fisiológica, lo hace desde los aspectos simbólicos, emocionales, sociales y culturales. Permite entender los diferentes sistemas de salud, y las relaciones que se dan entre el modelo médico hegemónico con los modelos subalternos, e identifica las racionalidades que aplican los distintos grupos para hacer válidas sus prácticas. Dentro de los diversos planteamientos que permite llegar al análisis del encuentro de dos saberes médicos, es la interculturalidad, a partir de Ramírez Goicoechea, García Canclini y Gasché.

La información fue compilada desde el enfoque cualitativo, con instrumentos metodológicos de este modelo, ya que pone énfasis en el conocimiento a profundidad, enfatiza el estudio empírico de las cosas más cercanas y se recogen muchas manifestaciones del fenómeno estudiado (Ragin, 2007). A partir de este enfoque metodológico, se describe y analiza a profundidad cómo se manifiestan las condiciones que afrontan las parteras tradicionales frente al sistema biomédico en la Casa materna y medicina tradicional de San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, dentro del sector salud, el cual brinda atención a la región Altos tsotsil-tseltal, del estado de Chiapas. Que inicia su funcionamiento en el 2010 en el Hospital de las Culturas de la misma ciudad.

Los sujetos de investigación fueron las parteras tradicionales que están participando en la casa materna y el personal del sistema biomédico que se articulan a este espacio. El personal administrativo que se vincula a la operatividad del área y actores clave de la jurisdicción sanitaria no. II y del Hospital de las Culturas que participaron y participan para el

funcionamiento de la casa materna, todos y todas proveyeron de información pertinente para la investigación.

Se comenzó con un trabajo de investigación documental, consultando documentos relacionados con el marco legal, lineamientos, políticas públicas en salud y datos que ayudaron a identificar las condiciones de inserción y funcionamiento de la casa materna.

Para la interpretación y análisis de los datos, se recurre a las siguientes herramientas etnográficas de recolección de información:

-Observación participante de los sujetos de estudio, ya que se basa en el establecimiento de un entendimiento e interacción entre el investigador (a) y los sujetos y sujetas anfitrionas, requiriendo una inmersión directa en el espacio de la casa materna (Denzin, 2015). Lo que posibilitó la información para identificar sistemáticamente sus acciones, cómo las realizan, cuándo y dónde, con quiénes y cómo se vinculan con los otros actores. Se llevó a cabo del mes de julio de 2017 al mes de marzo de 2018 con intervalos semanales.

De acuerdo a Norman Denzin (2015), se realizó primero una observación descriptiva, registrando y describiendo todos los detalles, posteriormente una observación focalizando acciones, materiales, condiciones para el análisis de los datos etnográficos y observaciones selectivas en los casos de partos.

-Entrevistas semiestructuradas y abiertas, para establecer un diálogo formal al recoger información de los objetivos de la investigación, fue un intercambio cara a cara para comprender la perspectiva de cada uno de los actores (as) entrevistados (as). Se diseñó el contenido por áreas, con preguntas abiertas. Elaborando diferentes formatos de acuerdo a las parteras tradicionales, personal biomédico y personal de la jurisdicción sanitaria II y Hospital de las Culturas. Para acceder a la información de los acontecimientos desde la creación de la casa materna, primero como área de medicina tradicional hasta sus condiciones actuales (Ver anexo 1)

Se llevaron a cabo entre el mes de octubre de 2017 al mes de marzo de 2018, de acuerdo a los tiempos establecidos por cada persona entrevistada.

-Diario de campo, donde se registraron todas las observaciones y las entrevistas durante la investigación, para dar cuenta de todos los asuntos del área de medicina tradicional, lo que digan, los silencios, como está organizado el espacio, las relaciones entre los sujetos, qué sucede,

por qué y cuáles son sus significados, y así mantener sistemáticamente la información requerida para el análisis posterior.

Las dimensiones que se analizaron se dividen de la siguiente manera:

Dimensiones	Categorías
Políticas públicas en salud de medicina tradicional	Lineamientos y marco legal en medicina tradicional y partería
Parteras tradicionales	<ul style="list-style-type: none"> -Datos personales y formación como partera tradicional. -Racionalidades de Salud/enfermedad/atención de las parteras: +Concepción de Salud-enfermedad +Recursos materiales, simbólicos y herbolarios +Prácticas de intervención
Sistema biomédico	<ul style="list-style-type: none"> -Especialidad de los terapeutas biomédicos -Formación académica -Racionalidades de salud/enfermedad/atención +Concepción de Salud-Enfermedad +Recursos materiales, medicinales y tecnológicos +Prácticas de intervención
Formas de inserción de la política pública	<ul style="list-style-type: none"> -Implementación de la política intercultural en la práctica en la casa materna -Espacio de inserción -Como conciben la inserción los médicos (as) de ambos sistemas -Prácticas concretas en torno a la inserción de las parteras tradicionales dentro de sector salud -Prácticas de interculturalidad

CAPITULO I

Políticas de salud...hasta la Casa materna y medicina tradicional de SCLC

Conocer el espacio territorial es indispensable para entender la dinámica que posibilita o frena los procesos de desarrollo en sus diferentes ámbitos. En el presente capítulo se presentan dos apartados, un panorama de las condiciones sociales y de salud de la Región V Altos Tsotsil Tseltal, a la que brinda cobertura de salud la jurisdicción Sanitaria No. II a través de los Centros de salud y la Casa materna y medicina tradicional de San Cristóbal de las Casas (SCLC), Chiapas, que se encuentra instalada en el Hospital de las Culturas.

Como se podrá apreciar la mayor parte de la población de la región es indígena, los índices de pobreza, marginación y rezago social son altos, no se tiene una cobertura total de la población para los servicios de salud y las tasas de mortalidad materno infantil son altas en esta región, lo cual justificaría la inserción de la Casa materna y medicina tradicional, que en 2010 se crea como área de Medicina tradicional, para brindar atención de partería y medicina tradicional, desde un enfoque de salud institucional con pertinencia cultural.

Pero la creación de las casas maternas en Chiapas tiene antecedentes de acciones de salud dirigidas hacia la población indígena en el país y específicamente en el estado, que, pese a todos los intentos para reconocer y respetar la medicina tradicional, no se ha logrado una legitimación firme, sigue teniendo el rol subordinado frente a la biomedicina.

En la segunda parte del capítulo se presenta el contexto histórico en el que se ha desarrollado la atención de salud a las poblaciones indígenas de México y de Chiapas. Se hace un recorrido histórico de las acciones para lograr esta atención, a partir de los diferentes actores involucrados, como los movimientos indígenas, las políticas en Salud a nivel Nacional, las investigaciones científicas, las organizaciones indígenas y los esfuerzos académicos por incluir una perspectiva social en el estudio de la salud.

1.1 Escenario de estudio

1.1.2 El estado de Chiapas

De acuerdo a los resultados del Censo de Población y Vivienda 2010 del INEGI, la población estatal de Chiapas asciende a 4'796,580 habitantes. Está compuesto por 138

municipios distribuidos en quince regiones económicas: La región I Metropolitana, la región II Valles Zoque, región II Mezcalapa, región IV De los Llanos, región V Altos Tsotsil-Tseltal, región VI La Frailesca, región VII De los Bosques, región VIII Norte, región IX Itsmo Costa, región X Soconusco, región XI Sierra Mariscal, región XII Selva Lacandona, región XIII Maya, región XIV Tulijá tzeltal Chol y región XV Meseta Comiteca Tojolabal.

Aunque la regionalización administrativa ha variado, a partir de mayo de 2011 quedaron así de acuerdo a la última reforma.

En la región V Altos Tsotsil-Tseltal, se instaló el Hospital de las Culturas, que da atención sanitaria a toda la región y dentro de sus instalaciones se creó la Casa materna y medicina tradicional, donde se atienden partos naturales y se brindan servicios de medicina tradicional, con parteras de la región y personal biomédico de la Jurisdicción Sanitaria no. II.

1.1.3 Región V Altos Tsotsil-Tseltal

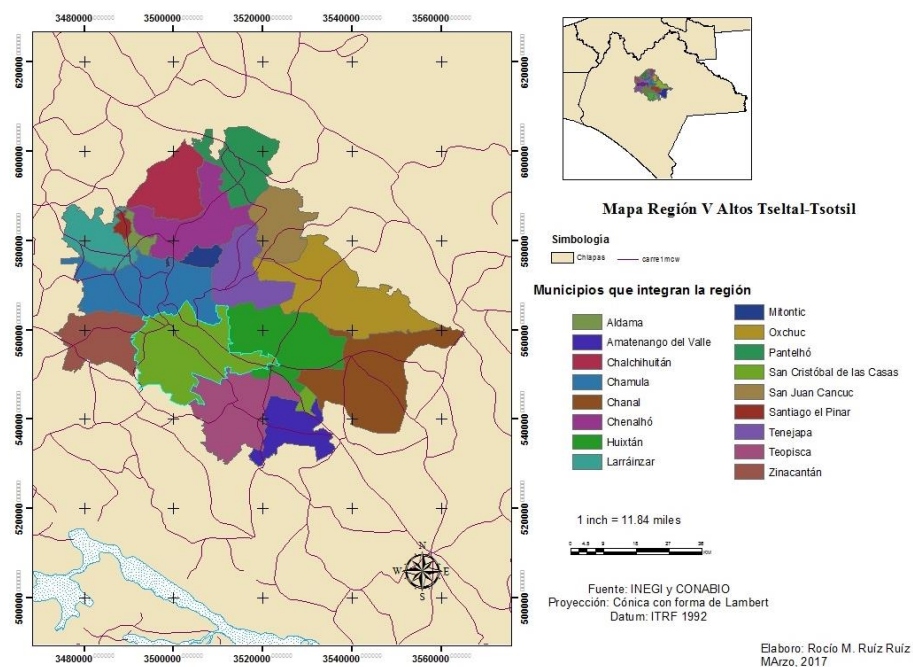


Gráfico 1. Región V Altos Tsotsil-Tseltal.

La región tiene una población de 601,190 de acuerdo con datos del Censo de Población y Vivienda 2010, representando el 12.53% de la población estatal, convirtiéndola en la tercera región más poblada en el estado, de esta población el 48.12% son hombres y 51.88% son mujeres, cuenta con una población urbana e 236, 837 y una población rural de 364, 353. El 39%

de la población se asienta en localidades consideradas urbanas y 61% en rurales, como se aprecia en el cuadro 1.

Cuadro 1. Población total, 2010	
Población Total	601,190
Población Total Hombres	290,416
Población Total Mujeres	310,774
Población Urbana	236,837
Población Rural	364,353

Fuente: datos extraídos del CEIEG Chiapas

Su extensión territorial es de 3,717.08 Km², que representan el 5.02% de la superficie estatal, siendo la décima región de mayor extensión territorial en el estado. Está conformada por 17 municipios: Aldama, Amatenango del Valle, Chalchihuitán, Chamula, Chanal, Chenalhó, Huixtán, Larráinzar, Mitontic, Oxchuc, Pantelhó, San Cristóbal de las Casas, San Juan Cancuc, Santiago El Pinar, Tenejapa, Teopisca y Zinacantán. La cabecera regional es la ciudad de San Cristóbal de Las Casas, donde se encuentra la Casa materna.

Una característica que nos muestra la lejanía que pueden tener los servicios entre sus 17 municipios es un índice alto de dispersión, como se puede apreciar al comparar cada uno de los municipios de la región en el cuadro 2. De todos los municipios Chamula es el que muestra mayor dispersión, seguido de Oxchuc, Chenalho y Plantelho. Siendo Chanal, Santiago el Pinar y San Cristóbal de las Casas, los que presentan menor dispersión. Esta dispersión acentúa la falta de servicios básicos a toda la población.

Además del índice de dispersión el cuadro 2, muestra los índices de urbanización que presentan cada uno de los municipios. El municipio que tiene mayor nivel de urbanización es el de San Cristóbal de Las Casas, con 84.9%, seguido por Chanal con 64.7%, Amatenango con 53.4%, Teopisca con 50.5%, y 42.5% con Zinacantán. Los demás están por debajo de 40%.

Cuadro 2. Nivel de urbanización y dispersión, 2010					
Municipio	Población total	Población rural	Población urbana	Nivel de urbanización	Índice de dispersión
Aldama	5,072	5,072	0	0	21
Aamatenago	8,728	4,067	4,661	53.402	24.696
Chalchihuitan	14,027	14,027	0	0	43
Chamula	76,941	73,612	3,329	4.326	136.812
Chanal	10,817	3,809	7,008	64.786	5.2819
Chenalho	36,111	32,968	3,143	8.703	103.164
Huixtan	21,507	20,507		0	58.163
Larrainzar	20,349	20,349		0	77
Mitontic	11,157	11,157		0	20
Oxchuc	43,350	32,953	10,397	23.983	110.223
Pantelho	20,589	13,701	6,888	33.454	77.857
San juan cancuc	29,016	22,689	6,327	21.805	28.150
Ssantiago el pinar	3,245	3,245		0	13
San Cristóbal	185,917	27,890	158,027	84.998	14.551
Tenejapa	40,268	32,765	2,503	6.215	52.888
Teopisca	37,607	18,585	19,022	50.581	48.430
Zinacantan	36,489	20,957	15,532	42.566	28.1425

Fuente: Elaboración propia con datos del INEGI, Censo de población y vivienda 2010.

Del total de la población, 408,958 habitantes hablan alguna lengua indígena, esto representa el 68% de la población regional. Como se puede ver la mayor parte de la población son indígenas, principalmente de las lenguas Tsotsil y Tseltal, cuadro 2 y 3.

Cuadro 3. Población de 3 años y más por condición de habla indígena, 2010	
Población de 3 años y más que habla alguna lengua indígena	408,958
Población de 3 años y más que habla alguna lengua indígena y habla español	200,557
Población de 3 años y más que habla alguna lengua indígena y no habla español	204,199
Población de 3 años y más que habla alguna lengua indígena y no especificó si habla español (8)	4,202

Fuente: datos extraídos del CEIEG Chiapas

Cuadro 4. Población de 3 años y más por tipo de lengua indígena, 2010	
Pob. de 3 años y más por lengua indígena Tseltal	152,023
Pob. de 3 años y más por lengua indígena Tsotsil	254,778
Pob. de 3 años y más por lengua indígena Zoque	96
Pob. de 3 años y más por lengua indígena Chol	597
Pob. de 3 años y más por lengua indígena Kanjobal	14
Pob. de 3 años y más por lengua indígena Mame	21
Pob. de 3 años y más por lengua indígena Tojolabal	53
Pob. de 3 años y más por lengua indígena Otras	249
Pob. de 3 años y más por lengua indígena No Especificada	1.127

Fuente: datos extraídos del CEIEG Chiapas

La región V Tsotsil Tseltal muestra una densidad de población mayor que el promedio nacional y estatal. Casi la totalidad de sus municipios indígenas están clasificados con un índice de desarrollo humano muy bajo y con un grado de marginación muy alto o alto; reflejo de la pobreza en que vive la población de la región desde 2010, lo cual se puede observar en los cuadros 5, 6 y 7.

Municipio	Índice de Educación	Índice de Ingresos	Índice de Salud	IDH	Nivel de IDH
Aldama	0.38	0.44	0.83	0.52	Bajo
Amatenango del V.	0.34	0.51	0.66	0.49	Bajo
Chalchihuitán	0.35	0.45	0.77	0.50	Bajo
Chamula	0.29	0.48	0.65	0.45	Bajo
Chanal	0.41	0.50	0.80	0.55	Bajo
Chenalho	0.36	0.47	0.80	0.51	Bajo
Huixtán	0.42	0.49	0.81	0.55	Bajo
Larrainzar	0.40	0.45	0.78	0.52	Bajo
Mitontic	0.27	0.46	0.72	0.45	Bajo
Oxchuc	0.52	0.51	0.77	0.59	Bajo
Pantelho	0.33	0.48	0.75	0.49	Bajo
San Cristobal	0.67	0.67	0.80	0.71	Muy alto
San Juan Cancúc	0.37	0.46	0.73	0.50	Bajo
Santiago el Pinar	0.35	0.45	0.78	0.50	Bajo
Tenejapa	0.39	0.46	0.74	0.51	Bajo
Teopisca	0.38	0.55	0.79	0.54	Bajo
Zinacantán	0.29	0.51	0.66	0.46	Bajo

Fuente: Oficina de investigación de Desarrollo Humano (OIDH), 2014. PNUD México

Municipio	Índice de marginación	Grado de marginación	Índice de rezago social
Aldama	1.38	Muy alto	2.07
Amatenango del V.	2.06	Muy alto	3.51
Chalchihuitán	2.74	Muy alto	2.68
Chamula	1.81	Muy alto	2.31
Chanal	1.51	Muy alto	2.49
Chenalho	1.80	Muy alto	1.71
Huixtán	1.52	Muy alto	1.41
Larrainzar	1.37	Muy alto	2.83
Mitontic	1.91	Muy alto	2.84
Oxchuc	1.66	Muy alto	2.65
Pantelho	2.13	Muy alto	-0.29
San Cristobal	-0.53	Medio	1.68
San Juan Cancúc	2.03	Muy alto	1.25
Santiago el Pinar	1.28	Muy alto	2.14
Tenejapa	1.18	Muy alto	2.91
Teopisca	0.94	Alto	1.53
Zinacantán	1.65	Muy alto	1.81

Fuente: CONEVAL, 2015

Cuadro. 7 Pobreza, 2010									
Municipio	Pobreza			Pobreza Extrema			Pobreza moderada		
	%	Personas	Carencias	%	Pers	Caren	%	Pers	Caren
Aldama	97.33	4899	3.68	78.79	3966	3.86	18.54	933	2.87
Amatenango del V.	94.94	7631	4.14	67.57	5431	4.41	27.37	2200	3.47
Chalchihuitán	96.85	13925	4.12	79.80	11474	4.27	17.05	2451	3.38
Chamula	94.77	79016	3.79	69.68	58092	4.01	25.10	20924	3.17
Chanal	96.13	12649	3.73	69.05	9086	4.00	27.08	3563	3.01
Chenalho	95.63	37192	3.80	72.27	28108	4.10	23.36	9084	2.83
Huixtán	92.90	23065	3.54	60.48	15016	3.92	32.42	8050	2.82
Larrainzar	96.29	21146	3.78	73.00	16032	4.09	23.29	5114	2.76
Mitontic	95.86	12817	3.69	71.76	9594	3.95	24.10	3223	2.89
Oxchuc	93.48	46571	3.49	62.01	30891	3.95	31.47	15680	2.58
Pantelho	96.00	22328	3.73	70.35	16361	4.14	25.66	5967	2.58
San Cristobal	66.11	99120	2.89	21.26	31869	4.17	44.86	67251	2.28
San Juan Cancúc	97.26	31648	4.23	80.51	26197	4.36	16.75	5450	3.58
Santiago el Pinar	96.53	3121	3.42	69.19	2237	3.75	27.34	884	2.55
Tenejapa	95.74	45373	3.39	65.19	30894	3.80	30.55	14479	2.48
Teopisca	91.24	34829	3.10	47.95	18303	3.88	43.29	16525	2.23
Zinacantán	94.90	41259	3.70	64.77	28159	4.03	30.13	13100	2.98

Fuente: CONEVAL, 2010.

Aunado a estos índices, el número de derechohabientes es bajo, de acuerdo a la población total de la región, como se aprecia en el cuadro 8. Lo cual muestra la carencia que existe en la región de atención a la salud, puesto que casi la mitad de la población no cuenta con este beneficio.

Cuadro 8. Población derechohabiente, 2010	
Población derechohabiente total	341,199
Población derechohabiente IMSS	52,877
Población derechohabiente ISSSTE	20,230
Población derechohabiente ISSTECH	3,074
Población derechohabiente Seguro Popular	258,024

Fuente: datos extraídos del CEIEG Chiapas

Uno de los problemas de salud que ha sido foco de atención es la mortalidad materna, Chiapas es uno de los estados con mayor índice de mortalidad materna, con 54 casos en el año 2016, a continuación, se presenta la razón de mortalidad materna en la región V Altos. Datos que han alarmado, y por ello han tomado decisiones de registrar a las parteras tradicionales al Sector Salud.

Cuadro 9. Consulta de defunciones para calcular la razón de la mortalidad materna por: Edad Según: Municipio de ocurrencia y Condición de necropsia 2016.								
Zona V Altos Tsotsil-Tseltal	Edad							
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	
Municipio								
Aldama								
Amatenango del Valle								
Chalchihuitán								
Chamula								
Chanal								
Chenalho								
Huixtán	1							
Larrainzar								
Mitontic								
Oxchuc								
Pantelho								
San Cristobal		3	2	1	2	1		
San Juan Cancúc								
Santiago el Pinar								
Tenejapa								
Teopisca			1					
Zinacantán								Total gral.
Total	1	3	3	1	4	1		13

Fuente: INEGI. Mortalidad general, año de registro 2016.

Los datos presentados de la Región V Altos Tsotsil Tseltal, nos enseñan un panorama de las condiciones sociales en que se encuentra la mayor parte de la población, aunque el municipio de San Cristóbal de Las Casas, presenta índices más altos de IDH y menores en marginación y pobreza, la mayoría de los municipios se encuentran dentro de los 28 municipios con menor Índice de Desarrollo Humano a nivel estatal y dentro de los 100 existentes a nivel Nacional.

El Instituto de Salud (IS), brinda servicios médicos, de hospitalización y realiza programas de prevención a la salud, a través de las 10 Jurisdicciones Sanitarias ubicadas en el Estado. La Jurisdicción Sanitaria No. II, es la que brinda servicios a 18 municipios, 17 de ellos pertenecientes a la Región, pero no es un número grande del total de la población que tienen acceso a esa cobertura de salud.

1.2 Contexto histórico

A continuación, se presenta la segunda parte del presente capítulo, el contexto histórico donde se han desarrollado las políticas de atención a la salud hacia la población indígena, lo que fue llevando de manera paulatina la creación de espacios donde parteras tradicionales fueron involucradas y supervisadas en Sector Salud, como la creación de la Casa materna y medicina tradicional en San Cristóbal de las Casas, aunado a los lineamientos de políticas públicas en salud, a nivel nacional e internacional.

Los antecedentes vertidos por Campos Navarro (2003) acerca de las políticas de salud para indígenas en México, dan un panorama de los acontecimientos políticos y sociales alrededor de la salud intercultural. Con la llegada de los españoles se inició un proceso de dependencia y sometimiento de los grupos nativos a la cultura occidental, y a la vez de intercambio epidemiológico y cultural. En los siglos siguientes, la medicina biomédica, se desarrolló más, pero al servicio de la clase dominante, mientras que la indígena fue subordinada y desplazada. Hasta el siglo XIX se hizo un esfuerzo en 1888 para el reconocimiento de la medicina tradicional, que fue la creación del Instituto Médico Nacional para estudiar las plantas medicinales mexicanas, pero esa iniciativa no concluyó (Rivera, 1999 en Jardón, 2004).

Durante el porfiriato no hubo una política de salud como tal, sino el deseo de corregir el atraso científico y alcanzar a las grandes naciones a través del desarrollo de algunos hospitales urbanos, como el Hospital General de México (como institución de asistencia privada), el Hospital Juárez y el Manicomio General La Castañeda. Se creó el primer consultorio médico gratuito, pero la mayor parte de la población vivía una situación económica baja y no tenían acceso a los servicios institucionales de salud (Jardón, 2004).

En la era revolucionaria, a raíz de revuelta rurales, se agregaron levantamientos indígenas que ya habían tenido movimientos previos a la revolución en algunas zonas como los Chatinos de Oaxaca en 1895, los yaquis de Sonora desde 1990, los indígenas serranos ixtepejanos. (Jardón, 2004)

En 1907 se inicia la construcción de la Cruz Roja Mexicana, la cual realizó su primera acción en Monterrey en 1909 en una gran inundación Y entre 1910 y 1912 organizaron sus acciones para atender a los heridos de la guerra, a las que se unieron enfermeras estadounidenses y canadienses.

A partir del inicio de la Revolución de 1910 se produce una serie de eventos, acuerdos y políticas que influyen sobre el proceso de institucionalización de los servicios de salud. Por su parte, los indígenas conservaban sus tradiciones respecto al proceso salud/enfermedad/atención, y reinterpretaban, asimilaban o rechazaban los a la nueva cultura médica, dando lugar a un modelo de transición en el cual pacientes y curanderos acudían a una u otra medicina.

En la Constitución de 1917 se abre una perspectiva diferente de la salubridad y posteriormente de la seguridad social, ya que existían Consejos de Salubridad en cada estado antes de 1917, así que, en la promulgación de la Constitución, el artículo 73 fracción XVI declara que la nación es responsable de dictar las leyes de la Salubridad general de la República. Se crea el Departamento de Salubridad Pública y el Consejo de Salubridad General. (Freyermuth, 1992)

Hacia los años veinte, el Departamento de Salud Pública se acercó a la población general a través de las campañas para erradicar endemias y epidemias y mejorar el ambiente físico y cultural. La medicina biomédica se ejercía de forma principalmente privada, lo cual la hacía inaccesible para el indígena, desde el punto de vista económico, cultural y geográfico.

En 1924 se publica el reglamento del Departamento de Salubridad Pública con funciones federales y locales, se organizaban brigadas móviles a las poblaciones rurales para dar consultas, vacunación contra la viruela y la tifoidea. Así como la organización de unidades sanitarias cooperativas y programas de atención contra el paludismo, la tuberculosis y alcoholismo (Betanzos, 1993 en Jardón, 2004).

En 1927 se creó el Programa de Obras Sociales por Cooperación para las zonas de producción agrícola del país, para atención médico y quirúrgica, inmunizaciones y medicamentos, los estados beneficiados fueron Baja California, Coahuila, Colima, Chiapas, Guanajuato, Michoacán, Sinaloa, Tamaulipas y Veracruz, en zonas rurales más que en zonas indígenas. (Fernández, 1943 en Jardón, 2004)

En 1930 de inicia la organización de los Servicios Sanitarios Coordinados en los estados y territorios y en 1937 se creó la Secretaría de Asistencia Pública, donde se iniciaron los programas sistematizados de atención a áreas rurales de mayor marginación y zonas indígenas.

1.2.1 El Indigenismo y los grupos indígenas

A partir de los años cuarenta se emprendió un proceso de institucionalización de la medicina. El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) inicia sus operaciones en 1941 para brindar servicios a los trabajadores, las zonas indígenas se atendían a través de servicios cooperativos con esquema de unidades básicas de trabajo, en donde había un médico, una partera, una enfermera, un farmacéutico y un oficial sanitario (Jardón, 2004b)

En 1943 se crea la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), donde se fusionan el Departamento de Salubridad y la Secretaría de la Asistencia Pública. Esta fusión mantuvo los programas cooperativos y se albergaron en el Programa de Bienestar Social Rural, que poco a poco se fue acercando a los grupos indígenas con acciones de salud básicas y que después se transformó en programas de extensión de cobertura con atención materno-infantil y métodos de planificación familiar.

En las zonas indígenas las unidades de influencia fueron puestos de socorro, que después de los sesentas se transformaron en casas de salud, después en centros de salud rurales, posteriormente con hospitalización y finalmente hospitales generales, regionales y centrales (SSA, 1983 en Jardón, 2004)

En algunos estados la Secretaria de Salubridad y Asistencia atendían problemas en las comunidades indígenas tales como enfermedades trasmisibles, y en algunas como en Chiapas llevaron a cabo programas de control de enfermedades tropicales como fiebre amarilla, viruela, paludismo, entre otras.

Para los grupos indígenas la atención médica también se otorgó desde la disposición de unidades médicas del Instituto Nacional Indigenista (INI).

La integración del indio a la nación con todo y su bagaje cultural, paso a ser una política integracionista.

La política indigenista o indigenismo, tiene sus bases en la política indigenista del movimiento de Reforma encabezado por Benito Juárez basado en postulados liberales, encaminada a la incorporación de los grupos étnicos parroquiales a la sociedad. La incorporación de las comunidades a la vida nacional se hizo a base del despojo de sus posesiones, la tierra se concentró en beneficio de los hacendados que compraron a los comuneros y gran parte de las que eran propiedad de la iglesia, pese a ello fue un instrumento que tuvo a la mano Juárez para romper la estructura feudal heredada de la colonia (Aguirre,

1992). Dio fin a una política indigenista de segregación para dar inicio a una política indigenista incorporativa, cuyo propósito era convertir al indio en ciudadano de la nación.

Durante el porfiriato la estrategia indigenista se desarrolló a partir de la atribución de inferioridad a los grupos étnicos, la apropiación de sus tierras y fuerza de trabajo y la guerra de exterminio. Pero en este contexto se dieron rebeliones indígenas en reclamo de sus tierras despojadas. Las reivindicaciones agrarias de la revolución de 1910 constituyeron el núcleo para desarrollar las diferentes estrategias indigenistas.

Los objetivos iniciales de la revolución de 1910, en relación a los indígenas fueron definidos por Manuel Gamio al hacerse cargo de la Dirección de Antropología en 1917, oficina que se concentraría en investigaciones antropológicas. Llegó a conclusiones encaminadas a la necesidad de implantar un sistema educativo especial para los grupos étnicos, pero José Vasconcelos desde la Secretaría de Educación Pública se proponía combatir ese proyecto, por considerar que contribuía a la separación del indio de la nación.

En los años treinta se aceptó en América Latina que los gobiernos atendieran especialmente a sus grupos étnicos. En México en 1936 se creó el Departamento Autónomo de Asuntos indígenas, en el sexenio de Lázaro Cárdenas. En 1940 se celebra el Primer Congreso Interamericano Indigenista, donde se establecieron las bases para el desarrollo de la política indigenista continental.

El gobierno mexicano en atención al compromiso contraído en el Congreso, crea en 1948 el Instituto Nacional Indigenista (INI). La Secretaría de Salubridad y Asistencia era integrante del Consejo Directivo del instituto, que a principios de 1948 había realizado un estudio sobre las condiciones médico sanitarias en los municipios de San Juan Chamula y Amatenango del Valle, en el estado de Chiapas.

La base organizativa del INI, fueron los Centros Coordinadores indigenistas, se conformaban de acuerdo a su área de influencia, de un economista, un médico, un veterinario, odontólogo, abogado y otros profesionales y técnicos y personal administrativo, en cada centro existía un Consejo Técnico que incluía representantes indígenas.

El primer Centro Coordinador indigenista se funda en 1951 en la ciudad de San Cristóbal de Las Casas, Chiapas. Los centros pioneros fueron los de San Cristóbal, Huixtán y Oxchuc. El segundo centro se construyó en 1952 en la Sierra Tarahumara, en Guachochi, Chihuahua. En esta misma década, se busca la colaboración de los curanderos como promotores

de salud, pero resulto difícil por las diferencias entre la medicina occidental de la indígena, en esta década se enfatizaba de que los médicos que trabajaban en las comunidades conocieran de sus prácticas de salud, pero después ese interés se fue perdiendo, sin embargo, el INI era la única instancia que prestaba servicios médicos a las personas que no eran derechohabientes.

Para que la acción indigenista llegara a las comunidades indígenas se pensó en contar con una base humana que fuese originaria de cada uno de los pueblos indígenas, que fue adiestrada por el cuerpo técnico para realizar los programas en cada una de las comunidades y se les asignó el término de promotores culturales bilingües (Anuario Indigenista, 1972). Para lograr la aceptación de los servicios de salud y de educación, se crearon herramientas como las del teatro guiñol (INI, 1955 en Jardón, 2004).

En los Centros coordinadores se implementaron tres acciones cardinales: la económica, la educativa y la sanitaria. En este último aspecto, emprendieron campañas para mejorar la salud de las poblaciones indígenas, enseñándoles el mejor sistema para utilizar el agua, evitando su contaminación, previniéndose por medio de vacunas, y para evitar otras enfermedades como el tifo, mate de piojos, por medio de una higiene personal y la utilización del D.D.T., también para enseñar a las comunidades que la enfermedad no procede de la mala voluntad de los brujos, ni del llamado mal de ojo, sino por causas que pueden ser combatidas por la higiene y de las medicinas que recomiendan los médicos. Se abrieron hasta 1952 cuatro unidades médicas, cada una contaba con una clínica médica al frente de la cual se encontraba un médico responsable, un enfermero o enfermera ladina, y uno o dos enfermeros o enfermeras indígenas (Acciones, Tomo 1, s/f)

En el estado de Chiapas el INI no fue el único que tuvo influencia en las zonas indígenas, desde 1944 llegan a la zona Altos del estado de Chiapas misioneras de la iglesia presbiteriana, que además de evangelizar prestaban servicios de salud a la población en algunas localidades, en los setentas contaban con clínicas equipadas y en los ochentas fundaron una escuela para la capacitación en salud en la localidad de Yajalón.

1.2.2 De los Cincuenta a los Setenta

Posteriormente en 1957 también la iglesia católica comenzó con acciones asistenciales, nociones de higiene y el aprendizaje de las lenguas autóctonas y en 1970 desarrollaron proyectos de salud más formales en algunos municipios. Pero la participación de la iglesia católica en la

región se definió gracias a su participación el congreso que conmemoraba al natalicio de Fray Bartolomé de las Casas, por petición del gobernador del estado Dr. Manuel Velasco Suárez, ahí se hace visible las condiciones en que vivían muchas localidades rurales. Esto dio paso a que posteriormente se crean organizaciones indígenas donde participaban algunos agentes pastorales, como el Congreso Indígena, Tierra y Libertad, Nuestra Fuerza para la liberación y Unión de Uniones (Freyermuth, 1992 en Coello, 1991).

En octubre de 1974 cuando se celebra el I Congreso Indígena “Tierra, comercio, educación y salud en San Cristóbal de Las Casas, Chiapas”, el sr. Pedro Juárez, representante de la delegación tzotzil, planteó las demandas de su población:

- Los médicos estaban concentrados en la ciudad, no conocen las costumbres indígenas, los tratan mal en los centros de salud, aunque sea buen médico no los puede curar porque no hay comunicación, no les tienen confianza, las enfermeras los tratan como cosas, por eso la medicina del doctor es como que si no existiera.
- Los programas de salud no son realistas, no toman en cuenta las medicinas de hierbas, ni los médicos ni las enfermeras se preparan para tratar con ello, si se enferman, son de segunda categoría
- La medicina es muy cara, les dan medicina cara o pasada que es ineficaz, por eso no confían en los doctores
- La medicina de hierbas es buena, pero no basta para combatir siempre las epidemias, nadie estudia sus hierbas para que les digan cuales son buenas o malas.
- Entre ellos mismos, no todos conocen las hierbas, son pocos y no dan a conocer sus secretos, hay abusos que nadie corrige.
- Que haya un comité de salud en la misma comunidad, que vigile, eduque y reciba preparación de la medicina indígena y la medicina del doctor
- Que se acabe la discriminación, que médicos y pasantes vayan al campo a trabajar con el fin de ayudar a la gente
- Que se eduque a los indígenas sobre medicina preventiva e higiene para que se acabe el miedo
- Que hubiera preparación de enfermeros indígenas, que se estudie el modo de integrar ambas medicinas

- Hacer una investigación seria de la medicina indígena y que la conozcan los doctores, que los traten como gente y que se aprendan su lengua indígena. (Lozoya, et al. 1988)

En ese mismo año surge el Programa Nacional de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria, con el objetivo de extender los servicios médicos a la población no contributiva, operaba en áreas rurales marginadas donde habitaban grupos diferentes grupos étnicos, con diferentes estilos y concepciones de atender la salud. La Secretaria de Salud ya había emprendido programas para la atención a la salud en los pueblos indígenas desde 1960, en este año se inauguran siete Centros de Salud en algunos municipios después de diez años se amplió a las comunidades indígenas a través del Programa de Desarrollo de los Altos de Chiapas (PRODESCH) que incluía acciones de salud, pero el hecho de que se brindara esta atención en las comunidades, los servicios no eran acordes a las necesidades de los pueblos indígenas, lo cual se dio a conocer en el Congreso exponiendo sus verdaderas demandas.

La voz de los indígenas se escuchaba ahora, el indigenismo en su política integracionista falló, además de que el proyecto desarrollista del país se vino abajo, las organizaciones políticas indias empezaron a tener presencia, ya no solo como movimientos reivindicativos que se venían dando desde la colonización, sino como una lucha organizada.

En 1973, se creó en México, el Movimiento Nacional Indígena (MNI), en donde participaron principalmente profesores bilingües. En 1975, el Estado impulsa la creación del Consejo Nacional de Pueblos Indígenas (CNPI), pero pronto se fracturó, en la década siguiente una parte se integró a la Coordinadora Nacional “Plan de Ayala” (CNPA) y la otra parte desapareció. En 1977 se creó la Asociación Nacional de Profesionistas Indígenas Bilingües A.C. (ANPIBAC) para promover la aculturación, pero posteriormente desapareció. Estos tres organismos promovieron la política indigenista integracionista (López, 2005)

En México influyeron acontecimientos en el ámbito internacional respecto a la salud, a inicios de la década de los 70's, La República Popular de China ingresa al sistema de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), esta inserción manifestó entre otras cosas, los resultados que habían obtenido para solucionar muchos de sus problemas en salud en el primer nivel de atención médico a su población, su estrategia fue vincular el sistema médico occidental con el sistema de medicina china. Esto llamó la atención a la Organización Mundial de la Salud (OMS). A partir de entonces se acuña el término de medicina tradicional, como el conjunto de

conocimientos, prácticas y recursos de las culturas médicas populares. Y en 1976 se crea el Programa de la OMS sobre promoción y Desarrollo de las Culturas Médicas Tradicionales (Lozoya, 1982)

Esta experiencia se difundió en otros países, y algunos en desarrollo, voltearon a ver sus medicinas locales, a la par centros de investigación, universidades e instituciones médicas, se interesaron por diferentes culturas médicas locales.

La OMS buscó engarzar sus propuestas con los programas de salud, apoyándose de las recomendaciones que se dieron en la Declaración de Alma-Ata sobre “Atención Primaria en Salud” en 1978 y en la estrategia global de “Salud para todos en el año 2000”.¹ Su estrategia se centraba en extender los servicios de salud y en la atención primaria de Salud, vista como el reflejo de las condiciones socioculturales, económicas y políticas de una comunidad, tomando los recursos locales como la medicina tradicional, con inclusión de médicos, enfermeras, parteras, auxiliares y trabajadores de la comunidad siempre y cuando recibieran adiestramiento social y técnico para trabajar con un equipo de salud. México firma dicha declaración.

En la misma década de los 70’s surge en México un movimiento reivindicativo de las medicinas indígenas, e influyen para que muchos grupos de investigadores en antropología, biología y medicina, se organizaran para sustentar la base para que se implementara en salud la estrategia para recuperar las medicinas tradicionales.

Gonzalo Aguirre Beltrán, fue el que comienza en México, el estudio de las medicinas indígenas y las medicinas populares, en el que pretendía la identificación de las culturas a partir de cualquiera de sus manifestaciones. Anteriormente se habían hecho estudios sobre los pueblos indígenas, pero no aplicado específicamente al estudio de la medicina, sino como un componente más de las manifestaciones de su cultura. Así el estudio de la medicina tradicional quedó incluido dentro de los estudios etnográficos, prestando más atención a las prácticas y creencias que ha estudiar sistemáticamente las características de los sistemas de salud.

Se hizo un intento en 1933 de integrar contenidos sociales, en la preparación de médicos, para que se dedicaran a la atención en las zonas rurales de los principales problemas de salud pública, disminuyeran las enfermedades infecciosas y se abatiera la mortalidad materna e

¹ Conferencia internacional sobre atención primaria de salud, Alma-Ata Afganistán, URSS, 6-12 septiembre de 1978. Proponía llevar a toda la población al final del siglo XX, a un nivel de salud que permitiera una vida social y económicamente productiva. Reconociendo el derecho a los pueblos a la salud y el Estado como responsable de este derecho.

infantil. Algunos investigadores como Aguirre Beltrán, participaron como profesores en escuelas de medicina, como el Instituto Politécnico Nacional (IPN), la Escuela superior de Medicina Rural y la Escuela Nacional de antropología e Historia (ENAH).

En la ENAH, surgen críticas al indigenismo, a partir del movimiento del 68, pero se estancan los cursos de Antropología médica, hasta 1980 donde se incluyen de nuevo, con el impulso y participación del antropólogo Eduardo Menéndez y Roberto Campos navarro.

Aguirre Beltrán, le otorga a la medicina tradicional el rol de mediadora entre las creencias culturales y los conceptos de la medicina occidental. Como director del el Centro Coordinador Tzeltal-Tzoltzil (1951) del INI, establece una modalidad de atención de parte de los curanderos indígenas como de los médicos alópatas, donde el paciente podría acudir a uno de ellos o a ambos simultáneamente. En los programas de este centro señala la importancia de realizar análisis minuciosos de la medicina tradicional.

Las principales contribuciones teóricas de Aguirre Beltrán a la antropología social y consecuentemente a la política indigenista, fueron en 1952, es cuando se refleja en sus publicaciones su cambio de orientación. En 1955 y 1956 expuso públicamente sus ideas experimentadas desde San Cristóbal de Las Casas, la existencia de un sistema regional donde está un centro rector ladino o mestizo rodeado comunidades indígenas que le están subordinadas, expresando una situación intercultural y a la vez una relación de dominio, Aguirre tiene un planteamiento de la integración, y dice que el indio ya está integrado de cierta manera, a su comunidad y a la dependencia de la comunidad con respecto al centro rector (Palerm, 1992 en Aguirre, 1992)

A finales de la década de los 60's algunos antropólogos, tomaron una postura crítica ante el modelo integracionista del indígena al sistema nacional, que para la década de los setenta a ochenta se abrieron debates entre los académicos tradicionales.

Aguirre Beltrán asume la polémica con los antropólogos críticos, "La política indigenista no es la que el indio formula en lo que concierne a su propia comunidad, sino la manera como el grupo nacional contempla el tratamiento que deben dar a los grupos llamados indígenas de acuerdo con los valores e intereses nacionales" (Palerm, 1992:18)

Consideraba que, desde la política indigenista del régimen colonial en América con propósitos de segregación, fue un factor importante que interrumpió el desarrollo económico, social y cultural del indio, que fue sujeto a dominio. Posteriormente las políticas indigenistas de

las naciones emergentes que se caracterizaron por regímenes liberales, quisieron seguir el modelo de desarrollo de los países europeos, olvidándose de las formas de vida indígenas y se centraron en la incorporación del indio en ciudadano de una nación occidental. Pero los movimientos revolucionarios cambiaron esas ideas y ahora se centran en integrar a los indios a la nación respetando su cultura.

Uno de los trabajos importantes, aún sin pertenecer a la medicina tradicional, fueron los de Alfredo López Austin, en 1971 publica *Textos en Medicina Náhuatl*, en el que ofrece una antología de las más importantes fuentes para el estudio de la medicina náhuatl, como las del padre Sahagún. Con ello respalda un reconocimiento de la continuidad entre las culturas indígenas antiguas y modernas. En 1980 su obra *Cuerpo humano e Ideología*, aborda el pensamiento náhuatl sobre el cuerpo y el cosmos. Hace referencia a uno de los conceptos básicos de la medicina náhuatl, la polarización frío-caliente, que en estudios posteriores de antropólogos e historiadores de las culturas indígenas y la medicina tradicional hacen referencia de encontrarlo en dichos saberes. (Viesca, 1987 en Aguirre et al, 1987)

Se realizaron, algunas investigaciones sobre medicina tradicional, acerca de la nosología de padecimientos, destacando en los 70's, los de Rubel, Collado y MacNeil, y los de Sasoon, sobre el susto, los aires y el mal de ojo. (Viesca, 1987)

El estudio de las plantas medicinales es un tema que llamó mucho la atención, en una reunión en 1975 de un grupo de investigadores en el Instituto Mexicano para el Estudio de las Plantas Medicinales se conjuntaron diferentes métodos, estudios fitoquímicos, programas de catalogación de datos, estudios farmacológicos, y a la vez se fueron integrando conceptos de la historia, de las teorías y creencias vigentes en las medicinas tradicionales.

Javier Lozoya quien fue director de la Unidad de Investigación en Medicina Tradicional, en 1976 edita un libro denominado *Estado actual del conocimiento de las plantas medicinales mexicanas*. En ese mismo años José Luis Díaz edita *Índice y sinonimia de las plantas medicinales de México y Usos de las plantas medicinales mexicanas*, en 1978 Viesca Treviño edita la revista *Medicina tradicional*, los tres primeros volúmenes de *Estudios de Etnobotánica y Antropología Médica*.

Más adelante en 1979 Viesca Treviño, hace planteamientos acerca del papel que podría tener la medicina tradicional como alternativa en las acciones de salud y en 1983 Carlos Zolla, publica *La medicina tradicional y la noción de recurso para la salud*. Estos estudios consolidan

la apertura por parte de las instituciones de Salud de México a la utilización de la medicina tradicional y su incorporación en programas oficiales (Viesca, 1987).

Eduardo Menéndez que, en 1981 parte del papel jugado de la medicina tradicional en el abordaje a los problemas de salud en Yucatán, destaca las diferencias impuestas a las expectativas de salud y a la tipología de los tratamientos médicos accesibles, edita Poder, estratificación y salud. Un análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán.

De esa manera en 1975, surge el Instituto Mexicano para el Estudio de las Plantas Medicinales (IMEPLAN), que tenía conocimientos sobre la medicina tradicional en México, acerca de los diferentes terapeutas y plantas medicinas principalmente.

En 1976 se promueve la capacitación para parteros empíricos y convertirlos en auxiliares de salud, se publica en el Diario Oficial de la Federación el Reglamento de parteros empíricos capacitados, como una forma de vincular la medicina institucional con la tradicional.

En 1977 se crea la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (COPLAMAR), para conocer mejor el estado actual de los grupos marginados de las zonas deprimidas, se investigaron las necesidades de alimentación, educación, salud y vivienda en los niveles nacional, estatal y municipal, como las tendencias hasta el año 2000.

En 1979 suscribe un convenio con el IMSS y surge así el Programa Nacional de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria (IMSS-COPLAMAR).

De 1979 a 1981, el IMSS puso a funcionar con recursos federales y la participación de sectores de población rural un número grande de unidades médicas rurales, que desde el inicio se dieron cuenta que existían condiciones culturales como la medicina tradicional que contaba con un reconocimiento y empleo por parte de la población, por lo que consideraron que no podían ignorar esas condiciones.

A la par, en 1979 el Centro Coordinador Tzeltal-Tzotzil del INI en San Cristóbal de Las Casas, puso a funcionar un proyecto llamado Medicinas Paralelas, donde se incluyeron jóvenes indígenas bilingües como promotores de salud, que se encargarían promover la agrupación de los médicos tradicionales de la región, lo cual fue difícil ya que no se querían relacionar con Instituto. Pero pese a las dificultades, se logró la participación de médicos tradicionales en la recolección de plantas medicinales de cinco municipios y se estableció un acuerdo con el

IMEPLAM para la clasificación taxonómica de las plantas recogidas. El proyecto culminó en la primera reunión regional de médicos tradicionales de los Altos de Chiapas, pero continuó dentro de la Secretaría de Salud gracias al éxito obtenido en 1982 de la Primera Reunión Estatal de Médicos Indígenas y Equipos de Trabajo de Mínimos de Bienestar Social. (Solís 1985 en Freyermuth, 1992)

Por un convenio que se dio entre el INI, la Dirección General de Educación Indígena y el Centro de Investigaciones Superiores del Instituto Nacional de Antropología e Historia (CISINAH), que actualmente se denomina Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS), dio inicio en 1978 el Programa de Formación Profesional de Etnolingüistas, donde los estudiantes tenían que ser indígenas, hablantes de su lengua nativa y de español, con conocimientos de su cultura, para que al concluir sus estudios se incorporaran en las instituciones que patrocinaron el programa.

En 1980 el IMEPLAM fue incorporado al IMSS y se convierte en la Unidad de Investigación en Medicina Tradicional y Herbolaria (UMTH) y ya se habían consolidado los convenios con el INI y con los médicos tradicionales, lo que determinó la aplicación de una prueba piloto de otro programa, el de Interrelación de la Medicina Tradicional con el Programa Nacional de Solidaridad Social por Cooperación Voluntaria IMSS-COPLAMAR.

En 1982 en el Centro Coordinador de Ocosingo, Chiapas, se inició el proyecto Diseño de sistemas de medicinas paralelas, pero el INI solo contó con presupuesto para ese año, y dio por terminado el proyecto. El grupo se queda con el programa e intenta incorporar a médicos tzeltales que habían participado algún tiempo, pero no hubo respuesta.

Continuando el trabajo iniciado por el INI, en 1983 la Secretaría de Salud, con recursos de UNICEF (Fondo de la Naciones Unidas para la Infancia) emprendió un proyecto piloto denominado Proyecto Alternativo de Salud, con dos proyectos, uno para la formación de Técnicos en Atención Primaria de Salud (TAP's) y otro relacionado con la medicina indígena tradicional y la herbolaria, pero en 1985 el proyecto se suspendió por problemas administrativos.

En 1984 se establecen nuevos mecanismos de participación de las comunidades indígenas, durante una audiencia presidencial a los integrantes del Consejo Nacional de Pueblos Indígenas, se reconocieron los obstáculos que enfrentaban los indígenas y el gobierno define los objetivos básicos que orientarían la política del INI. En esta década los objetivos fueron avanzar a la autosuficiencia y autogestión comunitaria, promover el conocimiento y respeto por las

culturas indígenas, mejorar las condiciones de vida materiales y fortalecer la cultura y especialmente las organizaciones indígenas. Se organizaron los proyectos dentro de cuatro áreas: fomento a la producción, de bienestar social, de capacitación y asesoría y para fomentar el patrimonio cultural. En la de bienestar social se incluía la medicina preventiva asistencial y la medicina tradicional.

1.2.3 De los ochenta al siglo XXI

1.2.3.1 Programa de Interrelación de la Medicina Tradicional con el Programa Nacional de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria IMSS-COPLAMAR.

Se crea en 1982 un proyecto de interrelación con el objetivo de lograr el aprovechamiento de todos los recursos médicos sanitarios de cada comunidad, incluyendo a la medicina tradicional; al cual se denominó Programa de interrelación de la medicina tradicional con el Programa Nacional de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria IMSS-COPLAMAR. Esta fue la primera vez que se oficializa la inclusión la medicina tradicional dentro del Sistema Nacional de Salud (Page, 2002)

Y para ello se requería de la comprensión del personal médico acerca de ese saber, ya que durante su formación profesional no lo incluía. Y aunado al trabajo de investigación que venía realizando LA UMTH con las actividades del IMSS-COPLAMAR, se inicia el proyecto para proporcionar herramientas que facilitarían el acercamiento de los dos sistemas médicos, el institucional y el tradicional.

El diseño y seguimiento del programa durante sus distintas etapas estuvo a cargo del doctor Xavier Lozoya Legorreta y del Lic. Carlos Zolla Luque, con la colaboración del doctor Gonzalo Gutiérrez Trujillo, que pertenecían a la Jefatura de Enseñanza e investigación del IMSS. El Programa de Interrelación, se dividió en tres fases:

1° fase: estado de Chiapas 1982. Su propósito fue aplicar un plan de apoyo con estrategias de sensibilización e información sobre medicina tradicional y herbolaria. Sus fundamentos se basaron en lo siguiente:

-En México existe una gran población indígena, que recurre a la medicina tradicional para darle solución a sus padecimientos, por lo que la medicina institucional no podría seguir ignorando la

existencia de la medicina tradicional, y los pacientes asistidos por terapeutas tradicionales debían estar informados de los beneficios del contacto entre los dos sistemas médicos.

-Chiapas era un espacio con características pluriculturales, con un porcentaje elevado de

-Se logró por primera vez en México, un plan nacional de atención médica a las comunidades rurales marginadas basado en el reconocimiento de su cultura y en un diagnóstico de salud elaborado en 1981, y en 1982 se conformó una organización comunitaria conformada por una Asamblea General, un comité de salud y un grupo de promotores voluntarios, que ayudaban a propiciar la interrelación. El IMSS-COPLAMAR, capitalizó lo anteriormente hicieron los centros coordinadores del INI.

-La investigación etnobotánica hecha por la Unidad de Investigación en Medicina Tradicional y Herbolaria (UMTH), sirvió para realizar materiales monográficos y de difusión para el personal médico del IMSS. La biblioteca de la Unidad tenía un acervo sobre aspectos botánicos, antropológicos, médicos, químicos y farmacológicos.

Se realizaron los primeros trabajos en tres zonas diferenciadas ecológica y culturalmente: los altos, la costa y de la depresión central del estado de Chiapas, y luego se generalizaron a todas las unidades médicas rurales. Se identificaron a 887 terapeutas tradicionales y se estableció una relación con ellos que modificó la perspectiva que se tenía de ellos.

Se agruparon a los médicos tradicionales por su especialidad: partera, curandero, hierbero, huesero, rezador, médium, sobador, brujo, rameador y hechicero. Dentro de los que predominaban las parteras y los curanderos, y en su mayoría del sexo femenino. Más de 170 especies vegetales medicinales fueron recolectadas e identificadas por el personal herbolario de la UMTH, su ubicación geográfica, su posología, formas de preparación, vía de administración y propiedades atribuidas por los médicos tradicionales. Así como los padecimientos tratados con esas plantas. Se definieron también los síndromes de filiación cultural (mal de ojo, aires, pérdida del chulel, etc.) a los que los terapeutas concedían una importancia fundamental.

2° fase: nivel nacional 1983-1984. El resultado obtenido en el estado de Chiapas, demostró que el acercamiento y el diálogo entre la medicina institucional y la medicina tradicional era factible. Así, la Coordinación General del Programa IMSS-COPLAMAR, al definir en 1983, su modelo de atención integral a la salud, fundamentándolo en el concepto de atención primaria, concedió una relevada importancia a la participación de la comunidad en el cuidado de su salud y de la medicina tradicional mexicana.

Entender como la población rural, particularmente los grupos étnicos, conciben la salud y la enfermedad, permitía respetar esa conceptualización y otorgarles un mejor servicio. Por lo que, en 1983, tomaron la decisión de generalizar a todas las unidades médicas de la red de servicios de solidaridad social el Programa de Interrelación con la medicina tradicional. De esta manera, se le daba respuesta a las inquietudes que expresó el señor Pedro Juárez en el primer congreso indígena en San Cristóbal de Las Casas.

Fue una tarea difícil puesto que se necesitaba planificar y controlar acciones en más de 3000 localidades, el estado de Chiapas solo había representado el 10% del total de las unidades instaladas.

Se llevaron a cabo las mismas actividades que en Chiapas, centrándose en tres áreas prioritarias: el recurso humano de la medicina tradicional, las causas de demanda de atención y los recursos herbolarios.

Con la finalidad de facilitar el desarrollo del Programa, la UMTH estableció el sistema nacional de información sobre MT, a su vez, el programa IMSS-COPLAMAR inició la publicación de seis documentos, para la difusión del Programa de Interrelación entre todas las UMR de país y para la provisión de información relativa a rasgos y modalidades de la medicina tradicional. Como en Chiapas, las parteras eran las terapeutas más numerosas en el país.

3° fase: consolidación y avances 1985-1987, con los siguientes resultados:

- Integración del Directorio Nacional de Terapeutas Tradicionales, según su especialidad
- La identificación de los diez padecimientos más frecuentes de la nosología de MT
- Creación de un herbario de plantas medicinales, con su clasificación botánica

Se valoró la eficacia de algunas plantas medicinales como las hojas de guayaba y la flor de gordolobo, mediante una investigación clínica en la que se comparaban con dos medicamentos alopáticos, y la evolución de los enfermos fue semejante. Y se comenzaron a investigar en UMTH las propiedades farmacológicas de plantas que habían demostrado su poder curativo, como la sosa.

La experiencia había demostrado que se requería una capacitación mayor al personal, y el único camino era la capacitación en servicio, por lo que se preparó una guía de seis documentos de autoenseñanza denominados Desempeños, que permitían tener un conocimiento de los médicos tradicionales de las localidades, reuniones periódicas para conocer más sobre los padecimientos que atendían y facilitar su comprensión, tener una información etnobotánica,

establecer una mayor comunicación entre ambos médicos, lograr la participación de los terapeutas tradicionales como consejeros de las unidades médicas, favorecer el intercambio de conocimientos y opiniones sobre los problemas de salud y como resolverlos y la interrelación en 1985 con las parteras rurales, las que se capacitaron para poder valorar el riesgo obstétrico. Se realizaron 20 encuentros de medicina tradicional en diferentes estados de la república, en donde intervino el INI, donde se expresaban principalmente los terapeutas tradicionales, y de esos encuentros se obtuvo material para conocer mejor el concepto de salud de las diferentes regiones. Se consideró que la interrelación con la medicina tradicional no estaba agotada, que había que seguir impulsándola, durante la investigación hecha en Chiapas los médicos adscritos a las UMR lograron establecer vínculos con los médicos tradicionales, pero no fueron lo suficientemente fuertes para consolidar el programa, ya que se no estableció una estrategia por seguir respecto a la medicina tradicional (Page, 2002).

1.2.3.2 IMSS-Solidaridad

En 1983 la Secretaría de Salubridad y Asistencia cambia su denominación a Secretaría de Salud, y en ese mismo año el programa IMSS-COPLAMAR tuvo cambios de operación y se denominó IMSS-Solidaridad.

El estado de Chiapas contaba con cuatro grupos multidisciplinarios que supervisaban cuatro regiones, un grupo de asesoría zonal que tenían a su cargo varias subregiones supervisando y asesorando a las clínicas rurales de su zona. En cada UMR había un médico encargado, que podía ser pasante o médicos recién egresados, denominados Técnicos de Atención Primaria (TAP), y dos auxiliares de área médica con funciones de enfermería, que funcionaban también como enlace entre la población, ya que eran bilingües, generalmente originarios de esa comunidad.

Pero poco a poco se fue haciendo difícil tener personal que quisiera trabajar en la zona, ya que los beneficios laborales que tenían en la UMR no eran las mismas que los que trabajaban en régimen ordinario, así que los médicos tardaban un año o estaban en espera de movilidad a otros centros de trabajo, además porque las condiciones de vida en las comunidades no eran favorables, no se contaba con servicios básicos o eran de difícil acceso y muchos médicos no tenían conocimiento de la lengua, lo cual dificultaba su relación con la comunidad. Los asesores del Programa en 1990, reconocieron que el cambio continuo de médicos e incluso los mismos

auxiliares bilingües, se convirtieron en los principales obstáculos para el programa de Interrelación. (Freyermuth, op. cit: 103)

En 1990 la Secretaría de Salud, a través de la Jurisdicción Sanitaria II, contaba con un Departamento de Salud Rural, que incluía diferentes programas de atención a la salud, como el de Atención Materno Infantil, Planificación Familiar, Atención Primaria de Salud, a través del cual se supervisaba a las parteras empíricas; y, el de nutrición y Salud. Y en las comunidades donde no había médicos los Técnicos de Atención Primaria eran los encargados de la atención médica, y de canalizar a pacientes al Hospital Regional en San Cristóbal de Las Casas, ya que hasta los 90's las poblaciones indígenas casi no acudían a este Hospital, acción que comenzó a modificarse a través de los Técnicos que les brindaban atención en sus comunidades (Freyermuth, 1992: 39).

En 1991 se conforma el Consejo Nacional de Médicos Indígenas Tradicionales (CONAMIT), donde estuvieron presentes 36 organizaciones de médicos indígenas (Page, 2002). En 1994 el IMSS-Solidaridad estableció un acuerdo con CONAMIT, el Convenio de colaboración para el fortalecimiento y desarrollo de la medicina indígena tradicional, para fortalecer y desarrollar la medicina tradicional en el contexto de atención primaria de salud, y así consolidar de manera respetuosa los recursos de la biomedicina como de la tradicional. Pero pese a todos estos esfuerzos no se logró la interrelación que desde el IMSS-COPLAMAR se había intentado realizar:

Aunque se ha tratado de difundir el conocimiento que generó la investigación sobre las plantas medicinales, a través del propio IMSS-Solidaridad, con un esquema sencillo y sustentado científicamente, no se ha logrado superar todavía el conocimiento empírico de los médicos tradicionales y tampoco se ha logrado modificar notablemente la actitud negativa de los médicos modernos hacia la medicina tradicional (Jardín, 2004 en Pérez 1991 pp.188,189)

En 1996 se da la anulación del convenio CONAMIT e IMSS-Solidaridad, pero pese a ello el instituto siguió financiando los proyectos de las organizaciones en los estados (Page, 2002)

1.2.3.3 Organizaciones de médicos y médicas indígenas en Chiapas.

En 1985 con iniciativa de algunos miembros del programa de Medicinas Paralelas, médicos indígenas tradicionales y técnicos en herbolaria se asesoran y conforman una asociación civil, la Organización de Médicos Indígenas del Estado de Chiapas (OMIECH), integrada por médicos mayas, tsotsiles, tseltales y choles para rescatar, defender, desarrollar y practicar la Medicina tradicional maya, contribuyendo a la salud de comunidades indígenas y no indígenas en Chiapas y en México en general. Contaba con una Asamblea General, Asamblea de Representantes, Mesa Directiva, Asambleas Comunitarias, Médicos Tradicionales de cada comunidad y un Consejo Técnico, legitimando su práctica a través de una sistematización y divulgación de su saber, otorgando credenciales, membresías diplomas y certificación sus integrantes.

En 1986 se origina la Organización de Terapeutas Indígenas Tzeltales, con sede en el municipio de Oxchuc de la región Altos, asesorado por un médico odontólogo originario de ese municipio, miembro del Centro Coordinador de Ocosingo del INI. Sus objetivos fueron preservar y fortalecer la medicina indígena tzeltal, la formación de jardines botánicos, un cuadro básico de medicinas y preparados, un herbario con plantas medicinales y difundir sus actividades. El camino de ODETIT no fue tan sencillo como para OMIECH, por la lejanía de su sede de los centros administrativos (Page, 2002).

El INI, que en el año 2003 se convierte en Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI), y les dono a OMIECH, un terreno en San Cristóbal de las Casas, Chiapas, donde crearon el Centro de Desarrollo de la Medicina Maya (CEDEMM); y la Fundación Pan para el mundo, de España, les proporcionó recursos para la construcción de la infraestructura y el mantenimiento de ese espacio.

En 1991 el Museo de Culturas Populares Dr. Rafael Alarcón de la ciudad de México y la OMIECH, hicieron un convenio para montar una exposición museográfica completa de medicina indígena, pero con la condición de que después se las entregaran para un museo propio, pero no acepto el Museo de Culturas Populares, y la OMIECH monta posteriormente su propio Museo de Medicina Indígena, en el cual se muestra las actuales concepciones y prácticas vinculadas a la enfermedad y los caminos de la cura, que preservan sus tradiciones milenarias

al tiempo que se identifican influencias de otras culturas que se han asimilado a partir de la Colonia.²

En 1992 tiene un convenio con el IMSS-Solidaridad, en el cual se lograron la participación de las organizaciones en cursos de inducción a médicos de unidades médicas rurales y personal de la Clínica Hospital de Campo de San Cristóbal de las Casas, que provocó un cambio positivo de actitud por parte del personal hacia la medicina tradicional (Page, 2002).

En 1997 obtuvieron el premio nacional Miguel Covarrubias, que imparte el Consejo Nacional para la Cultura y las Artes, a través del Instituto Nacional de Antropología e Historia.

Las áreas de trabajo del CEDEMM, están divididas en las siguientes categorías: Mujeres y Parteras, que realizan esfuerzos para fortalecer la partería tradicional como talleres comunitarios sobre salud reproductiva, el Museo de la Medicina Maya, Farmacia de Hierbas Medicinales y Productos Derivados, Administración, Centro de Diagnóstico, Acercamiento a la Comunidad y Capacitación y Producción de medios, como son los huertos, aunque estos últimos se han debilitado. Las prácticas y recursos terapéuticos son utilizados por los médicos tradicionales, los que reconoce la OMIECH son: J'ilol (pulsador), K'oponej witz (rezador de los cerros), Tzak'bak (huesero), Jve't'ome (partera) y Ac'vomol (hierbero), que son nombrados por la mesa directiva.

La población a la que sirven es de un estrato socio-económico bajo del estado, por lo que la remuneración es mínima. A pesar de esto, expresan estar comprometidos a continuar sirviendo a la gente y preservar la tradición de la sabiduría de la Medicina Maya para las generaciones del futuro³.

En 1993, surge la Organización de Médicos y Parteras Tradicionales de los Altos de Chiapas (OMPTACH), que se convierte en asociación civil en 1994. Y en 1995 las tres OMIECH, ODETIT Y OMPTACH, pertenecientes a CONAMIT, forman el Consejo Estatal de Médicos Indígenas Tradicionales del Estado de Chiapas (CEMITECH).

A pesar de todos estos alcances, en una entrevista reciente en 2017⁴, de acuerdo con información proporcionada por el tesorero de la mesa directiva de OMIECH, presenta a grandes rasgos el panorama que viven actualmente como organización: los apoyos que recibían de la

² Museo de Medicina Maya del CEDEMM

³ Publicado en información del Museo de Medicina Maya, en el Vínculo <https://ecoturismoesotérico2.wordpress.com/category/>

⁴ Entrevista realizada en enero de 2017 como parte de la investigación documental para la presente investigación.

fundación Pan para el mundo se dejaron de otorgar en el año 2003 y también los del CDI en el año 2010. Actualmente no reciben ningún tipo de ayuda, pese a que la han gestionado y que algunos partidos políticos en campañas electorales se han comprometido con ellos, pero hasta el momento no les han otorgado. Contaban con un equipo de consulta con dos doctores alópatas que asesoraban y apoyaban en algunas gestiones, pero ya dejaron de recibirla (2016).

Han sufrido cuatro invasiones en sus instalaciones por parte de un grupo que se identifica como Organizaciones Campesinas, en 2012, 2014 y la más reciente en abril del presente año, la OMIECH publica que en diciembre de 2014 el gobierno del Estado firmó un acuerdo con los líderes de los invasores en el cual prometió reubicar estos grupos en tierras donadas por el propio gobierno, pero mencionan que la falta de cumplimiento con este acuerdo, por parte del gobierno, fue el motivo de esta última invasión. Aunque lograron expulsar a los invasores las dos primeras veces, su huerto quedó dañado, y además no cuentan actualmente con agua potable y esto dificulta el mantenimiento de las plantas medicinales, así como la falta de recursos económicos, el mantenimiento de todo el centro. A pesar de las circunstancias actuales, tanto el Museo de Medicina Maya y el área de Herbolaria, siguen recibiendo a sus visitantes.

1.2.3.4 Normatividad para la medicina tradicional

Las primeras normatividades relacionadas con el manejo de la medicina tradicional en México, se apoyan en marcos internacionales, los primeros se dieron en la década de los setentas, como se mencionaron anteriormente, dentro de la OMS, en la Conferencia sobre atención primaria en Alma-Ata, junto a la UNICEF.

En México en 1976 se emite un reglamento que regula las actividades de los parteros empíricos capacitados para que funjan como auxiliares para la salud en obstetricia, bajo la autoridad de los Centros de salud de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), los requisitos: ser mayor de edad, saber leer y escribir y tener el reconocimiento de su comunidad, se establece que los cursos de capacitación y actualización estarían a cargo de SSA, podrán atender partos normales en sus comunidades si son capacitados y dar aviso a los centros de salud correspondientes, y realizar solo las demás actividades que determine la SSA, se plantean como derechos y a la vez una serie de obligaciones y restricciones señaladas por la autoridad de la SSA.

Posteriormente en 1989, en la conferencia general de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), se plantea el Convenio 169 de la Organización Internacional del trabajo sobre pueblos indígenas y tribales independientes, que fue suscrito por México en 1990. El cual menciona que deben protegerse y respetarse los valores religiosos, culturales y sociales de los pueblos originarios, asegurar sus servicios de salud a través de sus condiciones geográficas, económicas, sociales y culturales, como la medicina tradicional.

La OMS realiza la primera estrategia global sobre medicina tradicional, editada en un texto denominado Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005, basada en debates celebrados durante la consulta sobre metodologías para la investigación y valoración de la medicina tradicional en el año 2000; define la medicina tradicional (MT) y las medicinas alternativas y complementarias (MCA), su perspectiva global, la necesidad de políticas públicas y un marco de trabajo legal a nivel nacional,

La Resolución de la 56° Asamblea Mundial de Salud en 2003, que fue suscrito por México, toma nota de la Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional complementaria o alternativa e insta a los Estados miembros que la adopten, adapten y apliquen para crear políticas y reglamentaciones para estas, que reconozcan la eficacia y el buen uso de la medicina tradicional, si fuera necesario mejorar los conocimientos de la medicina tradicional, capacitando a sus prácticos. Y que se promueva en las escuelas de medicina la enseñanza de medicina tradicional complementaria o alternativa.

La resolución de la 138ª. sesión del Comité Ejecutivo de la Organización Panamericana de la Salud en 2006, con respecto a la salud de la población indígena de las Américas, resuelve como parte de sus líneas estratégicas de acción, incorporar el enfoque intercultural en los sistemas nacionales de salud como parte de la estrategia de atención primaria de salud, inventariar las prácticas óptimas de cada región y evaluar la seguridad y eficacia de las prácticas tradicionales indígenas, para mejorar el acceso de atención de salud de calidad por parte de los pueblos indígenas.

El parlamento Latinoamericano celebra en marzo de 2006 en Sao Paulo Brasil, la Reunión del Grupo de Trabajo de Medicina Tradicional, Complementaria y Alternativa, de la Comisión de Salud, para discutir la propuesta de Ley Marco sobre medicina tradicional y medicinas complementarias, que presento la Secretaria de Salud de México, a través de la dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural, la cual promueve el

reconocimiento y desarrollo de la medicina tradicional y medicinas complementarias. Se ratificó como referente para que cada país modifique su marco legal.

El marco legal a nivel nacional, donde se reconoce a la medicina tradicional como un derecho cultural de los pueblos indígenas, se funda en la Constitución de los Estados Unidos Mexicanos (1917), reformada en el 2001, en el artículo 2º, donde reconoce a México como nación pluricultural y garantiza el derecho de los pueblos y comunidades indígenas y preservar y enriquecer sus lenguas, conocimientos y todos los elementos que constituyan su cultura e identidad, asegurar el acceso efectivo a los servicios de salud, aprovechando la medicina tradicional (Secretaría de Salud, 2011).

En este artículo se pide que, para abatir las carencias y rezagos de las comunidades y pueblos indígenas, las autoridades tienen la obligación de asegurar el acceso efectivo a los servicios de salud, y remarca “aprovechando debidamente la medicina tradicional”, pero no dice como tiene que ser “dεδbidamente”.

Señala que se tiene que consultar a los pueblos indígenas en la elaboraci3n de los planes de desarrollo nacional, estatal y municipal, y, que se elaboraran formas y procedimientos para que las comunidades participen en el ejercicio y cumplimiento de las partidas destinadas a estas obligaciones. Lo cual queda en duda si se cumple.

En el artículo 4º de la Constituci3n Polίtica de los Estados Unidos Mexicanos, se establece que toda persona tiene derecho a la protecci3n de salud, y que la Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud.

En el a駉 2006 se reforman y adicionan disposiciones de la Ley General de Salud, en torno a la atenci3n a la salud de la poblaci3n indίgena y al reconocimiento de la Medicina Tradicional Indίgena, con ello se incorporan elementos interculturales, se adiciona una fracci3n que habla de promover el conocimiento y desarrollo de la medicina tradicional indίgena y su prάctica en condiciones adecuadas.

Como en el artículo 2º de la Constituci3n Mexicana, en esta Ley General de Salud, menciona el derecho a utilizar la medicina tradicional indίgena y a promover su desarrollo en condiciones “adecuadas”, pero no especifica quέ condiciones se entienden como adecuadas.

En el reglamento interior de la Secretarίa de Salud, se hicieron modificaciones en 2004 y 2006, atribuyendo a la Direcci3n General de Planeaci3n y Desarrollo en Salud (DGPLADES), proponer y desarrollar nuevos modelos de atenci3n a la salud que correspondan a las necesidades

y características culturales de la población, capacitar y sensibilizar al personal del Sistema Nacional de Salud en materia de interculturalidad y diseñar, proponer y operar la política sobre medicina tradicional y medicinas complementarias en el Sistema Nacional de Salud.

Dentro de la DGPLADES está la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural, que nace en 2002, para definir e impulsar la política intercultural en la oferta de los servicios de salud institucionales, en un marco de respeto y promoción de los derechos humanos, la perspectiva de género y la interrelación con la medicina tradicional mexicana y las medicinas complementarias. Integra los aspectos de Interculturalidad en Salud, Medicina tradicional y Atención a la Salud de los Pueblos Indígenas.

En 2003-2004 se promueve a través de la ONG Yolpahtli (encabezada por Campos Navarro) una capacitación a funcionarios de la Secretaría de Salud, en estados con mayor población indígena. Se dieron Morelia, Tepic, Puebla, Campeche y algunos en la ciudad de México, el objetivo era que se replicaran en otros Estados.

Como producto de las reformas a la Ley General de Salud aprobadas en 2003, se incorporan elementos interculturales a la Cédula de acreditación del Sistema de Protección Social de Salud, para aplicar en unidades que atienden en población indígena. La acreditación es el procedimiento de auditoría inicial de las condiciones de capacidad, seguridad y calidad de los establecimientos de servicios de atención médica.

De la Cédula de Acreditación del Sistema de Protección Social de Salud, se toman elementos para establecer Lineamientos del trato intercultural para el personal de salud, dentro de los cuales se especifica que se fomente la participación social y la comunicación asertiva con terapeutas tradicionales y otras terapias y modelos médicos reconocidos (acupuntura y homeopatía), independientemente de que haya comunión con sus creencias, coordinando acciones específicas mutuamente en beneficio a la salud de la población.

En el informe de las acciones del gobierno para la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI) 2009, en las acciones encaminadas al Desarrollo social y humano, se contempla la estrategia de Mejorar la calidad de los servicios de salud adecuándolos a las características de los pueblos y vinculado la medicina institucionalizada con la medicina tradicional.

Actualmente en el programa Sectorial de Salud 2013-2018, incluye objetivos, estrategias y líneas de acción que siguen los principios con respecto a los derechos humanos, equidad de género e interculturalidad.

En su estrategia 2.3 acerca de crear redes integradas de servicios de salud interinstitucionales, en su línea de acción 2.3.5 establece fomentar una perspectiva intercultural, intersectorial y de género en el diseño y operación de programas y acciones de salud. En la estrategia 4.2 para asegurar un enfoque integral y participación de todos los involucrados en la reducción de la mortalidad materna, especialmente en comunidades marginadas, en su línea de acción 4.2.3 fortalecer la atención perinatal con enfoque de interculturalidad. En la estrategia 4.3 para fortalecer los servicios de promoción y atención brindados a la población indígena y otros grupos en situación de vulnerabilidad, en su línea de acción 4.3.1 establece incorporar el enfoque intercultural y de género en el diseño y operación de programas y acciones para la población; en la 4.3.4 adecuar los servicios a las necesidades demográficas, epidemiológicas y culturales de los grupos en situación de vulnerabilidad.

En la Ley General de Salud (LGS) en los artículos 102° al 114° se establecen los procesos de autorización de personal no profesional para la atención médica, como las parteras tradicionales que reciban capacitación y cuenten con la autorización expedida de la SSA, los requisitos son ser mayor de edad, saber leer y escribir, tener reconocimiento de las actividades que realice y otras más que señale la Secretaría, la capacitación estará a cargo de la Secretaría, serán supervisadas en su ejercicio, se establecen lo que pueden y no pueden hacer, obligaciones y derechos. Es el mismo reglamento emitido en 1976 para parteros empíricos capacitados, con algunas modificaciones.

Actualmente está en vigencia la guía para la autorización de las parteras tradicionales como personal de salud no profesional, en donde son concebidas como agentes comunitarios de salud que forman parte de la medicina tradicional indígena, se especifica que actualmente participan en redes de servicios de salud y espacios para la atención del embarazo y parto, dentro de la Secretaría de Salud y del régimen Oportunidades del Instituto Mexicano del Seguro Social. Dicha guía fue hecha para aprovechar los beneficios que otorgan los artículos 102-114 de la LGS. Se especifican los procedimientos a seguir para integrarse como partera capacitada al Sistema Nacional de Salud (SNS) con una vigencia de dos años. Se conceptualiza a las parteras tradicionales como las personas que pertenecen a comunidades indígenas y rurales que han sido

formadas y practican el proceso tradicional de atención del embarazo, parto, puerperio y atención del recién nacido, son consideradas como personal no profesional autorizado para la prestación de servicios de atención médica.

Y, por último, para tener un panorama más amplio de todas las normatividades que se establecen para las y los médicos tradicionales, en la Ley General de Salud del estado de Chiapas, en el capítulo V De la Medicina Tradicional y Práctica, se establece otorgar las facilidades necesarias para la asistencia y colaboración con médicos indígenas tradicionales y prácticos, promoviendo programas educativos de fomento mejoramiento de la Salud.

Como se puede apreciar se otorga reconocimiento de la labor de las y los médicos tradicionales, generalmente anteponiendo el elemento de capacitación que el sector salud impone para su desempeño.

1.2.3.5 Acciones en las Instituciones de enseñanza médica y de investigación.

En la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) de la facultad de Medicina, en la modificación del plan de estudios 2010, se incluye una materia sobre Antropología Médica (con 40 horas), pero es solo teórica. Y algunos diplomados, coordinados por Campos Navarro y Luca Citarella. Y en el IPN se incluye la asignatura de Antropología Médica con 62 horas teóricas y 40 prácticas, pero Campos considera que su desventaja es que se brinda en los primeros semestres y no en los últimos donde ya tienen contacto con sus pacientes. También en el IPN la Escuela Nacional de Medicina y Homeopatía ha integrado una asignatura, con énfasis en la Medicina Tradicional.

Campos menciona que tiene conocimiento de existen cursos y seminarios en otras Instituciones educativas de Antropología Médica, como la Escuela de Salud Pública (ahora Instituto Nacional de Salud Pública), el Centro Regional Morelos del INAH (con estudios centrados en los agentes de la medicina tradicional), la Universidad de Guadalajara (con profundización en la investigación cualitativa en salud), el Colegio de Michoacán (con múltiples tesis sobre medicina purépecha y estudios de salud reproductiva), El Colegio de Sonora (y sus interesantes aportes en epidemiología sociocultural), la Universidad Veracruzana (en sus escuelas de antropología y medicina), la Universidad Autónoma del Estado de México, la Universidad de las Américas en Puebla, el Colegio de la Frontera Sur (ECOSUR) y en varias

escuelas de escuelas de enfermería (donde a veces reducen la antropología médica a la práctica y saberes de la medicina tradicional mexicana)

En relación a los centros de Investigación sobre líneas de investigación en Antropología Médica, se encuentran el Centro de Investigaciones y Estudios Superiores sobre Antropología Social (CIESAS) y dependiente del Instituto de Investigaciones Antropológicas de la UNAM (IIA_UNAM) está el programa de Investigaciones Multidisciplinarias sobre Mesoamérica y el Sureste (PROIMSE) (ahora CIMSUR).

1.3 Casa materna y área de medicina tradicional en el Hospital de las Culturas

El interés por presentar el contexto histórico y legal en que ha estado inmersa la medicina tradicional, es para comprender que las acciones actuales en políticas de salud como la creación de las Casas maternas y área de medicina tradicional en Chiapas, por parte de la Secretaria de Salud, tiene una larga historia donde diversos acontecimientos y actores han promovido de diferente manera el quehacer de los especialistas en medicina tradicional, como las parteras, aunque visiblemente con muchos obstáculos para su legitimación y libre desempeño, como se muestra en la creación y desarrollo de la Casa materna y medicina tradicional de San Cristóbal de las Casas, Chiapas, que a continuación se presenta y es donde se realiza el presente trabajo de investigación. Aquí se parte de un panorama que se desencadena desde el año 2015, cuando se cierra el área de medicina tradicional, así llamada de 2010 a 2015, hasta el 2016 cuando se vuelve a abrir, pero como Casa materna y medicina tradicional.

En San Cristóbal de las Casas, Chiapas, el 7 de mayo de 2010 se inaugura el Hospital General de las Culturas de segundo nivel, por el Presidente Felipe Calderón. En su discurso inaugural hace entrega del hospital a los sancristobalences pero principalmente a las comunidades indígenas de los Altos de Chiapas, donde se brindarían servicios de salud hospitalaria, servicios de diagnóstico, tratamiento de especialidades, cirugía general, ginecología y obstetricia, medicina interna, pediatría, gerontología y geriatría, ortopedia y traumatología, etc. con 12 consultorios, 4 quirófanos y salas de partos; se integra además el área de medicina tradicional basada en los usos y costumbres de las comunidades indígenas con los servicios de herbolaria, área de meditación que puede ser usada como capilla, partería con una

sala de partos diseñada para llevarse a cabo partos de pie (vertical) como es tradición de las comunidades indígenas, áreas de entrenamiento para las parteras de la región y temascal. ⁵

Al ser inaugurada el área de medicina tradicional, comenzaron a laborar parteras tradicionales, que recibieron capacitación por enfermeras y técnicos de atención primaria de la salud por parte de la jurisdicción sanitaria, brindando atención prenatal y perinatal en partos verticales⁶, se prescribían productos herbolarios elaborados ahí mismo de un jardín botánico en un espacio que se denominó Farmacia Verde, y servicios de sobandería para lactantes e infantes.

De vez en cuando acudieron médicos tradicionales atendiendo con sus respectivos rituales de sanación; y se brindó atención de acupuntura por parte de dos trabajadoras adscritas al sector salud a pesar de que la acupuntura pertenece al sistema de medicina complementaria y alternativa, no tradicional, ellas se encargaban también de llevar el control prenatal de las mujeres que acudían al servicio de partería. Sin embargo, las parteras y los médicos tradicionales recibían cuotas voluntarias, porque no podía ser parte de la nómina de sector salud a diferencia de las acupunturistas. El temascal nunca se usó por estar mal construido y el área denominada de meditación se utilizó exclusivamente como capilla de oración. A las dos acupunturistas las transfirieron a Tuxtla Gutiérrez y solo quedaron las parteras. La infraestructura del hospital de las culturas, estaba destinado al Hospital de la Mujer junto con el área de medicina tradicional para la atención de partería, pero el proyecto inicial se modificó y se traslada el Hospital general a ese edificio, permaneciendo separados el Hospital de la Mujer del área de partería. Se cierra el área de partos en el año 2015 y se hace entrega el área de medicina tradicional a salud reproductiva de la jurisdicción sanitaria no. II a la responsable de Salud Mujer, reduciendo exclusivamente la asistencia de medicina tradicional al servicio de sobandería para mujeres embarazadas por parte de las parteras.⁷

De acuerdo con Guzmán, Y. y Sur, M. (2016)⁸, las parteras se quejan de la falta de apoyo y de reconocimiento de su labor y de sentirse discriminadas y excluidas del sistema de salud. El Comité Promotor de una Maternidad Segura y Voluntaria en Chiapas (CPMSVCH) informó en

⁵ Parte del discurso de inauguración por el expresidente Felipe Calderón en mayo de 2010.

⁶ De acuerdo al informador chiapaneco el 1 de diciembre de 2010, el primero se llevó a cabo con éxito en noviembre de 2010

⁷ De acuerdo con información brindada por un médico del área de gestoría de calidad del Hospital de las Culturas.

⁸ Artículo publicado por la revista Enheduanna publicado el 12 de agosto de 2016.

conferencia de prensa que las parteras de Chiapas denuncian obstáculos del sector salud para atender a mujeres embarazadas (Rodríguez, 2016)⁹

En octubre de 2016 se pone en funcionamiento de nuevo el área, con un cuerpo biomédico como responsable del área, pero las parteras siguen demandando el respeto por su práctica¹⁰. Se convierte en Casa materna y medicina tradicional de San Cristóbal de las Casas y comienza una dinámica de relaciones nueva entre las parteras y el personal biomédico.

A pesar de que el discurso político indica la implantación de la perspectiva intercultural en los programas de Salud del Estado y se abre un hospital denominado de las Culturas en la región Altos, en la práctica se interponen diversas dificultades a los servicios de medicina tradicional y alternativa como: el predominio de la práctica biomédica, espacios mal diseñados, falta de apoyo, obtención de recursos supeditados a cuotas voluntarias para medicina tradicional, falta de reconocimiento y valor real de su práctica, etc.

El contexto histórico que se presenta en este capítulo plasma los antecedentes de programas y políticas de salud internacionales, nacionales y regionales, con un auge particular desde la década de los setenta para dar atención a las demandas de salud en un plano de interculturalidad. Programas que en el siglo XXI se ve representado en el Hospital de las Culturas, de la región V Altos Tsotsil Tseltal, pero al parecer con tensiones en la práctica de atención a la salud.

Al comenzar el presente trabajo de investigación en agosto de 2016, este era el panorama que se vivía en el área de medicina tradicional del Hospital de las Culturas a siete años de haberse creado, lo que determinó presentar como primer capítulo de la tesis los antecedentes históricos de los cuales deviene la creación de espacios donde parteras tradicionales desempeñan su labor bajo supervisión de Sector Salud. Actualmente se deriva de una política de salud con enfoque intercultural, lo que da paso al segundo capítulo, donde se aborda diversas investigaciones sobre interculturalidad en la salud y las bases teórico metodológicas para analizar las relaciones entre la partería tradicional y la biomedicina, así como el enfoque de Desarrollo Local que guía el análisis de la importancia de la dimensión cultural para el desarrollo, junto a la dimensión político-económica.

⁹ Artículo publicado por Página 3, Periodismo Humano con visión social, el 11 de agosto de 2016.

¹⁰ Mencionan las parteras de Chiapas, en su primer encuentro de parteras de San Cristóbal, celebrado el 10 de noviembre en la Facultad de Ciencias Sociales.

CAPITULO II

Bases teórico metodológicas

Interculturalidad, salud y desarrollo

A través de varios estudios se ha plasmado la relación entre sujetos con múltiples diversidades, desde el lenguaje, la vestimenta, la alimentación, los patrones de conducta, las representaciones sociales y simbólicas, así como la concepción de la salud y la enfermedad que dirige la búsqueda del bienestar como individuos únicos y colectivos.

Cada grupo social asume un proceso para lograr el equilibrio, que va desde la atención propia o autoatención, en base a saberes transmitidos por su contexto, retomando una mezcla de estos en base a su funcionalidad; hasta la búsqueda de representantes que poseen un conocimiento especial del cuerpo, la mente, el alma, la energía, el cosmos, las relaciones sociales u otros elementos que influyen en el equilibrio/desequilibrio del bienestar humano. Son concebidos como especialistas en saberes del proceso salud/enfermedad/atención, que parten de un marco referencial científico y/o empírico.

Cada especialista da ciertas respuestas a la persona o conjunto de personas que demandan su saber, teniendo un lugar asignado en base a instituciones creadas de manera formal e informal en cada territorio. A través de las instituciones políticas, sociales y económicas se han originado espacios donde convergen los diferentes especialistas, como son en la actualidad algunos hospitales de la región Altos del estado de Chiapas, con la creación de casas maternas y área de medicina tradicional, donde se encuentran médicos y médicas tradicionales y biomédicos. Esto a partir de una política de salud con enfoque intercultural, impuesta por el estado.

2.1 Estado de la Cuestión

Al realizar una búsqueda de referentes de investigación en el ámbito de interculturalidad en la salud, se exploraron diferentes temas, el caso de un hospital mixto en Puebla, el impacto de políticas públicas en interculturalidad en México, casos en tres países latinoamericanos: en Perú un proyecto de ley sobre medicina tradicional, en Bolivia los bloqueos y conflictos donde se integra el modelo médico hegemónico y uno de medicina tradicional, en Guatemala el cambio del papel de las comadronas tradicionales por el sector salud.

En San Cristóbal de las Casas, un estudio referente a las parteras adscritas al sector salud, otro acerca del uso por un grupo indígena de las alternativas médicas en esta misma ciudad y estudios sobre la racionalidad de terapeutas tradicionales en municipios tsotsiles y tseltales de la Zona Altos, en Chiapas, para entender que no hay una concepción universal dentro de las medicinas tradicionales.

Duarte Gómez, Brachet Márquez, Campos Navarro, y Nigenda (2004) presentan el caso del Hospital Mixto de Cuetzalan, Puebla, comenzó como Hospital Rural y hasta el 2003 se denomina Hospital Integral con Medicina Tradicional. Fue un intento de acercar la medicina a las poblaciones indígenas para superar el rezago en atención a la salud, de seguir con las políticas indigenistas del INI (Instituto Nacional Indigenista) y de las recomendaciones de interculturalidad, pero encuentran que hay falta de continuidad y unidad de las políticas aplicadas, falta de una perspectiva sociocultural para aplicar el modelo, una tentativa por alcanzar los compromisos del convenio 169 de la OIT y las recomendaciones de la OMS, pero el estudio llevó a la conclusión de que los servicios de salud siguen siendo excluyentes e impuestos desde arriba.

Campos Navarro (1998) presenta el papel que la Antropología médica ha tenido en la legalización de las Medicinas indígenas en América Latina. Comienza el recorrido con la situación de principios del siglo XX de la ilegalidad de las medicinas indígenas, la rivalidad entre biomédicos y médicos indígenas, para mostrar diferentes aportes académicos de antropólogos médicos para demostrar la legitimidad de los saberes y las prácticas de los terapeutas indígenas. Hace referencia al proceso de legalización que se dio en México y Bolivia, con lineamientos de la Ley General de Salud y específicamente en México como los médicos indígenas solicitan tal legalización, concluye que es factible, pertinente y necesaria.

Por otra parte, Menéndez, E. (2016), analiza las causas del mínimo impacto que han tenido las políticas de interculturalidad en salud o en algunos casos el fracaso, que se dieron desde las décadas de los ochenta y noventa del siglo XX y principios del siglo XXI en América Latina.

Los movimientos étnicos contribuyeron a legitimar o defender los derechos de sus pueblos y esto tuvo resonancia en el ámbito de la salud, intelectuales y funcionarios se dieron a la tarea de crear espacios para que se complementaran la medicina tradicional con la biomedicina, pero Menéndez puntualiza que no tomaron en cuenta que la interculturalidad ya

existía, no fue una elaboración ni propuesta de los movimientos étnicos, no visibilizaron las diferencias culturales dentro de cada cultura, consideraron que los actores a aplicarla eran homogéneos, tampoco que los médicos tradicionales estaban reduciendo, no consideraron que el sector es uno de los principales limitantes al proyecto interculturalista y no analizaron las experiencias cotidianas de interculturalidad dentro de los sujetos y grupos étnicos. Propone realizar acercamientos desde el modelo de auto atención, ya que las personas hacen uso de forma simultánea de la medicina tradicional y biomédica.

Goicochea, Evelyn (2012) presenta como la propuesta de interculturalidad en la salud se ha presentado en muchos países como Perú, donde se aprueba un proyecto de ley que propone regular el tema de la medicina tradicional y sus agentes, considera que es justificable por existir diferentes culturas y sistemas médicos en un espacio territorial, para abordar de manera integral el proceso de salud/enfermedad, que exista equidad en las condiciones de atención a la salud, por falta de políticas sectoriales o que no lo apliquen de interculturalidad en salud y, las actitudes de los servicios de salud que establecen distintos niveles de interrelación con aquellos que no se ajustan al modelo médico hegemónico.

Su planteamiento se centra en concebir a los modelos médicos como sistemas culturales, ya que la forma en que se organizan los elementos de un sistema médico, dependen del modelo sociocultural en que se desarrolla esa medicina, así como de la cultura de los profesionales o médicos tradicionales y los pacientes. Se requiere de un proceso gradual de acercamiento entre los sistemas médicos occidentales y los sistemas médicos tradicionales, en un contexto de respeto y sinergia que mejora la calidad de la atención a la salud.

Amor Blázquez y Simal Ávila (2008) que estudiaron los conflictos y bloqueos culturales que se producen en las consultas hospitalarias en un Centro de Salud en Apolobamba, Bolivia, donde la biomedicina y la medicina Kallawayá (medicina indígena) interactuaban para mejorar la atención sanitaria. Encontrando las condiciones siguientes: desconocimiento del equipo médico de la cultura de la zona y desconocimiento y desconfianza de los Kallawayas de la biomedicina, .el idioma como barrera lingüística, existen áreas pobres de Bolivia y los médicos Kallawayas no reciben pago por su servicio, consultorios Kallawayas a la occidental, infraestructura y comunicación deficiente y una configuración social y relaciones de poder, los médicos tradicionales con otros roles dentro de su comunidad y cada uno trabaja de acuerdo a sus intereses, no existía coordinación.

López García (2008) presenta una investigación acerca del papel de las comadronas tradicionales, donde el sistema oficial de salud en Guatemala las desplaza del papel central que tenían dentro de la comunidad a una periferia, a una posición subalterna, como expresiva de una pérdida de poder. Las comadronas tienen el temor de ser acusadas de embaucadoras, prefieren pasar desapercibidas, y eso redundaría en pérdida de autoridad comunitaria. Concluye que en los últimos años se ha mantenido un equilibrio precario entre la forma de conocimiento y cura tradicional y el conocimiento y cura derivado de la capacitación biomédica. Debería ser un modelo biunívoco no unívoco. La articulación entre los modelos sería productiva si fueran capacitaciones recíprocas.

Una investigación que abordó actores sociales, presentes en esta investigación, es el trabajo de Gómez García, Irazú (2017), que realizó un estudio con las parteras de la zona urbana y comunidades rurales cercanas a la ciudad de San Cristóbal de Las Casas Chiapas, adscritas al Sector Salud, algunas de ellas forman parte del área de medicina tradicional del Hospital de las Culturas, concebida desde la autora como clínica de medicina tradicional.

A través de una descripción etnográfica y análisis teórico desde la biopolítica de Foucault, se centra en las relaciones de poder entre la perspectiva institucional de salud y las parteras, y la construcción de saberes a partir de la medicalización y las dinámicas institucionales de interculturalidad, donde las parteras tradicionales son consideradas como agentes serios. Reflexiona que la situación por la que atraviesan las parteras, es de desventaja, de actores utilizadas, ya que se ha resignificado su labor al rol de ayudantes para regular la natalidad y evitar la muerte materna, habiendo principalmente un vacío legal en cuanto a sus derechos y obligaciones.

Una revisión que aporta como construyen y ejercen sus prácticas médicas un grupo indígena inmigrado a la ciudad de San Cristóbal de las Casas, Chiapas, es el estudio de Magaña Ochoa (2002). Brinda un panorama de la cultura médica en la ciudad, la hegemónica pública y privada, las medicinas tradicionales y las medicinas alternativas, conformándose así una pluralidad de sistemas médicos. El ámbito de la salud se convierte en San Cristóbal en una lucha simbólica desigual, donde se denotan procesos de conflicto en un espacio de competencia bajo desventajas políticas y socioinstitucionales, donde quedan involucrados los inmigrantes tseltales, bajo una lógica ecléctica en el uso de las prácticas médicas, combinándolas. Al encontrarse en un contexto pluricultural se generan cambios en su significación de la

enfermedad y la salud, mostrando incapacidad para generar interpretación útil para su terapéutica. Concluye planteando que lo médico es, por tanto, una construcción sociocultural en proceso.

Por último, otros aportes revisados desde la antropología médica, que permitieron comprender la racionalidad que los terapeutas tradicionales poseen, y, sus diferencias a pesar de ser médicos tradicionales indígenas, son los estudios de la noción de persona, entendida como la forma en que las sociedades conciben, definen y construyen una versión particular de lo que debe ser un ser humano, la construcción de los seres colectivos (Bartolomé, 1992), investigaciones hechas por Figuerola (2010), Jaime Pech Pliego (2008 y 2011) y Oscar Sánchez Carrillo (2007), en municipios de Chiapas, de la región tsotsil-tseltal. Y una investigación hecha por Freyermuth y Montes (2000), acerca de las prácticas de parteras tseltales de la zona Altos de Chiapas, de la Organización de médicos indígenas de Chiapas (OMIECH).

Existen diferentes formas de concebir y vivir el mundo, por lo tanto, hay distintas realidades sociales, y por lo tanto distintas formas de ser persona. En el campo médico, ésta, constituye la categoría que da lugar a estructuras simbólicas, que definen como es ese campo y sus prácticas (Page, 2011).

Page (2008) recalca la importancia que tiene destacar la particularidad, en contraposición con la generalidad, por lo que también resulta relevante hacerlo en relación a las etnomedicinas y, por ende, entre la biomedicina y las medicinas tradicionales.

Son diversos los casos en los que los diferentes saberes médicos han estado presentes, y desde la antropología médica se han abocado estudios que analizan las políticas en salud, las medicinas tradicionales o la presencia de ambos modelos médicos en un mismo espacio. Aunado a estos aportes, se presenta una investigación que nos lleva a analizar el enfoque intercultural en salud de las políticas públicas, en un caso concreto en San Cristóbal de las Casas, Chiapas, y que, para poder instrumentarla en una realidad, es necesario conocer el contexto y centrarse en la relacionalidad de los sujetos, no solo en las culturas o saberes culturales.

Para el análisis se plantea utilizar el concepto de interculturalidad con visión crítica, centrada en la relacionalidad, presentando primero la concepción de cultura, tradición y modelos médicos, para llegar a la interculturalidad en salud.

2.2 De la Cultura

Para llegar al concepto de interculturalidad es ineludible aclarar que el ser humano deviene de una cultura, como menciona Ramírez Goicoechea (2013) no es solo producto de una evolución filogenética, sino de una construcción articulada localmente, en el tiempo y en el espacio, a partir de potencialidades, entre ellas relacionales y comunicativas.

Dentro de la cultura, las personas se implican, se involucran, en modos específicos, de hacer, de sentir, de comunicarse, de comprender modos en el que han sido socializados y en estructuras abiertas que generan continuidad, al mismo tiempo que innovación e improvisación, ahí se producen sus vidas con más o menos autonomía (Goicoechea, 2013).

La manera de vivir con las estructuras culturales al incorporarlas de forma colectiva o individual subjetivamente, influyen en muchos aspectos de nuestra existencia, como el bienestar físico, mental o espiritual, el comportamiento, las relaciones sociales y afectivas, los vínculos con uno mismo y con lo demás, las capacidades y destrezas que se dan en el ámbito de la relación con elementos humanos y no humanos; todo esto, dentro de la misma cultura como con otros grupos sociales.

Appadurai (1996), concibe a la cultura como un sistema de relaciones con un sentido, para encontrar diferencias, contrastes y comparaciones, es decir, existe relaciones por un fin que ya está establecido, evidenciándose las diferencias con otros grupos, y, eso es lo que los hace ser una cultura. No serían, por lo tanto, sistemas cerrados, se hace notar la mezcla, las diferencias y las tensiones entre grupos culturales.

“Todo orden cultural remite a un frente exterior que lo delimita... no se puede hablar de un solo entorno” (Goicoechea, 2013)

Se habla de relaciones, donde existe desigualdad, conexión/desconexión e inclusión/exclusión. Desde una perspectiva transdisciplinaria, la cultura son todos aquellos procesos sociales de producción, circulación y consumo de la significación¹¹ de la vida social; que identifican, pero que a lo largo de la historia se transforman, con los usos, las producciones y reappropriaciones sociales. (García, 2004).

¹¹ “La significación es una construcción humana que nace del proceso sígnico permitido por la función simbólica del lenguaje, es decir, por esa facultad de representación mediadora de la realidad; nace como resultado de una triple relación: el hombre, las cosas y los fenómenos; el hombre y su experiencia subjetiva, y el hombre y su interacción con sus semejantes. De esta manera, la significación surge como representación de la realidad, como experiencia subjetiva y como medio de interacción social” (Rincón:23 s/f)

La cultura es la forma de construirnos a nosotros mismos y entre nosotros mismos generacionalmente, en un tiempo y un espacio, implica producción y reproducción, de forma abierta y dinámica.

No es un conjunto de rasgos que poseen los grupos, sino un conjunto de contrastes, de diferencias, de comparaciones, con el objetivo de articular la frontera de las diferencias. Un choque de significados entre fronteras, confrontaciones que suceden pese a las diferencias que existen (Appadurai, 1996).

“Decir que la cultura es una instancia simbólica donde cada grupo organiza su identidad es decir muy poco en las actuales condiciones de comunicación globalizada” (García, 2004: 36) Los barrios, las ciudades, las naciones son espacios de identificación, producción y reproducción cultural, pero desde ellos existe una apropiación de otras formas culturales, que se conocen a través de los medios de comunicación, la relación con personas de otros lugares, el consumo de productos importados, etc.

En una transición de una cultura a otra se da un desplazamiento de funciones y significados de los objetos de la cultura y existe quién dispone de mayor fuerza para modificar los significantes de los objetos culturales, es decir, quien tiene el poder.

Dentro de cada cultura existen jerarquías sociales y rangos, que influyen en la calidad y forma de vida. Y más aún cuando se dan las interrelaciones entre culturas, se da una relación de dominación/sumisión, como las que existen entre culturas occidentales y étnicas:

“Existe dominación cuando la integridad de los valores, prácticas e instituciones de un pueblo no está respetada, cuando sus conocimientos y tradiciones son discriminados y no se transmiten, cuando los desarrollistas desconocen los aportes tecnológicos propiamente indígenas, cuando la jurisdicción indígena no tiene valor legal. La dominación/sumisión no sólo es un fenómeno objetivo...; también tiene su cara subjetiva en las conductas de las personas: la vergüenza (de hablar en público su lengua indígena, de reconocerse como miembro de un pueblo de tal nombre), la timidez y el silencio (ante una autoridad política o profesional), el sentimiento de inferioridad (frente a un blanco o un mestizo) son algunas de las reacciones psicológicas, subjetivas, que revelan la sumisión de la persona indígena frente a una persona no indígena, dominante” (Gasché, 2004:5)

Con esto se expresa que las prácticas dentro de los grupos humanos, son socioculturales, pero también políticas y por supuesto económicas. Importante es también ligarlas a un proceso histórico, el cual se retomará más adelante.

Por lo que la revaloración de las culturas locales no basta para encarar los desafíos de la globalización, se necesita que se redelineen las instituciones nacionales, que se hagan valer los derechos culturales y que sean prioritarios para las agendas políticas. Aunque ya existen estrategias que han buscado hacerse cargo de esa diversidad sociocultural, pero al fin de cuentas hegemónicas, que no devienen de las culturas a las que van dirigidas, como lo menciona Mateos Cortés (2015) en la creación de las Universidades Interculturales, mientras las universidades para indígenas estén en manos de no indígenas, se continuará con la lógica indigenista de integración.

Esta noción de lo cultural, lleva a hablar de la interculturalidad, ya que se abarca procesos de interacción y confrontación de sistemas socioculturales diversos. Desde las definiciones descritas se toma la idea de cultura como una forma de identificarnos a partir del otro colectivo, entendiendo que el otro también soy yo.

2.3 De la Alteridad

Siguiendo la línea anterior, Ramírez Goicoechea (2011) aborda en términos de interculturalidad la relación entre identidad/alteridad, aunque antagonismos, la relacionalidad lleva a no separarlos, se trata de la formación de un yo individual a través de un tú colectivo.

Para el presente estudio los conceptos que permiten el análisis, están basados en tres autores que abordan la multiculturalidad e interculturalidad en términos críticos, Néstor García Canclini, Gasché y principalmente, Eugenia Ramírez Goicoechea. Para llegar a sus conceptos, se presenta en este apartado la concepción de alteridad, bajo la cual se ha construido una intención de interrelaciones entre grupos.

Para estudiar las diferentes veredas por las que se estudia la interculturalidad, García Canclini (2004), propone una visión transdisciplinaria, donde la sociología, la antropología y las ciencias de la comunicación converjan, ya que estas últimas han tenido un papel fundamental en los procesos del conocimiento de otras formas de actuar, pensar, concebir el mundo, aprovechándose el mundo capitalista de ese entretejimiento global.

Ramírez Goicoechea (2011) coincide en que el estudio de interculturalidad devenida de la multiculturalidad, debe ser interdisciplinaria, abarcada no solo desde la antropología sino desde la economía política, aparecida en el siglo XVIII, esta línea de pensamiento habla de que el valor de lo económico reside en el trabajo. Pero Goicoechea retoma principalmente a Marx,

que considera que el trabajo como fuente del valor económico, está inserto en relaciones políticas de poder, dominio, de producción, distribución de los recursos y medios de producción y de consumo. Estas relaciones y sus estructuras son fuente de conflicto, disputa y cambio social.

Las formas de abordar la interculturalidad difiere en algunos textos, hasta cierto punto es polisémica, debido al contexto en que se plantea, los anglosajones, por ejemplo, centran su estudio en la comunicación intercultural, en las relaciones interpersonales dentro de la misma sociedad o con culturas diferentes y en las comunicaciones facilitadas por los medios masivos hacia otras sociedades; en Francia y otros países preocupados por la integración de migrantes de otros continentes, se centran en la interculturalidad en la educación que plantea los problemas de la lengua y cultura hegemónica (Boukons en García, 2004). En América latina, la interculturalidad ha hecho referencia a las relaciones interétnicas.

Como se mencionó al abordar la cultura, es indispensable tomar en cuenta los procesos históricos que establecen los encuentros y relaciones dentro de un espacio sociocultural. Se presenta a continuación un recorrido que despliega Ramírez Goicoechea (2011), por los periodos de la colonialidad, poscolonialidad y la globalización, que han influido en la conceptualización del término posmoderno de la interculturalidad, que se encuentra en las políticas públicas actuales.

Desde el colonialismo europeo se fue configurando una relacionalidad en términos de asimetría y desigualdad con el espacio físico y moral de lo que la misma centralidad hegemónica europea, denominó periferia. Se dieron procesos que respondían a sus propios intereses. Y se vertió un eurocentrismo, que no es más que el discurso y la práctica colonial del poder europeo colonial, una manera de mirar y actuar a partir de jerarquías arbitrarias de alteridad y desigualdad. Implica subordinar al otro, cambiarlo, transformarlo, invadir sus ámbitos de vida.

Aunado al eurocentrismo, está la modernidad, que se despliega de él, pretendiendo construir un sujeto individualizado y autónomo, con centralismos y dualismos que dicotomizan la sociedad, para alcanzar el progreso hasta llegar a ser moderno, un hombre europeo.

Se legitimó una supuesta excelencia intelectual y técnica científica occidental, que destruye otras epistemologías y ontologías materiales y simbólicas. Aunque el objetivo principal del colonialismo moderno no es aniquilar al otro, sino incorporarlo desde y para un proyecto político, económico e ideológico que recubre la idea de superioridad intelectual y moral, de

manera subordinada y/o tutelada. Se construye entonces un proceso de alterización y devaluación de los otros, los colonizados, los indígenas, los primitivos.

Una variación y continuidad del colonialismo, no el fin de éste, es el poscolonialismo, que cabe aclarar que ambos tuvieron diferentes implicaciones e historias en cada territorio colonizado. Se da una descolonización, aunque con nuevas formas encubiertas de dominación, como la facilitación de algunos grupos étnicos o élites para dominar a otros grupos. Pese a ello, se plantea en el discurso poscolonial una visión crítica sobre el poder, la dominación, la hegemonía, la asimetría y desigualdad y los mecanismos de alterización. Se convirtió en necesario a través de varios estudios etnográficos cambiar la categoría de colonizado para ubicarlo como sujeto.

La misma autora, aclara que, aunque parte de la identidad colonizada se construyó desde el proceso de alterización europea, no ha sido un mero reflejo del proyecto dominante que la creó, ya que el sujeto alterizado se encuentra en un entorno con él mismo y toda su relacionalidad, con capacidad de creatividad y agencia, no solo con las fuerzas que lo reprimen. “En la medida en que gentes y colectivos se apoderan de su destino y autonomía, pueden tomar las riendas de su propio proceso sistémico autónomo” (Goicoechea, 2011: 531).

Con una nueva forma de sometimiento de espacios y poblaciones, bajo nuevas representaciones de economía política centradas en la dominación y explotación, se produce en la actualidad la globalización, con modos de dominación y legitimación cultural, político, económico e ideológico, que llega a penetrar en todos los ámbitos personal y colectivos, existiendo una transferencia a gran escala de lo diferente, de lo particular, para convertirlo en objeto de consumo, desde una lógica capitalista.

Aunque en esta, no se era más libres, también hay formas de organización y movilización, lo global no implica totalidad, ya que cada nivel local tiene una dinámica y complejidad propia que puede influir o no en otros niveles locales.

Esta relación de lo local con lo global es variable, no se da de la misma forma ni en las mismas dimensiones. Appadurai (2000) considera que existe una relatividad de los contextos, existen determinadas formas de agencia, socialidad y reproductibilidad.

Darle valor a lo local como un ámbito de lo social, es entender que desde allí se recrea o se reapropia partes de un entorno globalizado, para usarlo y dinamizarlo. Existe una mutua retroalimentación.

En el mismo sentido de Ramírez Goicoechea, Bonfil (1991) refiere que se puede tener una visión menos estereotipada de la globalización, no hay que creer que la homogeneización solo es uniforme, sino que puede utilizarse lo moderno para rescatar y transmitir lo tradicional. Las nuevas tecnologías de la comunicación y la información, también son utilizadas como formas de activismo, para llegar al ámbito político.

Retomando por un momento a García Canclini (2004), antes de seguir con el recorrido que hace Goicoechea, propone entender la interculturalidad desde las ciencias de la comunicación, ya que explica como grupos étnicos buscan nuevas formas en las tecnologías, saben cómo articular recursos tradicionales y recursos modernos, manejando relaciones comunitarias y a la vez estrategias mercantiles de la globalización. Pero también se han dado casos en los que otros se han aprovechado para crear la industria de lo cultural. La cultura se ve como objeto de consumo.

Volviendo al análisis histórico por el que nos lleva Ramírez Goicoechea (2011) y para concluir con él, en el mismo tenor de la globalización, presenta, que en la Posmodernidad, los bordes, las fronteras, son en los que se viven cada vez más, se ha diluido en parte, la centralidad del discurso en unos solos y del poder, para oírse el discurso de otros, a algunos colectivos no les ha parecido que sean objeto de exposición o venta cultural, y se niegan a nacionalizarse, manteniendo fuertes referencias a su lugar como espacio de relaciones y prácticas significativas. Como en la modernidad, en esta era, se pensó que algunas identidades étnicas, desaparecerían, pero no ha sido así.

En la actualidad los pueblos indios están en un escenario que ha cambiado económicamente, ideológicamente y a nivel político nacional. Desde hace muchos años, principalmente con las políticas indigenistas integracionistas, que fue mexicanizar al indio, hubo un tránsito étnico, que es el sustituir su cultura étnica por una moderna, lo que generalmente no ocurre al revés, que una persona de origen no étnico, pase a una adscripción étnica.

La desindianización ha sido por un proceso político e ideológico. En el cual los pueblos originarios se vieron obligados o inducidos progresivamente a renunciar a su herencia lingüística y cultural. Sin embargo, varias comunidades indígenas, aunque ya no hablen su lengua nativa, siguen realizando prácticas económicas, sociales y culturales, no muy diferentes a las de sus propios pueblos (Bartolomé, 1996). Pero a finales de los setentas comenzó un

resurgimiento de la etnicidad, se comenzó a valorar y a reafirmar la identidad de las poblaciones que se habían pretendido hacer renunciar a sí mismas.

Varias influencias, como las investigaciones antropológicas en Latinoamérica, que se volcaron a la redefinición de los estados plurales, y, los movimientos sociales indígenas, que han luchado por reivindicar sus derechos culturales, han abonado a una visión de que es necesaria una alternativa política y organizativa para mejores convivencias sociales. Es decir, mecanismos políticos, económicos y sociales que permitan la articulación de la diversidad, del derecho a la diferencia (Bartolomé, 1996).

Ese derecho a la diferencia engloba el manejo autónomo de los recursos naturales, territoriales, económicos y también culturales materiales e inmateriales de los pueblos originarios, como sus saberes terapéuticos, lingüísticos, políticos, filosóficos, educativos, etc. (Bartolomé, 1996). Diversos casos en Chiapas, como el Zapatismo, evidencian que han logrado el manejo autónomo de sus recursos, y que además han contribuido a resolver en colectivo muchas de sus necesidades, como las educativas, alimentarias y de salud, entre otras. Reconocer, respetar y promover la creatividad y conocimientos de las distintas culturas es importante.

2.4 A la Interculturalidad

Los estudios y las políticas centrados en los derechos culturales, ponen énfasis en la diversidad de culturas, identidades, géneros, etc. Estos direccionamientos de la posmodernidad, apuntaron a abrirse paso a dos términos, el multiculturalismo y el interculturalismo, que interesa para el presente trabajo, el análisis conceptual de la interculturalidad.

Pero para adentrarnos al término, es necesario puntualizar que cuando se habla de relaciones e intercambios entre grupos, es decir, de la relacionalidad intercultural; se hace referencia a la multiculturalidad.

El concepto de multiculturalismo¹², inicia en los setentas en Canadá y Australia, el concepto hizo referencia a las variadas ciudadanías segmentadas culturalmente, pero configuradas en un mismo Estado democrático (Barabas, 2006). Alude a la coexistencia de diferentes culturas en un mismo territorio (Schemelkes, 2004), respeto a la diversidad y a los

¹² Goicoechea (2011) refiere que el sufijo ismo, hace alusión a una actitud, practica, tendencia y el sufijo idad, a un resultado que es producto del primero.

derechos culturales. Pero el término, al diferenciar a otros grupos los asume como minorías, por lo que produce segregación y marginación.

Para Barabas (2006), es mejor referirse al término pluralismo cultural, ya que acerca más al reconocimiento de una pluralidad que existe en todas las naciones y a la convivencia y comunicación entre ellas. Lo que permite más acercarse al término de Interculturalidad.

La interculturalidad, en cambio, es la interrelación entre grupos y personas con culturas distintas pero fundamentada en el respeto, en la aceptación que alguien puede ser diferente y crecer desde su diferencia, se da desde el plano de igualdad (Schemelkes, 2004). Es un concepto que pretende eliminar desigualdades, aunque en muchos ámbitos de la realidad donde se ha implementado el enfoque intercultural, pasa a legitimar desigualdades.

“La interculturalidad propia de la ideología del pluralismo cultural, supone respeto por las culturas diferentes, tolerancia, convivencia y comunicación intercultural sobre la base de la igualdad para propiciar el diálogo entre culturas” (Barabas, 2006:6), este diálogo es una competencia que permite a todos ser abiertos y flexibles a nuevas experiencias culturales.

Para García Canclini (2004), respetar la heterogeneidad entre culturas, hace referencia al multiculturalismo, y “la interculturalidad implica que los diferentes son lo que son en relaciones de negociación, conflicto y préstamos recíprocos” (García Canclini, 2004:15).

Cuando se habla de relaciones donde van a existir acuerdos y negociaciones, pero a la vez también desacuerdos o conflictos, se está señalando un diálogo entre unos y otros, dentro de un marco de visibilidad recíproca.

Retomando a Ramírez Goicoechea (2011), presenta la definición de multiculturalismo e interculturalismo liberal, y desde un enfoque de interculturalidad crítica.

El multiculturalismo liberal pone énfasis en muchas culturas, como si se tratara de un tapiz, se incorpora a las políticas sociales mediante la discriminación positiva, para preservar las minorías, responder a las reivindicaciones sociales y culturales y compensar la desigualdad social y económica, que según se deriva de las diferencias culturales, como que si las diferencias fueran naturalizadas, sin cuestionar su genealogía histórica y política (Goicoechea, 2011), que precisamente se mostró al inicio de este apartado como elemento importante para entender que la conceptualización de interculturalidad se ha tratado de instrumentar estéticamente y no ha alcanzado su verdadera operatividad, porque se olvida de estos procesos histórico-sociales.

El pensamiento liberal de la diferencia, la desvincula de sus raíces económico-políticas, centrándolas exclusivamente en los derechos culturales.

De la misma manera un interculturalismo liberal aparece como una estrategia de apaciguamiento social e integración de las minorías, la diversidad y variabilidad cultural y el contacto a través del diálogo y buenas maneras, se reconocen, pero a través de políticas asistenciales para compensar las desigualdades, se plantean basadas en una relacionalidad intercultural, pero sin incidir en las condiciones económico-políticas de la propia desigualdad, sin llegar a políticas concretas y eficaces que impugnen esas desigualdades y exclusiones (Ramírez, Goicoechea, 2011).

Ramírez Goicoechea (2011) refiere que es necesario centrarse en las estructuras de desigualdad y jerarquía, que las prácticas coloniales eurocéntricas produjeron¹³ y han continuado reproduciéndose, más que centrarse exclusivamente en la cultura.

Ya se ha dicho que en cada grupo cultural se organizan y reorganizan significados, no se puede reducir el concepto de cultura a procesos homogéneos, sin tomar en cuenta que al interior se dan relaciones heterogéneas entre las personas, así como entre otros grupos sociales. Desde la perspectiva de la relacionalidad intercultural de Ramírez Goicoechea, son las personas las que se relacionan no las culturas. Por lo tanto, “No podremos hablar de inclusión social, incorporación, etc. Mientras los categorizados y practicados como diferentes no dispongan de los medios necesarios para garantizar su bienestar, capacidad de decisión y participación” (Goicoechea, 2011: 585)

No se trata de una diversidad de identidades, sino de una diversidad de la dinamicidad y complejidad de las prácticas relacionales y comunicativas, esto incluye a todo, puesto que todos somos otros (Días de Rada, 2010 en Goicoechea, 2011).

A diferencia del multi e interculturalismo liberal, los estudios de interculturalidad crítica, incorporan varias disciplinas como la filosofía, las ciencias económico-políticas, la sociología, la antropología y los estudios de género; que se interesan en las relaciones entre personas y grupos, en contextos con ideologías y prácticas discriminatorias y xenófobas. Se propone así, una interculturalidad policentrada no culturalcentrada, es decir, la importancia de las referencias

¹³ Como lo hacen los estudios poscoloniales, ya que algunas perspectivas sobre la globalización se centran más en los productos culturales que en las estructuras de desigualdad.

culturales, pero también en el poder que ha existido desde la colonización hasta la globalización y el transnacionalismo.

Goicoechea, retoma a Walsh Catherine (2005) en su perspectiva de interculturalidad crítica de-colonial, que propone no partir de la diversidad cultural, sino de cómo ha construido el poder colonial la diferencia.

Cuando se habla de incorporación o inserción, en la interculturalidad liberal, se refuerza la alteridad, son los otros ajenos, extranjeros, diferentes, no, somos todos diferentes. Se devalúa cualquier otro sistema de saber y racionalidad, como la de los indígenas, lo tradicional.

Una verdadera interculturalidad, tendría que de-colonizar los sistemas categoriales, representacionales, interpretativos para crear una nueva relación sistema humano/entorno (Goicoechea, 2011)

Desde esta perspectiva se intenta reconsiderar las epistemologías indígenas, que tienen una relacionalidad más constructiva con el entorno, significa de-colonizar el ser de los grupos excluidos, negados, la mentalidad eurocéntrica. Se trata entonces de re-centrar, rescatar y empoderar a los grupos excluidos, hacia formas más solidarias, respetuosas, justas y armónicas entre las personas y su entorno (Goicoechea, 2011).

Si nos enfocamos al grupo de estudio de parteras tradicionales del área de medicina tradicional del Hospital de las Culturas, se podría decir que ahora este grupo con saberes tradicionales, está siendo incluido, no negado. Pero no debemos olvidar que las políticas públicas en interculturalidad, proponen una interculturalismo desde el Estado, y en nuestro contexto existen las relaciones de dominación/sumisión, heredadas de un colonialismo eurocéntrico. Si dejar de lado, que en la Región Altos tsotsil-tseltal se da una dinámica entre población indígena y no indígena, con fuertes elementos de racismo y discriminación.

Gasché (2008), considera que el ejercicio de la interculturalidad, no solo debe centrarse en los derechos culturales, sino en la tarea de superar los prejuicios y el desprecio hacia los pueblos indígenas por parte de los sectores sociales dominantes, ya que existe una relación social de que vincula a la sociedad nacional con sus pueblos indígenas de dominación/sumisión, esta puede ser una dominación económica, social, profesional, política, etc.

Para que se rompan, propone capacitar a la sociedad, principalmente a las generaciones jóvenes para controlar ese ejercicio del poder dominante, a través de la oposición y el rechazo

de entrar en ese juego, reproduciendo a la vez los valores de una cultura donde se enaltezcan la solidaridad, la colaboración, el compartir y la reciprocidad.

La interculturalidad no solo apunta al respeto por los derechos culturales, sino al intercambio de los saberes, conocimientos y creaciones entre culturas, viviendo en la diferencia.

En un sistema donde se disputan las realidades locales y las globales, es inevitable vivir en la diferencia, con muchos desafíos que entraña la globalización principalmente. El interculturalismo defiende aperturas teórico-prácticas descentradas e igualitarias (Goicoechea, 2011).

Como ya se ha hecho hincapié, no se puede hablar de la interculturalidad sin la dominación/sumisión, de una relación horizontal donde se disfrazan las relaciones verticales. La dominación/sumisión imprime a la relación intercultural, por un lado, condiciones económicas, sociales, políticas y legales, y por el otro, disposiciones, actitudes, y valores asimétricos, desiguales pero complementarios, que se refuerzan diariamente a través de las conductas rutinarias, entre sujetos dominados y sujetos sumisos (Gasché, 2004).

Con infortunio se tiene internalizado, por un origen urbano, occidental, un sistema de valores y automatismos conductuales que hacen reproducir nuestra superioridad frente al indígena o poblador rural en general (Gasché, 2004)

Las estrategias interculturales deben promover la interacción dialógica y la recreación recíproca de las identidades (Tubino, s/f en Hopenhayn s/f).

El pluralismo y la interculturalidad son utopías, pero dimensiones y retos de lo posible, son una meta política que debe ampliarse a todos los ámbitos de la vida social y no solo al campo de la educación, que fue donde se comenzó a aplicarse, por lo menos en América Latina.

Frente a la migración o a la búsqueda de nuevos horizontes, el estudio de la diversidad remite a trabajar sobre aspectos socioculturales encaminados a espacios donde se dan nuevas relaciones e intercambios, pero donde el neoliberalismo agrava la desigualdad y la exclusión, como sucede con las personas de los pueblos originarios que interactúan en nuevos espacios, donde impera la modernidad.

Como sucede en la ciudad de San Cristóbal de Las Casas, donde se da una migración indígena a la ciudad desde la década de los setentas. Muchos investigadores han puesto su mirada en el protagonismo urbano como tejido social intercultural, ya que han sido lugares de

intercambio y continua transformación, han sido fronteras, donde se da el contacto y la hibridación.

En un estudio que presenta Ramírez Goicoechea (2011) en una ciudad británica de como personas que habían tenido una experiencia de intercambio o vínculo habían optimizado sus relaciones interpersonales, y se encontró que mostraban ser abiertas, flexibles y tolerantes, su capital social estaba basado más que para la movilidad social, para una relacionalidad extensa y positiva, tanto para sí como para los demás, fundada en generosidad, solidaridad, ayuda, interés, reciprocidad, etc.

Estas serían los elementos que priman en una interculturalidad basada en la relacionalidad, más que en la inclusión de un grupo en un espacio dominante, donde la alteridad es el punto de referencia, y las relaciones de dominio/subalternidad benefician más a un grupo que a otro. Si ni siquiera dentro de los grupos con una misma cultura se puede decir que son iguales, ya que existe una diversidad de interacciones, formas, maneras, pensamientos, etc., es decir, desde lo intracultural (Dietz 2013), que de menos desde lo intercultural.

De esta manera la interculturalidad se constituiría desde un imaginario-otro, desde un pensamiento-otro, desde una práctica-otra de la sociedad (Walsh, 2005 en Ramírez Goicoechea, 2011), que, a pesar de las diferencias, podemos estar cerca:

No es necesaria la identificación total, sino unas mínimas formas comunes de entendernos y participar igualitariamente en la definición y el desarrollo de las relaciones sociales y sus marcos de referencia. No hace falta disolver(se) para estar y sentirse próximo... Esto exige voluntad política, trabajo, entrenamiento, educación, aprendizaje, comunicación, coparticipación, deconstrucción crítica de los discursos políticos e ideológicos que quieren legitimar sus decisiones y políticas xenófobas y de exclusión en la variedad sociocultural humana (Ramírez Goicoechea, 2011: 600 y 601)

Por lo tanto, el estudio de las diferencias tiene un carácter cultural pero también político. De ahí la importancia de establecer políticas en contextos donde se marcan las diferencias, pero no se respetan, donde no se establecen con un sentido de igualdad; como son en los espacios urbanos donde migran diferentes etnias, en las culturas locales donde convergen otras globalizantes. Las políticas públicas sobre la interculturalidad, se convierten en una necesidad inmediata. Por supuesto, no solo como discurso político, sino como realidad. Son los gobiernos los que con sus políticas culturales deben asegurar la inclusión de las diferencias entre culturas, pero han tenido una participación casi invisible a la hora de la implementación.

Los diferentes saberes, costumbres y tradiciones de los pueblos indígenas, pueden contribuir dentro de las políticas públicas a paliar los efectos destructivos que ha traído el ser sociedades modernas, con prácticas que atentan contra la calidad de vida.

Al estar como personas dentro de una sociedad donde radica la diferencia, todos nos convertimos en sujetos interculturales. Pero existen dificultades actuales como sujetos en la interculturalidad, es la dificultad de manifestarse como ciudadanía, ni los subalternos, ni las naciones periféricas pueden por sí solos superar las dificultades sociales (Gasché, 2004), se necesita trabajar en conjunto, en un sistema de actores donde se permita la co-participación.

Un primer momento sería partir del conocimiento de la diversidad, por lo que es importante que la nación refleje la riqueza de los conocimientos, saberes y producciones tradicionales, ya que no se puede respetar lo que no se conoce. Tanto en la esfera de la salud, educación, como en las artes, los medios de comunicación, talleres, encuentros de interrelación entre culturas, etc., se pueden dar estos conocimientos. Asumiendo la nación, el coste de las producciones artísticas y educativas, invirtiendo más en ellas, ya que les han dejado a las transnacionales que se hagan cargo de las producciones que requieren más inversión y por ende dejan más ganancias, como los filmes, pero sin respetar los derechos de autor, beneficiándose económicamente a costa de la riqueza de la diversidad de países pluriculturales, como México.

Conservar tradiciones o *habitus* -como nombra Bourdieu- dentro de las interrelaciones culturales, en la línea del respeto y la libertad, son necesarias en la interculturalidad.

De acuerdo a Gasché (2004), las culturas se conservan transformándose, y, solo el ejercicio de la autonomía crítica de la gente puede garantizar que esta transformación, inherente a las relaciones interculturales, no se convierta en una pasiva asimilación. La libertad de decir sí o no, constituye una condición necesaria para la apropiación y preservación de una herencia cultural.

Hay una diferencia entre tradicionalismo y tradición, el tradicionalismo, desde la ecología cultural, lo explica bajo la forma del conservacionismo y la defensa de las culturas. Sin embargo, este conservadurismo no conduce a la formación de identidades culturales que potencian el desarrollo de las capacidades de la gente, se puede caer en fundamentalismos étnicos que son la negación de la convivencia tolerante y del manejo más razonable de los inevitables conflictos inherentes a la vida social. La defensa de las tradiciones culturales de los pueblos originarios no debe confundirse con el tradicionalismo acrítico del conservacionismo

cultural, es en los referentes éticos transculturales propios de los pueblos, que se funda el ejercicio de la crítica autotransformadora de las culturas (Tubino, 2002).

Esta defensa promovería un interaprendizaje, un aprendizaje mutuo. Hay elementos de las culturas étnicas, por ejemplo, que servirían de marco de conocimiento, como la reciprocidad, tan importante en la relación intercultural.

Lo presentado en este apartado, es el marco conceptual de análisis que guía la presente investigación, pero es necesario seguir con una descripción de conceptos que ayudarán a entender más el campo etnográfico en que se realiza.

Los elementos teóricos que a continuación se detallan están relacionados con lo que se entiende por política pública de interculturalidad, interculturalidad en la salud, modelos médicos, y por último desarrollo local, para entender la conexión de la importancia de los actores locales para alcanzar un marco más crítico de instrumentación de una relacionalidad intercultural.

2.5 Propuesta ético-política en interculturalidad

Al hablar de interculturalidad, es preciso diferenciar entre el concepto descriptivo y la propuesta ético-política. Mientras que en el multiculturalismo la palabra es tolerancia, en la interculturalidad “la palabra clave es diálogo, en el sentido de que para dialogar hay que presuponer respeto mutuo y condiciones de igualdad entre los que dialogan” (Etxeberria 2001:18, en Tubino, 2002).

La interculturalidad como propuesta ético-política presupone el multiculturalismo, es decir, la reducción de las relaciones asimétricas entre las culturas. El diálogo intercultural presupone la tolerancia. Pero se distingue la tolerancia negativa, que se trata de aprender a restringir la función de nuestras creencias, y, la tolerancia positiva, que presupone la tolerancia negativa y además comprender al otro. Es decir, intentar colocarse en su lugar, entenderlo desde su visión del mundo y su jerarquía de valoraciones (Tubino, 2002).

[La interculturalidad como propuesta ético-política, ha sido elaborada preferencialmente en América Latina y en algunos países europeos. En el caso latinoamericano surge dentro de la problemática y de los últimos planteamientos de la educación bilingüe de los países indígenas y ahora dentro de la salud.

Xavier Albó, distingue entre la micro y la macro interculturalidad. La micro interculturalidad se refiere al ámbito de las relaciones interpersonales y la macro al ámbito de las estructuras sociales y simbólicas. En este nivel se plantean las políticas interculturales como políticas de Estado, pues requieren de continuidad y estabilidad para generar resultados sólidos (Tubino, 2002).

2.6 Interculturalidad en salud

La interculturalidad en salud se desarrolla a partir de reivindicaciones de pueblos indígenas y su derecho a la identidad cultural, pero también a una tendencia global del derecho a la diferencia, convivencia entre distintas culturas en un mismo territorio.

Salaverry (2010), hace referencia a los antecedentes históricos de la conquista europea hacia los países América Latina, y como marco el acceso a los servicios de salud. Los conquistadores encontraron una diferencia cultural, y eso les dio pauta a esclavizarlos, además no la veían la diversidad de culturas en el mismo territorio, sino que las encasillaron en una sola, y los denominaron a todos como indios o naturales. Y eso valió para que tomaran la decisión de esclavizarlos.

En el siglo XVI los sacerdotes no supieron distinguir la capacidad curativa de los sanadores nativos, y prohibieron esas prácticas andinas. Pero algunos conocimientos sobrevivieron y se fueron haciendo populares o folclóricos. Pero aun así se llegó a la desvalorización del indio, visto como un término en sentido peyorativo. Y se trató de tener una invisibilidad del indio, para convertirlos en ciudadanos.

El multiculturalismo se desarrolla en América Latina en los 60, acusando a la educación bilingüe como homogeneizante del castellano como lengua oficial, desvirtuando la lengua nativa. Y en el intento por continuar con los intercambios entre culturas, pero de forma equitativa, surge el concepto de educación intercultural.

Así como en la educación se ha plasmado los conceptos de interculturalidad, en la salud los antecedentes que conducen a la interculturalidad en salud devienen de factores políticos y sociales y de las migraciones y la reivindicación de los pueblos indígenas, su empoderamiento y su derecho a la identidad.

La antropología médica, ha apoyado mucho a su desarrollo, que al estudiar las diversas prácticas médicas en el contexto de culturas diferentes a la occidental ha generado estudios sobre

diversas culturas en relación al ser humano con la salud y la enfermedad. En la atención de la salud, desde un enfoque intercultural, se incorpora de manera explícita la carga cultural del paciente, en la relación que se establece entre éste y el personal de salud. Cuando se analiza sobre las relaciones que se establecen entre el personal de salud y los pacientes que tienen una cultura diferente, se habla del proceso de interculturalidad en el terreno de la salud.

La interculturalidad en la salud no incluye solamente la instalación de centros de salud u hospitales, la atención por parte de médicos, enfermeras (os) o promotores en salud, sino la adecuación de los servicios y del personal a las características sociales, culturales y económicas de la población, integrando diversos sistemas médicos (Campos, 1999)

Significa la incorporación explícita de la carga cultural colectiva del paciente en la relación que se establece con el trabajador de salud. No sólo atañe la relación médico-paciente, sino que está presente en la relación total que establece el enfermo con el servicio de salud, sea público o privado. Incluye desde el portero del hospital, al chofer de ambulancia, el personal de limpieza, las (los) enfermeras (os), los médicos tratantes, los planificadores de salud, los ingenieros y arquitectos que diseñan las unidades médicas, hasta los administradores del centro de salud u hospital (Campos, s/f).

Es “la capacidad de moverse equilibradamente entre conocimientos, creencias y prácticas culturales diferentes respecto a la salud y la enfermedad, la vida y la muerte, el cuerpo biológico, social y relacional. Percepciones que a veces pueden ser incluso hasta contrapuestas”. (Oyarce e Ibacache, 1996, en Campos, s/f).

Generalmente los trabajadores de salud de zonas rurales, son los que han tenido experiencias con población indígena, han establecido relaciones interculturales de forma espontánea, aunque no necesariamente de manera adecuada.

Debido a que México es un país pluricultural, la capacitación del personal de salud en interculturalidad debe ser obligatoria. Aunque, desde la perspectiva de Campos Navarro, la labor cotidiana de los trabajadores de salud, corresponde a un gusto por servir a la gente, la interculturalidad no debe depender de la institucionalidad, sino partir de un compromiso personal. Las acciones emprendidas deben responder a un proceso de comunicación intercultural, donde se valide el proceso de salud/enfermedad del paciente de acuerdo a su sistema de creencias, no quiere decir que tenga el mismo, pero que si lo comprenda y respete.

Se debe dar una negociación cultural, llegar a mutuos acuerdos relativos entre el personal de salud y el paciente, al servicio que se brinda, o al tratamiento que se requiere (lo que se ha denominado ahora como adherencia terapéutica) (Campos, s/f)

La capacitación debe comenzar desde la formación de todo profesional biomédico, en las escuelas de medicina, enfermería, psicología, nutrición, trabajo social, es más, en las diferentes carreras del área administrativa, contable, informática, etc., que tendrán una posible relación con personas de culturas étnicas, o con otras culturas, apegadas a cosmovisiones no occidentalizadas.

En las cosmovisiones étnicas, están los especialistas en el proceso de salud/enfermedad/atención, que llevan a cabo la medicina tradicional o etnomedicinas, ellos y ellas atienden necesidades, entre otras esferas, en torno a la salud. Hay enfermedades que solo pueden ser resueltas por los estos terapeutas tradicionales, ya que comparten la misma noción de persona, que dirige sus procesos salud y enfermedad.

Los llamados síndromes de filiación cultural, o culturalmente delimitados, aparecen solo en algunas culturas, constituye un conjunto de signos y síntomas de diversa etiología que solo pueden ser comprendidos y tratados dentro de la cultura de la que se derivan.

Según la clasificación norteamericana de enfermedades mentales (DMS-IV), estos síndromes dependientes de la cultura que se hallan en América Latina y los migrantes de origen hispano en Estados Unidos. El DSM-IV, incluye un apéndice en donde se valoran estos cuadros y se señala que debe conocerse la cultura de la persona para realizar un buen diagnóstico, porque sino pueden mal interpretarse determinadas conductas, creencias o experiencias que tienen sentido y no son patológicas dentro de esa cultura particular, algunos de ellos son el mal de ojo, el empacho, la caída de mollera, el espanto, el embrujo, entre otros, de acuerdo a cada lugar.

Pero el término de síndromes de filiación cultural, proviene de la corriente de antropología colonialista para referirse a las enfermedades que poseen los modelos médicos de diversas partes del mundo, diferentes al científico occidental. Y, por tanto, encierra una connotación de menosprecio al darles un carácter poco racional, con una interpretación simbólica desde cada cultura (Almaguer, Vargas y García, 2003 en Urióstegui, 2015)

Esta clasificación es un referente para la biomedicina, pero se generaliza para todas las culturas étnicas, sin tomar en cuenta las particularidades de cada cosmovisión. Ya que difieren

en algunos aspectos en su concepción de persona, por lo tanto, los recursos que utilizan en el proceso de salud/enfermedad/atención.

Durante la posguerra se establece la hegemonía de la biomedicina, que favoreció la constante expansión de la biomedicalización y biologización de la vida cotidiana. En los setenta emergen una producción de medicinas paralelas, alternativas, pero a pesar de ello, sigue incidiendo la biomedicalización en la vida cotidiana (Menéndez, 2002)

En los 70's se implementa en América Latina, Asia y África en los programas de atención primaria en salud los recursos tradicionales, como la medicina tradicional y la participación popular. Con el objetivo de tener mayor cobertura poblacional y abatir las tasas altas de mortalidad e incrementar la esperanza de vida. Esta necesidad fue impulsada por la OMS, debido a las diferencias que se encontraban entre los países capitalistas del centro y la periferia, aunado a una explosión demográfica y aun proceso de concentración urbana. Lo anterior condujo a promover el desarrollo de programas materno infantil para reducir tasas de mortalidad infantil y el número de hijos, y se implementan a las parteras empíricas, expendedores de medicamentos, promotores populares y curanderos.

En México, en 1977 se contó con una inversión económica al programa IMSS-COPLAMAR. Durante este tiempo el Estado se propuso dar cobertura asistencial a los marginales urbanos, a través de los programas de la Secretaría de Salubridad y Asistencia y del Instituto Mexicano del Seguro Social, a la población urbana y rural, respectivamente, El programa del IMSS planteó intencionalmente el uso de los recursos tradicionales para la salud.

Desde esa fecha, hasta hoy, en México, las parteras se insertan en la Secretaría de Salud (SSA), condicionándolas a registrarse en los Centros de Salud, comenzaron en el programa antes mencionado del IMSS, y posteriormente dentro de la SSA, en diversos estados de la república mexicana, Chiapas, es uno de estos estados donde se ha implantado la política intercultural.

2.7 Modelos, saberes y formas de atención

Existen diferentes tipos de saberes y formas de atención a los padecimientos, con sus propios indicadores y técnicas de diagnóstico, así como de tratamientos y criterios de curación. Muchos de los estudios antropológicos han dado cuenta de los procesos de salud/enfermedad/atención de los grupos étnicos, pero no del uso de estos grupos del conjunto y variedad de prácticas,

productos o técnicas relacionados con otros saberes como los de la biomedicina. (Menéndez, 2009)

El Sector Salud (SS) como la biomedicina tienden a ignorar, negar y a marginar los saberes y formas no biomédicas, a pesar que son utilizadas por la población.

Cuestión que ha apoyado la expansión de esta industria, las migraciones nacionales e internacionales y la globalización de los medios de comunicación. Así, por ejemplo, se han asentado medicinas complementarias y alternativas que son originarias de culturas como las chinas, japonesas, o mandarinas, como la acupuntura o el budismo zen. Pero a pesar del uso cada vez más frecuente de estas prácticas, se sigue buscando atender los padecimientos a través de medicamentos.

Diferentes procesos sociales, económicos y culturales, como la pobreza, la marginalidad, las migraciones, los padecimientos incurables, los pesares existenciales, el rescate y respeto por tradiciones, etc., hacen posible el desarrollo de diversas formas de atención, a partir de las necesidades y también de las posibilidades de las personas y conjuntos sociales. Y están dando resignificación a las formas de atención.

A partir del conocimiento de los comportamientos respecto de sus padecimientos de los diferentes grupos estratificados de Latinoamérica, encontraron que utilizan principalmente los saberes de atención que en seguida se describen:

- Saberes y formas de atención biomédica: implementada por médicos y personal paramédico, de los niveles de atención para padecimientos físicos y mentales,
- Saberes y formas de atención popular y tradicional: que la llevan a cabo curadores especializados como hueseros, parteras, brujos, curanderos, yerberos, chamanes, etc. la atribución también al poder curativo de algunas figuras religiosas, o grupos pentecostales o carismáticos.
- Saberes y formas de atención alternativas, paralelas, como sanadores, bioenergéticos, etc.
- Saberes y formas devenidas de otras tradiciones médicas tradicionales: acupuntura china y japonesa, ayurveda, mandarina, etc.
- Saberes y formas de autoatención: ya sean del grupo doméstico o el de las organizaciones en grupos de autoayuda, como Alcohólicos o Neuróticos Anónimos, clubes de diabéticos, hipertensos, etc. o padres con hijos con síndrome de Down, etc.

Estas formas no son estáticas y aisladas, sino dinámicas entre ellas mismas. Por lo cual se genera algún tipo de articulación. Que se ha impulsado por iniciativa de los mismos curadores de cualquier saber, de organizaciones en el campo de la salud, la industria químico farmacéutica o de los propios sujetos o conjuntos sociales que en la búsqueda de su equilibrio las articulan como posibilidades de curación. Pero a pesar de que se da a partir de los propios curadores, no dejan de mantener su propia identidad, tratando de mantener la diferencia. Como es el caso de la biomedicina que se ha mantenido como la forma de atención más competitiva dentro del mercado de saberes, que además de tener que ver con una dimensión económica, incluye procesos ideológicos, sociales y técnicos para seguir siendo la hegemónica.

El Sector Salud es que ha impulsado principalmente a los médicos tradicionales a utilizar medicamentos y técnicas biomédicas, ha tendido a reconocer algunas formas y saberes, pero no todas, ya que ha estigmatizado y excluido a algunas de ellas, enfatizando la legitimidad exclusiva de la biomédica. Aunque también pasa en las otras formas que asumen de igual manera que sus procesos de salud/enfermedad/atención, son las únicas, desde una racionalidad religiosa y/o étnica, contra la científica.

2.7.1 Biomedicina

La biomedicina se caracteriza por ser dinámica, con transformaciones técnicas y científicas, como en sus formas dominantes de organizarse e intervenir, desde las tendencias de las décadas de los 60's y 70's, hasta la época actual. Incluso en tradiciones ancestrales como en China y Japón, donde la biomedicina está subalternizando y/o desplazando a las medicinas académicas locales.

Más allá de su real cualidad científica y de su eficacia, debemos asumir que la biomedicina y la expansión biomédica constituyen una de las principales expresiones sociales e ideológicas de la expansión capitalista, o si se prefiere de Occidente, en términos frecuentemente de hegemonía/subalternidad" (Menéndez, 2009:38)

Se puede comprobar esta hegemonía debido a que es la única forma de atención que ha logrado tener una representatividad internacional donde están adheridos muchos países, la Organización Mundial de la Salud (OMS) con diferentes sedes, como la Organización Panamericana de la Salud (OPS) que es la sede en América. Además del uso extensivo de

medicamentos que las industrias químico farmacéuticas han logrado introducir hasta en diversos grupos étnicos, directamente o a través del sector salud.

Aunque la expansión de las medicinas alternativas, han contribuido a reemplazar o complementar a la biomedicina, así como una disminución en algunos campos biomédicos como en el de la salud mental (en Psiquiatría) y evidentes ineficacias; hay más argumentos que confirman su constante expansión en todo el mundo, que afectan el desarrollo y su relación con otras formas de atención.

Esta expansión está basada en procesos como el apoyo a nivel privado y oficial que recibe, a diferencias de los otros saberes que no cuentan con los apoyos económicos y políticos oficiales, incluso casi la totalidad de los servicios privados son de biomedicina. Además de que la demanda de los servicios de esta forma de atención crece, principalmente en lo referente al proceso de medicalización e intervenciones quirúrgicas, como es el caso de la situación de parto, a través de la generalización de la cesárea, como en México, que se han incrementado, cuando en muchas ocasiones son innecesarias.

Es entonces, la biomedicina la que establece las condiciones técnicas, sociales e ideológicas, donde se van a desarrollar las relaciones con las otras formas y saberes.

2.7.2 El modelo médico hegemónico (MMH):

En este modelo se reconocen tres submodelos: modelo individual privado, modelo corporativo privado y modelo corporativo público. Con los siguientes rasgos estructurales:

- Biologismo
- Concepción teórica evolucionista positiva
- Ahistoricidad
- Asociabilidad
- Individualismo
- Eficacia pragmática
- La salud como mercancía, directa o indirectamente
- Relación asimétrica entre médico y paciente
- Participación pasiva y subordinada del consumidor y producción de acciones que lo excluyen del saber médico
- Profesionalización formalizada

- Identificación ideológica con la Racionalidad científica, como criterio para excluir a los otros modelo
- Tendencia a la expansión de nuevas áreas problemáticas a las que medicalizada
- Normatización de la Salud/enfermedad medicalizada
- Tendencia al control social e ideológico
- Tendencia que induce al consumismo médico
- Tendencia al dominio de la cuantificación de la calidad
- Tendencia a la escisión entre teoría y práctica, y a la práctica de la investigación

Además, los submodelos se caracterizan por la burocratización, por una estructuración jerarquizada en la organización de la atención, por la disminución de responsabilidades y por centrarse en criterios de productividad. El modelo corporativo público, tiene características estructurales particulares, como la tendencia al enfoque de prevención, a dividirse en sub profesionalidades que están controladas, a actuar sobre el medio y no sobre el individuo y a dirigir las legitimaciones ideológicas y políticas del sector salud.

2.7.3 Modelo médico alternativo subordinado:

Se integran las prácticas reconocidas como tradicionales, pero no solo implica las que están cargadas de pasado y valores, sino las que emergen del MMH, que sintetizan y transforman a las tradicionales. Incluye prácticas médicas que provienen de una organización académica compleja, que existieron antes de la biomédica, como la acupuntura, la herbolaria china y la medicina ayurvédica.

Aunque algunas no provengan del MMH, cada vez están más influenciadas por este. Hipotéticamente pueden llegar a tener la apropiación que tuvo de la quiropráctica o la homeopatía. El eje de agruparlas aquí, radica en el hecho que constituyen alternativas institucionales que el MMH ha pretendido estigmatizar y en los hechos los subordina ideológicamente.

Las prácticas médicas de este modelo son tan variadas que presentan rasgos no homogeneizables, y algunas no contienen todos los rasgos estructurales que señala Menéndez. Dichos rasgos son los siguientes:

- Concepción globalizadora de los padecimientos, es decir, consideran que la eficacia de las acciones terapéuticas radica en la eficacia simbólica y de sociabilidad.

- Tendencia al pragmatismo
- Ahistoricidad (algunas)
- Asimetría en la relación curador-paciente
- Participación subordinada de los consumidores
- Legitimación comunal o grupal de sus prácticas curativas
- Racionalidad técnica o simbólica
- Tendencia a excluir a otras prácticas de su saber
- Tendencia cada vez mayor a la mercantilización
- Caracteres de complementación y subordinación al MMH

2.8 Cultura y desarrollo

Abordar el desarrollo, tal cual se ha plasmado en diferentes plenarias, sigue siendo un reto, la definición de desarrollo de los años cincuenta y sesenta, como crecimiento económico, tiene fuerza aún. Pero el paradigma se ha transformado para entender que existen diversas formas de desarrollo, aparecen nuevas propuestas en los años setentas y ochentas como el ecodesarrollo, el desarrollo a escala humana, el desarrollo de las capacidades y libertades humanas, el desarrollo centrado en la iniciativa local y los actores sociales, en el capital social y la cultura.

En América Latina la problemática del desarrollo se vio fijada después que, en Europa, en el caso europeo fue posterior a la crisis petrolera centrándose en la necesidad de fomentar pequeñas empresas y mirar integralmente al conjunto de dimensiones para analizar procesos de desarrollo local, en los países latinoamericanos, una década después, debido a la pérdida y recuperación de los regímenes democráticos, se plantearon políticas inscritas en procesos de desarrollo integral, atendiendo no solo los problemas económicos sino también la consolidación de sistemas de actores y autonomías territoriales. Se inició el proceso hacia el desarrollo local territorial, que trata de no perder los rasgos específicos de cada actor, en una dialéctica de actor-sistema, conjugando particularidades del actor con regularidades del sistema (Arocena, 2017).

“En la escena local se expresa como en ningún otro nivel la articulación entre lo singular y lo universal” (Arocena, 2001:22), no se trata ya solo de lo global, ni tampoco solo de un localismo, sino de la relación entre ellos y de todas las dimensiones que competen al ser humano.

De acuerdo a Cevallos (2005), el concepto de desarrollo al ser integral representa otras dimensiones, la económica, política, social y cultural. Al colocarse en lo cultural se señala que no es solamente una dimensión del desarrollo, sino el dominio en que este se desempeña. Que, ligado al desarrollo local, Arocena (2004), dice que la identidad juega un papel importante en los procesos de desarrollo, ya que, en un territorio, el deseo de seguir teniendo continuidad a llevado a muchos grupos, a transformaciones o cambios o rupturas, necesarias para permanecer, lo que precisa a la interrelación con otros. A cada grupo se le puede entender conociendo como se apropia y reinterpreta los productos materiales y simbólicos ajenos.

Los factores culturales son indispensables para planear, diseñar e implementar proyectos de desarrollo. Cevallos (2005), menciona que algunos organismos internacionales como las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, ciencia y la Cultura (UNESCO), el Banco Mundial (BM) y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), abordan desde finales del siglo XX, la importancia que tiene la cultura para el éxito o el fracaso de los proyectos de Desarrollo.

Seguramente, entre otros elementos, los resultados plasmados por los académicos especialistas en desarrollo, han influido para que estos organismos centren sus políticas en el aspecto cultural. Han apuntalando hacia la importancia de la interacción o interdependencia de todas las dimensiones, lo económico sobre lo político y cultural, la influencia de lo político sobre lo económico y lo cultural, y, fundamentalmente, de lo cultural sobre lo económico y lo político. Y en este sentido es necesario dirigirse hacia el desarrollo de los pueblos y naciones, incorporando la noción de las libertades humanas de Amartya Sen, dentro de un sistema donde se puedan ejercer libertades culturales, religiosas y políticas. Este análisis que nos presenta Cevallos, es fundamental para todos los territorios, en sus diferentes espacios.

Espacios donde se desenvuelven las personas con sus conocimientos o saberes locales., dichos conocimientos juegan un rol trascendental no solo para conservar y fortalecer su identidad, sino como recursos de los que disponen para el sostenimiento de su vida en comunidad. Ya que como menciona Amartya Sen (2004), el desarrollo constituye una práctica cultural, es decir, toda manifestación humana, es un producto cultural, y, por lo tanto, son útiles para el desarrollo.

La cultura abarca, tanto los procesos materiales, sociales, políticos y culturales, no se puede prescindir de estos procesos para la subsistencia dentro de cada sociedad. Las políticas

de desarrollo tienen que partir de los procesos locales, de las necesidades del grupo receptor, respetando la libertad cultural, dimensión importante de la libertad humana, para que la gente viva de acuerdo con sus preferencias y tenga la oportunidad de elegir entre lo que este a su disposición, definiendo su propio concepto de bienestar (Informe sobre desarrollo humano, 2004, en Cevallos, 2005).

Una pregunta obligada cuando se habla de bienestar, es, por qué es relevante la cultura para el desarrollo, porque cada cultura tiene los elementos que determinan que es lo más importante para cada sociedad, para cada territorio, para cada colectividad. Las políticas de desarrollo tienen que pensarse y adaptarse desde cada cultura, y no a la inversa, para que el desarrollo sea sostenible.

Para Amartya Sen (1999), el desarrollo representa más que el crecimiento de los índices económicos, incluye la libertad de participación política, el recibir servicios de salud y educación, tener derechos civiles y ser parte de la discusión pública. Es la corriente denominada desarrollo como libertad. Para Sen existe un carácter relativo de la noción de bienestar, de calidad de vida, ya que varían según las sociedades y las culturas.

El desarrollo se ha impulsado desde la visión de la cultura occidental, es decir de la cultura de la modernidad, es lo que Sen denomina, la primacía de occidente, donde se socavan los diferentes modos de vida y los valores tradicionales. Marca la atención sobre el poder de la cultura, al afirmar que “se vierten pocas lágrimas por la desaparición de métodos de producción o tecnologías, pero... “el olvido de antiguos modos de vida puede causar angustia y un hondo sentido de pérdida” (Sen, 1999:240, en Cevallos, 2005:30). Entran en juego cuestiones de identidad, de costumbres, creencias, prácticas y modos de vida, que dan un sentido de pertenencia y una herencia histórica.

Cuando se aplica un proyecto de desarrollo a países tercermundistas, lleva encubierto un contenido cultural occidental (Cevallos, 2005). Aquí nos centramos en el tema de desarrollo y mercado, donde las grandes empresas transnacionales, “apoyan” los valores tradicionales, pero para obtener ganancias a través de estos saberes.

“Tener cultura y tener desarrollo son hoy actividades complementarias. Implican a la vez convivir en la diferencia, no solo crecer sino hacerlo juntos y con mayor equidad” (García, 2005:13).

Si se establece un diálogo entre cultura y desarrollo, se podrá atender los derechos y las diferencias culturales, es necesario que los proyectos de desarrollo no ignoren que, en los países con multiculturalidad como los de América Latina, existen tensiones por las diferentes identidades culturales, donde se presenta la dominación y por lo ende, la exclusión social y cultural.

El respeto por la diversidad cultural, resulta indispensable dentro del desarrollo para tener soluciones a dichas tensiones, los intercambios culturales crean capacidades que nutren la vida, refuerzan los derechos humanos y las libertades. Principalmente de las minorías y los sectores marginados, como son muchos de los pueblos originarios, junto con sus cosmovisiones.

Algunos organismos supranacionales y políticas internacionales, presentan consideraciones de la cultura como un factor fundamental para el desarrollo, en "...el reporte de la comisión sobre Cultura y Desarrollo de la Naciones Unidas, explico que no es la cultura la que está inmersa en el desarrollo, es el desarrollo el que está inmerso en la Cultura" (Arispe, 2004: en Cevallos, 2005:43).

Desde la década de los 80's diversas conferencias en diferentes partes del mundo, fueron afianzando el concepto de la cultura como algo que va más allá de simples espectáculos o entretenimientos. La UNESCO plasmó un decenio de discusión de análisis, el Decenio Mundial para el Desarrollo Cultural, de 1988 a 1997, para alcanzar cuatro objetivos en su programa sobre cultura y desarrollo: reconocer la dimensión cultural del desarrollo, afirmar y enriquecer las identidades culturales, aumentar la participación en la vida cultural y fomentar la cooperación cultural internacional. (Insa, 2008)

En 1998 se aprobó la Convención Internacional sobre la Protección de la Diversidad en los Contenidos Culturales y las Expresiones Artísticas, donde asientan la adopción de políticas públicas por parte de los Estados nacionales para promover y encauzar a la diversidad cultural. En ese mismo año, la Conferencia Intergubernamental sobre Políticas Culturales para el Desarrollo hace hincapié en que la política cultural es un componente principal de las políticas de desarrollo endógenas y debe ser implementada por toda la sociedad y que el diálogo entre las culturas debe ser una meta de estas políticas culturales, la libertad de expresión universal es indispensable para interactuar y participar efectivamente en la vida cultural (Insa, 2008).

En 2001 en la Conferencia General de la UNESCO, señala el patrimonio cultural material e inmaterial, incluye en el patrimonio inmaterial a las expresiones de los valores y los

significados contenidos en la música, la danza, la lengua, la literatura, las tradiciones orales, las áreas del espectáculo, las fiestas, festivales, mitos y rituales y creencias. A estas se suman con una presencia ética, representada por valores y creencias, el arte culinario, la medicina tradicional, las artesanías y todos los conocimientos populares, tanto urbanos como rurales.

Introduce la perspectiva del desarrollo inmaterial, parte de que toda cultura posee un patrimonio material e inmaterial, que no pueden separarse, el desarrollo también contiene una dimensión inmaterial, que le da forma al desarrollo material. “El desarrollo inmaterial es el conjunto de capacidades que permite a las sociedades, a las comunidades y a las naciones definir sus escenarios de futuro de una manera integrada, dando prioridad a valores como participación, transparencia y responsabilidad...” (UNESCO, 2003 en Cevallos, 2005:45).

En la Cumbre Mundial sobre el Desarrollo Sostenible (2002), se reconocen el conocimiento autóctono y las cosmogonías, para redefinir y lograr los objetivos de gestión de la biodiversidad. Ahí se trazaron los lineamientos de la Declaración Universal sobre la Diversidad Cultural (2003) de la UNESCO, y reconocen que para alcanzar el desarrollo sostenible, se deben concretar tres objetivos: respetar y proteger los sistemas de conocimientos tradicionales, reconocer su contribución a la protección del medio ambiente y a la gestión de los recursos naturales y favorecer las sinergias entre la ciencia moderna y dichos conocimientos locales (Cevallos, 2005)

En 2004, el Informe sobre Desarrollo Humano del PNUD, advierte que, para avanzar en la lucha contra la pobreza, deben construirse sociedades inclusivas y diversas en términos culturales. Y en ese mismo año, es aprobada en Barcelona la Agenda 21 de la Cultura, por más de 200 ciudades en todo el mundo, siendo uno de sus principales compromisos fortalecer las políticas culturales locales y apelar ante gobiernos e instituciones internacionales sobre la importancia de la cultura en el desarrollo local.

La política cultural tiene que establecer una dialéctica triangular, entre gobierno local, ciudadanía y agentes sociales (Insa, 2008). Para romper con los modelos de intervención jerárquica verticalizada, donde las relaciones entre diversos saberes y actores sociales, se den en un marco del respeto a la pluralidad, promoviendo relaciones horizontales. Las políticas culturales, por lo tanto, pasan a convertirse en un eje transversal para los gobiernos locales.

Para generar políticas culturales y proyectos de desarrollo, es preciso analizar la trayectoria histórica de cada cultura, ya que de acuerdo a De Sousa (1998) la cultura de un

determinado grupo social, es una auto creación, una negociación de sentidos, con una posición en el sistema mundial. Considera que “es necesario re-analizar las culturas de las naciones, cuestionando las construcciones oficiales de la cultura nacional” (De Sousa, 1998:178).

En los procesos históricos se van dando identificaciones, no son algo dado, por lo que las identidades culturales son cambiantes, se van transformando, en sus diferentes espacios de construcción, no son rígidas ni inmutables. Por eso, la importancia de conocer su trayectoria histórica.

Si no se tiene un conocimiento profundo de los espacios locales, de esas transformaciones identitarias, de lo que cada colectividad considera como condiciones de bienestar, las políticas culturales no serán coherentes con la realidad. No se harán latentes los derechos culturales. Algo que Touraine (2000), considera que, en la actualidad, es por lo que se lucha socialmente, una de las bases de los nuevos movimientos, es la lucha contra la estandarización y la pérdida de la diversidad. Ya no solo es la lucha contra el poder social, o contra el poder político, sino contra el poder económico y el poder cultural de los medios de comunicación masiva (Fernández, 2000)

Es lo que menciona García Canclini, cuando aborda que las empresas transnacionales son las que se enriquecen aprovechándose de la falta de legislaciones para el uso del patrimonio cultural y de los derechos de autor. Y además el Estado ha dejado a las grandes empresas las áreas culturales que insumen mayores recursos, no ha puesto la debida atención que la cultura en general, puede generar retornos de inversión, pero no vista como un mero instrumento para el desarrollo económico.

Kliksberg (1999) hace hincapié en que el desarrollo cultural es un fin en sí mismo, no es el medio para llegar a un fin. Además, tiene altos potenciales para el desarrollo, como la lucha contra la pobreza, a partir de los elementos intangibles de la población, si se respeta su bagaje cultural como los conocimientos tradicionales, pueden ser de mucha utilidad para resolver problemas, en el marco de los programas sociales.

Por otro lado, la atención de la cultura de sectores desfavorecidos, es crucial para no debilitar la identidad colectiva y no alimentar la baja autoestima frente a otros grupos que se consideran favorecidos, para que esos conocimientos y valores no se pierdan en el transcurso generacional. Me atrevo a decir, para mejorar la calidad de vida en muchos aspectos, de otros sectores de la población. El parto natural, por ejemplo, tiene beneficios tanto para la madre como

el bebé, no solo lo es para las mujeres que comparten esa cosmovisión, sino para todas las mujeres de otras lenguas, estados, y países. Con la partería, que practica el parto natural, podrían beneficiarse a muchas mujeres que dentro de los hospitales han sufrido y sufrirán la violencia obstétrica.

Mirar a la cultura, lleva reconocer los valores que se generan desde dentro, valores comunitarios, de cooperación, solidaridad, amor por su trabajo, de participación, actitudes democráticas, y muchos otros valores positivos que pueden servir al desarrollo, además de contribuir a que en cada sociedad se sigan reforzando, como legado para cada generación.

Es, en definitiva, retomando a Bordieu (1987), una transmisión del capital cultural, muchas veces se ignora que la aptitud o el don, es una inversión de capital cultural. Señala que el capital cultural puede existir en tres formas:

- El estado incorporado: es cuando el individuo lo hace propio, lo incorpora a través de un trabajo de inculcación y asimilación, y por ello es una inversión de tiempo, lo adquiere por sí mismo, se cultiva así mismo. El capital cultural en este estado, puede adquirirse de manera inconsciente o consiente, con sus propias capacidades de apropiación del sujeto en particular.

Está ligado a la persona tanto a su singularidad biológica como patrimonio hereditario y por la adquisición que hace en su contexto. De ahí, que este capital cultural funciona como capital simbólico, es desconocido pero reconocido, es más encubierto que el capital económico que sí se puede ver. Incluso asegura provechos materiales y simbólicos a los que poseen un fuerte capital cultural. Bordieu lo ejemplifica, con la economía de las grandes fundaciones culturales, con la economía de la beneficencia, la generosidad y del legado, funcionan sobre la base de un capital cultural, que los economicistas no pueden ver.

Su eficacia reside en la transmisión precisamente, el tiempo de acumulación es todo el tiempo de socialización, de ahí que la transmisión de capital cultural sea la forma más disimulada de heredar capital. Y, por lo tanto, tiene una importancia relativa en los sistemas de estrategias de reproducción. Como se da en los espacios familiares, íntimos en comunidad, no se tornan fuertemente controlados.

- El estado objetivado: es la forma en que se incorpora el capital cultural con bienes culturales materiales, como escritos, monumentos, cuadros, maquinaria, instrumentos

etc., este es transmisible en su materialidad. Pero a pesar de ser estos bienes, un producto de elaboración del ser humano en su actuar histórico y que cada persona puede decidir que tomar, en este estado el capital cultural permanece independiente ante lo que cada agente puede apropiarse. Pero este tipo de capital cultural solo se mantiene activo en la medida en que los agentes se apropien de él, y, en la medida en que los campos de producción cultural como el artístico, educativo, científico, etc., sean el lugar donde los agentes obtengan beneficio y en medida también, de su capital cultural incorporado.

- El estado institucionalizado: es el capital cultural con reconocimiento formal, como el título escolar que confiere un valor de competencia y jurídicamente garantizado, desde el punto de vista de la cultura. En este estado se tiene el poder de hacer reconocer. El título confiere valor en dinero con el cual puede ser cambiado en el mercado de trabajo, es decir, el título es producto de una conversión de capital económico en capital cultural.

Otro tipo de capital es el capital social, Protés (1999), retoma a Bourdieu, que habla de dos elementos: la relación misma que permite a los individuos reclamar acceso a los recursos poseídos por sus asociados, y el segundo, el monto y la calidad de esos recursos. Y Coleman, que lo define por su función como una diversidad de entidades con dos elementos en común: todas consisten en algún aspecto de estructuras sociales y facilitan cierta acción de los actores dentro de la estructura. Pese a las diferencias, se define como la aptitud de los actores para asegurarse beneficios en virtud de la pertenencia a redes u otras estructuras sociales.

El capital social es inherente a la estructura de sus relaciones, por lo tanto, para poseerlo una persona debe relacionarse con otro y el verdadero origen de su beneficio con éstos precisamente, las motivaciones para hacer accesibles los recursos a otros varían, pueden ser motivaciones consumatorias (introyección de valor y solidaridad circunscrita) contra motivaciones instrumentales (intercambios de reciprocidad y confianza exigible).

El desarrollo ya no puede ser visto solo desde el crecimiento económico. La cultura tiene una importancia crucial en los planes de desarrollo, no solo para favorecer dicho crecimiento, ya que es un eje transversal de éste, sino como un fin para el reconocimiento, sostenimiento y dignificación de toda sociedad.

Visibilizar los conocimientos locales, como es la medicina tradicional (MT) o denominada etnomedicina, envuelve respetar el ejercicio libre de estos; que no solo otorgan elementos para

resolver los procesos de salud/enfermedad/atención de su población, sino también portan el respeto y valoración de la identidad.

Los (las) médicos (as) tradicionales, como agentes activos dentro de su cultura, son individuos que participan en un campo en la búsqueda de capital cultural y social, principalmente, sin demeritar el capital económico, p como un medio para su bienestar personal. Su trayectoria histórica cultural representa sus valores, su personalidad, su actuar frente al mundo, y por lo tanto es necesario hacer valer sus derechos culturales y humanos.

Es indispensable que las políticas de desarrollo reconozcan estos derechos, partan de las visiones de bienestar de cada uno de los agentes sociales. En las políticas culturales encaminadas al bienestar de la salud, se han incorporado algunos especialistas en medicina tradicional al proceso de atención institucionalizado, como son las parteras, retomando en su discurso teórico-metodológico, las cosmovisiones que tienen del mundo, los derechos sociales y culturales, las libertades humanas, e incluso el capital cultural.

En el capítulo siguiente se presenta la relación que se hace entre la interculturalidad en la salud y las parteras tradicionales como actoras del modelo subordinado y el personal biomédico como actores del modelo hegemónico de la Casa materna y medicina tradicional en San Cristóbal de Las Casas, espacio de investigación del presente proyecto.

CAPITULO III

Quienes, cuando y donde empezamos... “como estamos”

La información que se presenta tiene la finalidad de mostrar un espacio de sector salud, donde se han insertado las parteras tradicionales de la región V Altos tsotsil-tseltal del estado de Chiapas, la Casa materna y medicina tradicional de SCLC, antes conocida como área de medicina tradicional, en el Hospital de las Culturas. Se reseñan sus experiencias, los servicios y recursos que ofrecen, las concepciones de su labor, así como la concepción de su inserción en sector salud. Así mismo se recoge la experiencia del personal biomédico junto a las parteras, su servicios y recursos que ejecutan en el área, y la relaciones que se plasman al interior entre estos dos saberes médicos para dar atención a las personas que demandan el servicio de salud del área de medicina tradicional. Los anterior con la finalidad de reflexionar si es posible alcanzar la interculturalidad entre dos sistemas médicos, el biomédico y la medicina tradicional, de acuerdo a los lineamientos de la política pública de interculturalidad en salud del Sistema Nacional de Salud.

3.1 Actores de la atención a la salud, el quienes...

De acuerdo a los objetivos que se definieron en esta investigación, se presenta una caracterización de los especialistas de los modelos médicos que se encuentran dando servicio de salud en el espacio denominado casa materna y medicina tradicional en el Hospital de las Culturas. En base a Menéndez (2009), se toman como referencia el modelo médico hegemónico, implementado por el personal biomédico de los niveles de atención de padecimientos físicos y mentales, y el modelo subordinado, donde se encuentran los saberes de médicos tradicionales, como parteras (os), hueseros, curanderos, yerberos, entre otros.

La descripción que se realiza parte de la observación participante que se comenzó a realizar el mes de julio de 2017 hasta el mes de marzo de 2018 junto a las parteras tradicionales que cubren guardia de lunes a domingo, y el personal biomédico que comenzó a integrarse al área de medicina tradicional a partir de noviembre de 2016.

Además, esta investigación está basada en las entrevistas hechas con siete parteras tradicionales que estuvieron desde la primera vez que se puso en operación el área de medicina tradicional, y, cinco actores que pertenecen al personal biomédico de la jurisdicción sanitaria II.

A partir del año 2009 fueron convocadas parteras tradicionales de la Región V altos tsotsil-tseltal¹⁴, dirigidas por personal biomédico de la Secretaria de salud de la jurisdicción sanitaria no. II, que presta servicios a la misma región. Y en mayo de 2010 se inaugura formalmente por el gobernador del estado de Chiapas y el presidente de la República Mexicana. Las parteras tradicionales que acudieron al llamado para colaborar en el área de medicina tradicional se quedaron haciendo guardias de manera rotativa, vinculándose con personal biomédico del Hospital de las culturas hasta finales del 2015.

A partir de noviembre de 2016 hasta la fecha, se encuentran realizando su labor junto a médicas generales, enfermeras (os) y auxiliares en salud de la jurisdicción sanitaria no. II, que se encargan del área, denominada a partir de este año Casa materna y medicina tradicional de San Cristóbal de las Casas, debido a un convenio con Iniciativa Salud Mesoamérica del Banco Interamericano de Desarrollo (BID).

En el siguiente cuadro se muestra a todos (as) los (as) actores (as) que participan dentro de la casa materna, con cada uno de los horarios que cubren:

Cuadro 10. Actores(as), guardias y horarios.

GUARDIAS DE PARTERAS							
DE 9:00 A 17:00 HRS.							
PARTERA	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
P, D	✓						
R, F		✓					
C, V			✓				
E, G				✓			
Y, I					✓		
C						✓	
C, A							✓

¹⁴ Dato proporcionado por un auxiliar de salud que acudió a convocar a las parteras al centro de salud de los Pinos.

Cuadro 11. Actores(as), guardias y horarios.

GUARDIAS DEL PERSONAL BIOMEDICO							
Nombre/Horario	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
Dra. I Responsable de casa materna 8:00-16:00 hrs	✓	✓	✓	✓	✓		
Enfermera L 8:00-14:00 hrs	✓	✓	✓	✓	✓		
Técnico en Atención primaria de salud 13:00-20:00 hrs	✓	✓	✓	✓	✓		
Dra. CH 20:00-8:00 hrs.		✓		✓		✓	
Enfermera T 20:00-8:00 hrs		✓		✓		✓	
Dr@. (puesto vacante) 20:00-8:00 hrs	✓		✓		✓		
Enfermera L 20:00-8:00 hrs	✓		✓		✓		
Auxiliar de salud 8:00-20:00 hrs						✓	✓
Enfermera M 8:00-20:00 hrs						✓	✓
Enfermera I 8:00-20:00 hrs						✓	✓
Psicóloga 8:00-16:00 hrs.	✓	✓	✓	✓	✓		
Dra. Ultrasonografista 8:00-16:00 hrs.	✓	✓	✓	✓	✓		

GUARDIAS DEL PERSONAL DE SERVICIO SOCIAL

Medico Holista 9:00-16:00 hrs	✓	✓	✓	✓	✓		
----------------------------------	---	---	---	---	---	--	--

Fuente: elaboración propia

Se presenta a continuación la caracterización de ambas categorías de actores y actoras que colaboran en el área.

3.1.1 Parteras Tradicionales

Comenzaron haciendo su servicio 12 parteras tradicionales, algunas de ellas salieron del área y otras se fueron incorporando paulatinamente, hasta marzo de 2018 se encontraban 13

parteras, se entrevistaron a siete parteras, que son las que han colaborado en el área desde que se inauguró.

Las parteras tienen un rango de edad entre 45 y 75 años, nacieron en comunidades o ejidos, como Pueblo Nuevo, Citalá, 20 de noviembre, Huixtán, Oxchuc y algunas en ciudades como San Cristóbal de las Casas, Comitán y Frontera Comalapa, tres refieren no tener grado de escolaridad, no saben leer ni escribir, dos cursaron los primeros años de educación primaria, una partera cursó la secundaria y una refiere ser licenciada en Pedagogía, es maestra jubilada. Tres parteras son de origen étnico tseltal, aunque dos hablan tseltal y tsotsil y una, además, aunque sin mucho dominio el español habla chol. Su religión varía entre el catolicismo, el cristianismo y testigos de Jehová. Dentro de la Casa materna, a parte de las de las siete parteras entrevistadas, una partera es musulmana, una más es de origen tseltal y cuatro parteras son mestizas.

3.1.1.1 Formación como parteras tradicionales

De acuerdo a Menéndez (2009), dentro del modelo médico alternativo subordinado, están las prácticas etnomédicas, o también denominada medicina tradicional.

El saber tradicional del proceso de salud/enfermedad/atención está a cargo de especialistas tradicionales, que se dividen de acuerdo a Campos Navarro (s/f) por las actividades realizadas, en curanderos, dentro de los cuales se encuentran las parteras, los hueseros, yerbateros; los adivinos y hechiceros.

Sin embargo, para el presente estudio, se coincide con Bartolomé (1992), Pech (2008) y Sánchez (2007) quienes argumentan que los especialistas tradicionales se conciben de acuerdo a las características etnográficas de cada lugar a partir de la noción de persona de las cosmovisiones de la Zona V Altos Tsotsil-Tseltal, en efecto los estudios demuestran que existen diferentes formas de concebir y vivir el mundo, por lo que hay distintas realidades sociales, y por lo tanto distintas formas de ser persona. En el campo médico, ésta, constituye la categoría que da lugar a estructuras simbólicas, que definen como es ese campo y sus prácticas (Page, 2011), es decir, en diferentes realidades sociales la clasificación que se da de los especialistas tradicionales depende de la noción del ser persona en dicha visión del mundo.

Hay datos que contrastan en las etnografías de la noción de persona en los pueblos tseltales y tsotsiles de Chiapas, de la región V, Page (2008), recalca la importancia de destacar

la particularidad en contraposición con la generalidad, por lo que también resulta relevante hacerlo en relación a la práctica de la medicina tradicional.

Las especialistas en partería tradicional de la casa materna, se reconocían como parteras, pero a partir de insertarse en el sector salud, como parteras tradicionales, ya que difieren de las parteras profesionales, que se han formado en ámbitos académicos; las parteras tradicionales en contraste han tenido una formación empírica, basada en la transferencia de saberes a nivel generacional, ya que las mamás, abuelas, bisabuelas y hasta generaciones anteriores fueron parteras, pero no les transmitieron directamente todo el conocimiento, algunas veces observaban o escuchaban las prácticas y recursos de intervención que utilizaban, pero coinciden en afirmar que las introducían a la partería enviándolas a atender un parto solas, con la enseñanza directa o indirecta que habían recibido generacionalmente, y tuvieron que ir construyendo sus propios saberes de acuerdo a los casos que se les ha presentado, como relatan tres parteras sobre su proceso de formación:

“Tengo 25 años de ser partera, por mi abuelita, y además trabajaba con otras parteras en la casa hogar de San Diego” “Me empezó a obligar la gente como curar, probando diferentes estrategias, experimentando” (Partera V, enero 2018)

“Como partera llevo 30 años. Y yo ya soy la quinta generación en mi familia, porque fue mi tatarabuela, mi bisabuela, mi abuela, mi madre y yo, que ya somos de la partería "Pues fíjese que primero cuando aprendí a ser partera, yo vivía en las piedrecitas, es como una comunidad, no había tanto carro como hay ahorita, teníamos que bajar a pie, entonces hubo una muchacha de que ya estaba para dar a luz...y ya le digo que por esa muchacha si ya me arriesgue, dije yo en nombre de Dios aquí si voy a ser mi primer y si la chamaca ya tiene 30 años, ya tiene sus hijitos, a la que atendí y así empecé...” (Partera R, febrero 2018)

“...de las generaciones de parteras, soy la séptima generación, mi primera experiencia fue para mí una mala experiencia, ¿Por qué?, me llamo mi abuelita, y me dijo (...) –ve a atender un parto- y le digo – abuelita, yo no sé atender un parto- porque realmente yo no sabía atender parto, y me dice –no, hijita, vete aquí está mi maletín-, -el parto viene bien y es más ahí va a ir mi espíritu contigo-, así me dijo mi abuelita” (Partera Y, febrero 2018)

Si bien la concepción de la formación del médico o médica tradicional es que se da por transmisión verbal a través de generación en generación, la transferencia no se llevó a lo largo de una preparación constante por parte de sus madres, abuelas o tías, se pone como elemento primordial un don especial con el que vienen dotadas. Y en muchas experiencias aunado a este

don, se enfrentaron a la resolución del parto emergente para algunas de sus familiares o amistades, tomando como referente sus propios partos, sin dar otra explicación más que es el don que Dios les otorgó:

"Diosito me dio ese poder, esa gracia". Primer parto: Con mi prima, iba a nacer su bebe y mi mamá no estaba, la tuve que ayudar yo" "Todo salió bien. Entonces dije -Voy a empezar lo partos, me gusto-" "Dios me dio esa fuerza, esa luz, entonces no puedo decir que no" (Partera E, diciembre 2017)

"...No había yo cumplido los 19 años, pero en abril no alcanzo partera mi cuñada, pero se vino el chamaquito, nació ligero, y donde que venía la señora que la atendía, yo metí la mano, para jalar la placenta, pero no me dedique de partera en ese momento, solo le ayude del parto, entonces llegó la partera y solo hizo favor de amarrar el cordoncito y atarlo y a fajarla, cambio las sábanas, eso fue lo único (...), en otra ocasión mí hermano el que le digo que toma mucho, no encontraba partera, no le buscaba partera a mi cuñada, entonces ya fue que empecé a dedicarme, pero no bien, bien, tampoco, empecé a atenderla, por ratitos venia yo a tortear rapidito y pasaba yo a verla, vivía aquí al frente, por ratitos iba yo a verla, ahí pasaba con su dolor, ya lo miraba que no aguantaba, -espérame pues-, hay me vine a quitar mi comal y tapar mi tortilla y mi masa, y me fui a atender el parto, gracias a Dios salió todo bien, nació todo normal pero no es igual como solo la apoyaba, en cambio eso, todo fui yo..." (Partera C, febrero 2018)

"La primera vez fue una sorpresa que me dieron para llamar de partera, porque yo no estaba para ser partera, entonces llego una señora que tenía su partera y no llegaba, y yo como estaba sentada viendo mis animales y todo, hay me llamaron pues, que fuera yo a atender porque ya sentía mucho dolor ya, y sí lo fui a checar, como sentí mis partos, pues le dije yo: -si ya tienes dolores es que ya va a ser, échale ganas-, -a bueno-, dice, -¿va a hacer favor de verlo?-, -Si está bien, que venga bien nomas lo voy a recibir-, y como la última hija yo solita lo recibí, entonces así, empecé a levantar la criatura (...) -¿Dios me puso creo, porque no sé cómo lo atendía yo!-..." (Partera P, marzo de 2018)

El primer parto que atendieron no fue planeado, se presentó por la necesidad del trabajo de parto urgente de alguna mujer cercana a ellas, y sin dudar no se negaron a prestar el apoyo, ello les dio el reconocimiento como mujeres respetables y confiables para la atención del parto, donde brindan no solo la atención del proceso perinatal, sino el respaldo emocional y físico y un acompañamiento durante el posparto, ayudando a que se reestablezca la madre y enseñando los cuidados necesario para el bebé. Son mujeres que se dedicaban a otra labor como vender tortillas, frutas, lavar ropa, a las labores del hogar para su familia, y sin dejar esas actividades comenzaron a atender los llamados posteriores de otras mujeres que supieron de la humana atención que brindó la partera anteriormente, en otros casos, las parteras surgen atendiéndose

solas en sus partos y de ahí deciden ser parteras y en algunos casos más, les fue revelado en sus sueños el don de la partería.

El trabajo revisado de Freyermuth y Montes (2000), donde plantean que las parteras son mujeres generalmente mayores de 40 años, que aprendieron por la enseñanza de alguna otra partera o por la experiencia de sus propios partos, saben remediar o prevenir los problemas que se puedan dar durante el embarazo, parto y puerperio, dar consejos de higiene a las mujeres y son las encargadas de los ritos para que todo salga bien, antes del parto y después del parto, y son respetadas por sus años de experiencia, por el cuidado y atención que brindan a la mujer y por la forma de resolver los problemas que se les ha presentado, evidencian las vivencias relatadas:

"...y si le dio mucho gusto como la atendí, y ya después como están cerquita las casas pues, y que le empezaron a preguntar -¿y quién te atendió tú (...) Y así fue, bueno con muchas ganas recibí pues el bebé, al otro día igual, fui a vender fruta y servilletas, y dice una señora: - ¿qué estas vendiendo? -traigo fruta-, -¿quieren comprar servilletas bordadas?-, -pasé usted-y estaba embarazada su nuera-, -te quería yo molestar tía-, -¿de qué?-, -es que sos partera ya- -no, no soy partera-, le digo, -sí es que nos dijo pues doña Mary, que es usted partera pues-, -bueno sí, medio lo juego, pero no sé bien-, -¡Ha! mire usted, no me hace usted favor de mover mi nuera, es que me dijeron que está sentado- (...), -voy a venir mañana, pero pones tu temascal- con el temascal se mueve bien (...), ya solo le faltaba quince días, si bien me acuerdo esa vez, fue el 15 de agosto nació el bebé, y si con mucha gana empecé a recibir el bebé, nació pues, y como dice, no había colcha, chal, suéter, pantalón viejo, lo que tuviera, de las dos mangas dos pañales salía, -va a querer un pantalón porque es un varón y una niña-, -bueno-, dice, si pues, la otra su falda, me acuerdo que un vestido lo rompieron, como en ese tiempo era plisado el vestido, lo rompieron el vestido, y salió, nació pues, nacieron, son dos (...) y si gracias a Dios nació las dos criaturas. "Otra fue un domingo, porque la costumbre de nosotras es ir a lavar al río, como las cinco de la mañana, otra vez llego otra, -tía-, como es la costumbre, -tía es que le quiero pedir favor-, -¿de qué?-, -ya tiene dolor mi mujer-, -pero me dijo don Calixto que ella lo vio su mujer-, -sí, pero si no es partera tú tía- le dijo mi marido, -sí-, pero lo supe que primero atendió a los gemelos, eso me dijo-, -le pido favor tía, haga usted favor de ir a checarlo (...) solo voy a lavar y como la 1:00 o a las 2:00 ya estoy aquí, si pasa alguna cosa, que me vayan a traer, porque voy a ir al Reparó-, el Reparó se llama el río, -bueno-, no hay aviso, no hay aviso, llegue a ser mi comidita, ya como a las 5:00 ya, volvió a llegar, -ya tía, ya le vine hablar, ya empezó más su dolor mi mujer-, -ta bien- le digo, y así empecé pues" (Partera P, marzo de 2018).

"...y yo en mi mente decía yo ¿qué voy a hacer? ¿Cómo le voy a hacer?, en mi mente, -así le digo-, pero creo que yo ya había yo nacido para ser partera- -¿Y dónde está la muchacha (...) la empiezo a tocar su estómago, así como veía yo que me tallaba mi abuelita la empecé a tallar, y dice -¡hay viene otro!- y miro que le dio por pujar, entonces ya pase para la parte de abajo y lo miro, y digo, -y esa cosa negra, ¿qué cosa

será?- y a la hora que yo me acerque, revienta la fuente y toda mojada quede, y dice la señora –bendito Dios ya reventó la fuente-, -¡ a bueno esa es la fuente!-, y este, ya salió su cabecita, agarré un trapo, le empecé a limpiar su carita, yo ni sabía yo, porque nunca vi como atendió un parto mi abuelita, yo sabía yo que me atendía los partos, más no sabía yo que cosa se hacía, hay empecé a limpiarle su carita, porque toda mojada su carita, y a la hora que le hice así su naricita, empezó a llorar, porque le aplaste su naricita, para sacarle, todo –¡bendito dios ya nació!, yo creí que ya había terminado todo, cuando me dice la señora -¡por favor señito!, que no se vaya a quedar la placenta, porque mi hija todos sus partos nos la llevamos a San Cristóbal por la placenta-, dije yo –madre santísima- y yo era una gelatina, esas horas empecé arribita del ombligo, empecé a buscar la bola y le toco la bola, y solo puse mi mano así, y ya la fui moviendo, fui moviendo, hasta que resbalo, dice -¡bendito Dios, que ya salió su placenta!...” (Partera Y, febrero de 2018).

En las observaciones participantes se entablaron conversaciones informales con las diferentes parteras, donde narraron la razón por la que deciden ejercer la partería. Esperando con ellas su guardia, un día martes, me comienza a relatar la partera, -que trae un don, hace veinte años aproximadamente estuvo enferma a punto de morir y que nadie ni médicos ni curanderos le decían que tenía una misión para dar, y lo logró saber porque soñaba con partos, primero de animales y después de mujeres, considera que en un sueño su bisabuela y una tía abuela le entregaron ese don, porque ellas habían sido parteras y a través de sus sueños ha ido aprendiendo como realizar los partos y que hierbas dar-. Todas las parteras independientemente del tiempo y la forma en que empezaron a ser parteras, mencionan que ser partera no solo se aprende, que se necesita tener ese don porque si no, no se es buena partera. Algunas coinciden en que en sus sueños se revelan cosas, presagian y descifran acontecimientos, tal cual lo mencionan los estudios etnográficos de cosmovisiones mayas de Holland (1963), Eroza (1996), Sánchez (2007), Page (2008) y Figuerola (2010).

Una partera comentó que ella había decidido ser partera, porque en alguno de sus partos había sufrido violencia obstétrica, además de haber padecido depresión posparto, y en acompañamiento de una partera experimentó un parto humanizado, por lo que decidió tomar un curso para ser doula¹⁵ y un diplomado en la cruz roja para formarse como partera, refiere estar comprometida en acompañar a las mujeres para que posean las mejores condiciones de la experiencia de ser madre y para las mejores condiciones del ser hijo.

¹⁵ La doula, es una persona, generalmente mujer que acompaña en el proceso del embarazo, parto y puerperio a la madre, proporciona información y da consejos, pero no interviene en las decisiones, solo acompaña y apoya.

Como se puede apreciar, la formación de la partera tradicional está basada en sus propias vivencias, en el destino que poseen por tener un don especial, en el aprendizaje por observación o transmisión verbal de sus ancestras, en la disposición de apoyar a otras mujeres amigas o familiares y a ellas mismas, en la capacidad de la resolución de los eventos que se les presenten en el momento del embarazo, parto y posparto.

Se presenta la historia completa relatada por una de las parteras tradicionales desde que comenzó como partera y sus experiencias, para tener un mejor acercamiento a la formación de las parteras tradicionales. (Ver anexo 2)

3.1.1.2 Servicios de Salud

En este apartado se despliegan los servicios de salud que ofrecen las parteras tradicionales dentro del área de medicina tradicional, el servicio principal es de atención durante el embarazo, parto y postparto de la mujer embarazada y del recién nacido. Durante el embarazo otorgan masajes prenatales para acomodar al bebé, los primeros meses de manera mensual y llegando al octavo mes, las citan semanalmente. A este servicio le denominan control prenatal, ellas mismas mencionan que dan control a las embarazadas, término que se designó dentro de sector salud.

Durante la atención de parto, acompañan a la mujer desde que llega al área de medicina tradicional, muchas veces con un trabajo de parto avanzado que dura alrededor de 2 a 5 cinco horas, y en muchas ocasiones se prolonga hasta 12 a 24 horas o más, principalmente cuando las mujeres son primigestas. Durante todo el proceso, la partera se queda con la madre sin importar las horas que dure, dándole apoyo emocional, masajes para reconfortarla, palabras de aliento, le cuenta historias de sus propios partos a pesar de cuán difícil pueden ser, mencionan “todas las mujeres podemos”, “duele, pero pasara cuando nazca”. Pueden entrar los familiares y las personas que la parturienta decida, para brindarle apoyo, la partera prefiere que sea la pareja o la madre, pero deja decidir a la paciente la manera en que se sienta más reconfortada.

En ningún momento la partera deja a la paciente, está pendiente de los dolores y el tiempo, la deja ponerse en las posiciones que desee, acostada, parada, caminando, sentada, a fin de que se siente cómoda, le dice que la posición para el parto puede ser vertical, sentada, hincada o acostada, lo cual se termina decidiendo en el momento crucial del nacimiento. En la sala de

partos hay una cama, una silla para partos y una cama vertical, generalmente atienden a las mujeres en la cama o paradas.

De acuerdo a Sánchez Ramírez (2016), la partería se centra en la atención de quien protagonizan el evento, la madre y/o padre, hijo o hija, sin violencia obstétrica y sin medicalización, concebido como parto humanizado/ o respetado donde se involucran los componentes esenciales de lo humano: pensamientos, sentimientos y voluntad, aunque este término se preste a una simple etiqueta política, aunque se verá más adelante que no está exento un parto con parteras de la violencia obstétrica¹⁶

Las parteras tradicionales no se basan en la concepción del parto humanizado, pero muchas de sus prácticas están centradas en este hecho donde se valora el mundo afectivo-emocional de las personas, la consideración de los deseos y necesidades de sus protagonistas (Burgos s/f, en Sánchez Ramírez, 2016), y el seguimiento del don que les otorgó Dios en esta vida, comprometidas con sus recursos materiales, simbólicos y herbolarios para el buen parir, la siguiente experiencia deja ver su acompañamiento:

“...si cuando es primeramente Dios que hay trabajo de parto sale bien, si porque lo he visto muchas veces, ¡que está muy estrecha!, ¡que no pueden!, ¡que está enredado el cordón!, si de uno, de dos circular, si ya hasta saque de dos, bien grueso el cordón, y salió (...) Cuando tiene dos le jalo un poquito, lo vuelvo a meter, le vuelvo a jalar un tantito y lo vuelvo a meter, ya con uno nomás ya puede salir, así le hago, así tuve una señora que ya la espantaron que va a ser cesárea, ¿cómo va a ser cesárea?, si tiene que dar, ¡cuando quiere, quiere!, tiene que salir, pero si le meten miedo todo (...) se mete en la cabeza de la pobre paciente, pero cuando dice -¡me estoy muriendo!, pero me está ayudando la partera-, -¡yo voy a salir!-, así tuve una de Puebla, una delgadita, -duérmase usted-, -descanse usted-, descanse, y estaba sale y sale al baño, y dice pues -no mami salte afuera, te vas a la cocina o te vas a la sala, yo sola tengo que hacerlo- y si, cuando dieron las 5:00, empezó a caminar y a caminar, estaba yo solita, no había doctor, solo escuche el quejocinto, se empezó a quejar, -¿ya hay dolor?-, -sí, ya hay-, al baño sale y sale, -¿es normal?-, -si es normal- le digo, -te voy a revisar ahorita-, ya el marido lo mando a sentarse ahí, a las 5:00 nació, bien rápido, ¡cuando reventó el líquido, salió el chamaquito!” (Partera P, marzo de 2018)

El conocimiento tácito de las parteras, las lleva a practicar algunos de los elementos del parto humanizado, como tener en cuenta la toma de decisión de las mujeres, respetar las

¹⁶ La violencia obstétrica es un problema de calidad y calidez de los servicios médicos, pero también es toda acción u omisión que reduzca a las mujeres a la condición de un objeto de intervención y no como sujetos de derecho, no se limita a las interacciones entre las mujeres y el personal biomédico, se extiende a todas las acciones que limitan o impiden que ejerzan su derecho a decidir sobre su propio cuerpo durante el embarazo, parto y postparto (Comité Promotor de una Maternidad Segura y Voluntaria en Chiapas, 2016)

decisiones individuales de cada mujer/pareja, respetar la intimidad del entorno durante el parto y el nacimiento, favorecer la libertad de posición y movimiento durante todo el trabajo de parto, respetar la decisión de la mujer de que personas la acompañaran, entre otros (Lutz & Misol, 2016 en Sánchez Ramírez, 2016), pero no tienen integrados todos los beneficios que repercuten en esa práctica, como por ejemplo promover el vínculo inmediato de la madre con el/la recién nacido/a, pasando inmediatamente antes de cualquier manipulación el bebé al pecho de la madre piel a piel. En las observaciones en dos partos, me di cuenta que primero cortan el ombligo, lo limpian, le quitan las flemas con una perilla, lo envuelven y después pasan al bebé con su mamá, no hicieron el apego inmediato.

En un encuentro por la semana de la lactancia materna al que asistieron las parteras y el personal biomédico, dos pediatras promovían el parto humanizado, haciendo alusión a que las parteras lo tienen como práctica ancestral, otorgándole a la madre y al niño (a) los beneficios que proporciona el parto natural¹⁷.

Por supuesto, el éxito del parto no depende exclusivamente de la partera, se dan casos donde la madre presenta la indisposición de que sea parto natural, por razones biológicas, psicológicas o sociales, y ante estas circunstancias no tan variadas, que convierten al trabajo de parto en una experiencia particular, algunas parteras no están preparadas para responder a las contingencias, lo cual se reflejó en un parto que se observó: la madre no pujaba adecuadamente para la expulsión del bebé y generó un ahorcamiento por unos segundos, lo que provocó asfixia y fue la doctora en turno la que utilizó una maniobra de resucitación a través de la boca. La partera demostró mucho nerviosismo y una preocupación ponderada de quedar mal ante el acontecimiento, lo cual dio a conocer verbalmente de forma reiterada en el momento del nacimiento. Claro está que como es circunstancial no siempre actúa de esta manera, muchas veces es la misma partera la que considera la necesidad de un traslado por emergencia, como se puede apreciar a continuación:

“...sale cuando quiere salir, y cuando hay complicaciones, por eso está el médico también pues, no deberían decirlo así pues, -véanlo bien si nace bien, si está bien el trabajo de parto, si está

¹⁷ El parto natural trae beneficios para la madre como para el recién nacido, la madre se siente protagonista, es más libre, menos riesgo como pérdida de sangre o infección uterina, requiere menos hospitalización o nula, mantiene los niveles de glicemia en sangre adecuados lo que ayuda a la placenta a tener más oxígeno y puede estar con su hijo (a) de forma inmediata. Al recién nacido genera adrenalina que lo mantendrá en estado alerta durante sus primeras horas de vida, elimina más líquidos de los pulmones con las contracciones uterinas, recibe mayor oxigenación y genera un vínculo afectivo inmediato con la madre y viceversa (Salazar, 2016)

complicado, trasladen con el médico-, no que luego lo asustan ¡que la cesárea!, ¡que la cesárea!, ¡que no tiene líquido!, ¡que no tiene trabajo de parto!, tiene que verlo un poco también pues, si ya no se pudo, bueno trasladarlo también pues...” (Partera P, marzo 2018)

Además de la atención del embarazo, parto y puerperio, las parteras brindan la atención para curar de empacho, susto o espanto, lombricera, quebradura, cólicos, mal de ojo. Estos padecimientos han sido denominados por el modelo médico hegemónico como síndromes de filiación cultural, en el DMSIV¹⁸, pero como bien lo mencionan Almaguer, Vargas y García (2003) en Urióstegui, (2015), fueron instituidos por una antropología colonialista para diferenciarlos de la ciencia médica, lo cual conlleva una connotación de menosprecio porque se les da un carácter poco racional. Cabe hacer mención que no todas las parteras parten de estas racionalidades, algunas veces ellas tienen otras interpretaciones de los síntomas de algún paciente y difieren en su diagnóstico y tratamiento, de acuerdo a su referente cultural muy particular.

Proporcionan también otros servicios, como baños de vapor, baños de hierbas, masajes de relajación o recogidas, limpias para recuperar la energía, amenaza de aborto, infecciones en el estómago o garganta, caída de matriz, esterilidad y atención de diversos malestares del cuerpo, y sin haber tenido la experiencia previa ven la manera de otorgar a la persona cierta solución o aliento, como es el caso de una partera que le sobrevino realizar un lavado vaginal con hierbas para parar un sangrado que no cedía incluso con previo tratamiento ginecológico, el tratamiento que utilizó refiere que resultó exitoso. Otro caso es de una partera que a través de un masaje en el coxis corrigió un malestar que traía su propia madre y que no había cedido con tratamiento médico, y una atención similar a una niña que por una caída tenía fuera un pedazo del intestino. Por voz de las propias parteras se presentan algunas de estas prácticas:

“...mi especialidad los niños, cuando tienen vómito, diarrea, infección en la garganta, ¿Cómo me doy cuenta que tienen infección en el intestino? Por las evacuaciones, cuántas veces ensucian el pañal, dos, de que les proviene la infección, si los niños todavía no comen, de porque se les antoja algo se les remueve la lombricera, lombriz traen los bebes desde que están adentro del vientre de la mama, ya tienen parásitos,

¹⁸ Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Los clasifica como síndromes dependientes de la cultura, “generalmente se limitan a sociedades específicas o a áreas culturales y son categorías diagnósticas populares localizadas, que otorgan un significado coherente a ciertos conjuntos de experiencias y observaciones” (DSMIV, 1995) presenta un glosario con algunos de los síndromes dependientes de la cultura más estudiados y los términos idiomáticos que pueden escucharse en la práctica clínica de Norte América.

ya vienen con parásitos, me doy cuenta en los pañales, también en la temperatura, tres, en la planta de los pies, ahí me doy cuenta, así entonces ya les receto...” (Partera Y, febrero 2018)

“...pero fíjese usted, que lo llevamos al doctor...y dice que le va a quitar ese pedazo que tiene colgando y le va a poner un tubito de plástico-, le digo yo: - ¡Y qué cosa tiene colgando? -, -se le salió su intestino-, - ¡Cómo! -, -Se le salió su intestino-, -Entonces yo no lo levanté así, sino que la acosté de lado y le abrí en esta parte de acá de su anito, y si ahí estaba rojo, rojo, y con sangrita-, Y le digo yo ¡Dios mío y eso cómo lo voy a curar! Y le digo míralo hijo: -Nunca lo he visto eso, es primera vez, pero lo voy a checar...la empecé a curar y ya le puse ahí aceitito de olivo y la fajé aquí. Al otro día me allega a traer el señor, y le digo - ¿Cómo está tu hija-, -Bien doña Yoli, con le dio usted bien, se compuso... - ¡Ha! mírelo usted donde esta-, caminando...-No, ya no tiene nada-, y dije: -Gracias Señor, gracias Padre-, -acostate mamita te voy a revisar-, la acosté de lado, le abrí, y nada bien cerrado...” (Partera Y, febrero 2018)

3.1.1.3 Prácticas y recursos propios

Aquí se describen los recursos que utilizan las parteras para brindar sus servicios dentro de la casa materna, para ello recurren a una diversidad de recurso. Tal como lo menciona Campos Navarro (s/f), existen recursos simbólicos, materiales, herbolarios y en ocasiones, farmacéuticos. Los recursos utilizados por las parteras por excelencia son los herbolarios.

Los recursos simbólicos son orar, rezar, encender una vela y pedir por el enfermo (a) ante el altar, principalmente con la virgen y Jesucristo, llevar alguna ofrenda para los santos como flores, agua, velas o comida.

Recursos materiales como velas, incienso para las barridas, talco, diferentes aceites como el de olivo, nervino, de almendras y preparados por ellas mismas con hierbas medicinales, belladona, alcanfor, loción, huevos. Para el parto utilizan gasas, guantes, cinta umbilical, pinzas y/o tijeras quirúrgicas, algodón, alcohol, pañales para adulto, una de ellas refiere pedir un pañuelo para amarrar en la cabeza de la parturienta por el esfuerzo que realizó en el parto.

Recursos herbolarios denominados por las parteras, como: mishto, manzanilla romana, ruda, romero, ajenojo, mesté, árnica, altamisa, hinojo, puntas de chayote, albaca, almendra, pepita de cocomate, ajenojo, hoja de naranja, pelo de elote; ahupate, chilca y ciprés, a través de infusiones, aceites, compresas calientes, ungüentos o en los baños de hierbas. A pesar de tener un jardín botánico dentro de la casa materna, está descuidado, hay un jardinero que se encarga de darle mantenimiento, pero no llega constantemente y son las parteras las que tienen que llevar sus propias plantas, algunas parteras se encargan de sembrar, regar y podar manualmente, pero

no todas y ningún personal biomédico. A pesar de ser uno de los recursos más utilizados, no se refleja acciones para mantenerlo y así extender los recursos herbolarios.

Recursos farmacéuticos como analgésicos y desinflamantes en pastillas o inyecciones, leche de magnesia, aunque no todas las parteras hacen uso de ellos, la siguiente cita muestra algunos de los padecimientos que atienden las parteras y los recursos y prácticas que utilizan en el área de medicina tradicional:

"Para la quebradura hago aceite de almendra, con belladona, alcanfor, pepita de cocomate, lo frío todo y lo dejo enfriar,

Para la lombricera bajo el estómago con alcanfor, ruda, romero, ajeno, se hierve y se toma; y les pongo un confortante de ruda y agua sedativa,

Para el empacho, les doy jaladas y un purgante de leche magnesia, agua e hinojo,

Para el cólico (cuando se tuercen), les doy su jalada, baño de hierbas con hinojo, romero, hoja de naranja y altamisa, y se van a su cama a sudar, no salen,

Para espanto: velas, incienso, ramas,

Para el parto: Cuando es control: recoger a los bebes, bajarlos cuando están muy arriba, las recojo con aceite de almendras y cuando hay sangrado les doy punta de chayote hervido,

Durante el trabajo de parto: les doy un té de romero, mishto, canela, pimienta, clavo. Es para que agarre fuerza el parto, para que trabaje el útero, que no sufran mucho,

Al nacer: las recojo y le doy pastillas para quitar dolor y desinflamar, durante tres días" (Partera E, diciembre 2017)

Cada partera recurre a diversos recursos y de diferente manera, diferenciándose en pasos, privilegiando a una hierba u otra, dosis, procedimientos múltiples para calcular meses de embarazo, posición del bebé, diversos materiales para baños de hierbas (bañeras, sillas, trastos), apoyos varios para estimular el parto y equilibrar la presión, como chocolate o caldos calientes, entre otros. En fin, sus prácticas y recursos no son totalmente homogéneos, de acuerdo a sus referentes empíricos, de transmisión y a que guardan con recelo sus secretos de curación. Al perderse algunos conocimientos, siguen inventando, reinventando a través del tanteo su propia metodología, que no queda plasmada de manera escrita. "El conocimiento empírico sobre las prácticas tradicionales de curación se ha visto limitado porque la mayor parte ha sido transmitida en forma oral, no existe una metodología consistente ni el recurso humano y financiero disponible..." (CHIFA, C., 2010)

Saben si el bebé será niño o niña, dependiendo de la posición de la cabeza, soban la panza de la embarazada para acomodar el bebé, desde los primeros meses, hasta el último, variando en intervalos de sobada y sobada, algunas recurren a ejercicios extras como ponerlas a gatear moviendo la cadera, calculan los meses de embarazo por el tamaño de la panza o su posición, midiendo del ombligo hacia arriba con la mano por cada mes, después del parto bañan a la madre y al bebé con hierbas, algunas deciden hacerlo inmediato al parto y otras parteras al siguiente día, muchas refieren la necesidad del temascal para ello y otras consideran que no es necesario, nunca lo han usado, en el momento del alumbramiento muchas parteras consideran que solo el masaje en la panza expulsa la placenta, una de ellas comenta que si no se expulsa le da huevo crudo o aceite. Cuando curan de espanto, no coinciden en la decisión de hacerlo en el área o en la casa del paciente, una partera mencionó “sino lo curo en su casa, no se queda su alma ahí” (Partera E, octubre 2018).

En una observación hecha con una partera en la atención de amenaza de aborto, llegó a la casa de la paciente, para que no se trasladase por el reposo que debe guardar, y me explicó que la manera de curarla solo ella lo sabía porque su abuela se lo enseñó, es visto como un secreto de sanación, que no comparte con otras parteras, en donde además, de manera implícita hay un contenido simbólico, haciendo referencia con la paciente al don que posee para curarla, le enseñó una cruz trazada con las líneas de la palma de su mano, donde constata su testimonio, sobo desde los pies hasta el vientre con aceite, la dejó vendada con unos trapos deteniendo el vientre, le aplico una inyección llamada cuerpo amarillo y que tomara un jarabe natural, lo cual repetiría tres días más.

Una de las prácticas en las que todas están absolutamente de acuerdo, es en que cuando existe una cesárea previa, si se logra posteriormente un parto natural, apoyan a la madre para que se sienta confiada de pasar por otra experiencia de parir, motivándola a través del testimonio de casos diversos donde atendieron con esos antecedentes. En una ocasión una enfermera del hospital de Chamula, llegó a control prenatal, con un embarazo de 7 meses, con una cesárea anterior de tres años, y le pidió a la partera su opinión sobre tener un parto natural, la partera le explico que, sí se podía realizar, asistió durante los dos meses posteriores al área de medicina tradicional y se llevó a cabo el parto natural con éxito.

Con la caracterización que se presentó de las parteras tradicionales, los servicios de salud que otorgan, sus recursos y sus prácticas, información recogida por observación participante y

entrevistas a ellas mismas, se plasma lo que se pretendía alcanzar en el objetivo específico del presente trabajo de investigación, de identificar a las y los médicos tradicionales y su práctica médica, de la casa materna y medicina tradicional del Hospital de las Culturas.

A continuación, se presenta la caracterización del otro actor que representa al modelo médico hegemónico, el personal biomédico de la jurisdicción sanitaria II adscrito al área de medicina tradicional.

3.1.2 Personal Biomédico

Se encuentran 9 personas laborando en el área de medicina tradicional comisionados de la jurisdicción sanitaria no. II y de diferentes unidades médicas, una médica general como responsable del área, una médica general de un turno nocturno, 4 enfermeras generales que cubren los turnos matutino, nocturno y fines de semana, respectivamente, 1 enfermero general que cubre el turno de fin de semana, un promotor de salud que cubre el turno vespertino y un técnico en salud comunitario, que cubre el turno de fin de semana. Es decir, en la casa materna, de lunes a domingo las 24 horas se encuentra personal biomédico cubriendo guardias, a excepción de un horario nocturno que aún no encontraban quien pudiera cubrirlo, desde el 2016 se integra el personal biomédico de forma paulatina, habiéndose cambiado por decisión propia e institucional, una médica del turno nocturno y un técnico en salud que cubría el turno vespertino.

En el mes de agosto de 2017, se integran al área a realizar servicio social, dos médicos holistas¹⁹, para brindar atención durante un año de medicina alternativa como acupuntura, homeopatía, moxibustión, herbolaria, auriculoterapia, kinesioterapia, flores de bach, entre otras. Por dificultades personales una pasante decide retirarse, quedándose solo un médico holista brindando atención terapéutica alternativa.

En el mes de septiembre del mismo año, es transferida al área una psicóloga por incapacidad por embarazo de riesgo, en el turno matutino. Y a partir de los meses de noviembre de 2017 y enero de 2018, se integran dos pasantes más para realizar su servicio social, una

¹⁹ La medicina holista más conocida como Alternativa, se denomina holista porque significa integral. De acuerdo a la OMS la medicina complementaria y alternativa son prácticas sanitarias tradicionales o derivadas del sistema biomédico que no forman parte de la tradición de un país.

enfermera general y una médica general, y en el mes de marzo reciben tres enfermeras neonatales para realizar prácticas.

Cabe mencionar que un técnico en salud y el promotor en salud, fueron integrados al área por incapacidad por problemas de salud, lo cual les impide trasladarse a las comunidades, pero a diferencia de la psicóloga, ellos si están integrados en el organigrama de la casa materna y cubren con las acciones de salud correspondientes a las prácticas asignadas en colaboración con las parteras.

3.1.2.1 Formación profesional

El personal biomédico se encuentra entre 25 y 45 años de edad, su formación como especialista de la salud, es académica, ya sea a nivel técnico, licenciatura o maestría, así como diplomados, talleres, congresos y especialidades como: Hipnoterapeuta, Metacoach y neurosemántica, programación neurolingüística, Salud pública y Ciencias de la salud.

Tienen una experiencia laboral en su rama en salud entre 5 a 30 años, todos en Sector Salud, han laborado en diferentes áreas rurales o urbanas, pero solamente cuatro tenían experiencia de trabajar con parteras, el técnico en salud y la una enfermera, que son esposos, y cubren el fin de semana, llevan 16 años trabajando con parteras, comenzaron en un programa denominado “Arranque Parejo en la Vida”²⁰, donde se capacitaban a las parteras de las microrregiones, los puestos se los asignan los jefes jurisdiccionales o de alguna coordinación o programa en turno, y el personal tiene que buscar las estrategias para que se eche en marcha y alcance los objetivos que marcan los lineamientos de la política pública:

“...lo que hicimos fue un censo general de cada microrregión de cuántas parteras habían, y empezábamos a contactarnos con los presidentes municipales, porque no hay un recurso estipulado para ese programa, entonces ya con el municipio por las altas tasas de mortalidad materna que había en aquel entonces, ya se contactaron con los municipios, personalmente íbamos el Dr. Pastrana, Montoya y su servidor, para platicar con los presidentes, dándole auge a los municipios donde habían suscitado más muertes maternas ...” (Auxiliar de salud, febrero 2018).

Así mismo el promotor de salud tiene 13 años de trabajo en zonas rurales con parteras de cada localidad, reseña una experiencia en una localidad del municipio de Chamula, gestionó

²⁰ El Programa de acción Arranque Parejo en la Vida (APV) fue creado por el gobierno federal en 2001 para atender desafíos de salud materna (González, 2006). El promotor de salud hizo referencia a que se encargaba de la atención de la mujer embarazada, parto, y atención de la puerpera y del recién nacido, a nivel urbano y rural.

de manera particular un apoyo económico para las parteras tradicionales, con el presidente municipal y logró que les otorgara el DIF (Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia) una despensa mensual, no sabía si hasta el momento se seguía otorgando el apoyo. La enfermera del turno matutino, trabajo 10 años en el centro de salud de la ciudad de Teopisca, dando capacitaciones a las parteras captadas por SSA.

El personal concuerda en que, pese a la experiencia laboral con parteras, no es el mismo contexto ni las mismas condiciones que se prestan, cada práctica cerca de ellas difiere por cada partera y en cada caso, como menciona la enfermera:

“...yo era antes jefa de enfermeras del centro de salud de Teopisca, yo capacitaba a las de Haya. Yo veía a las parteras de Haya, este, que no era lo mismo, porque a pesar de que yo las capacitara yo no les tenía confianza, porque no trabaja directamente con ellas, solo las veía cada mes y solo recibía yo informes. (Enfermera, enero 2018)

Como se puede apreciar la formación como especialistas en salud parten de racionalidades diferentes de formación, y también como se puede apreciar en la cita anterior, se muestra una actitud de desconfianza hacia las parteras, lo cual sin duda no propicia un diálogo de saberes. Así como diferencias en experiencia en la labor atención del embarazo, parto y puerperi. Como se verá a continuación existe disimilitudes al igual, de los servicios, recursos y prácticas terapéuticas. Varios autores indican que los modelos médicos difieren en características, Menéndez (2009), Hersh (2011), González y Hersh (1993) y Goicochea (2012), estos dos últimos abordan la importancia de los elementos socioculturales que organizan un sistema médico.

3.1.2.2 Servicios de salud

A partir de noviembre de 2016, se asigna un personal biomédico como responsable del antes, en el año 2009 existía personal de la jurisdicción sanitaria a cargo de un programa para disminuir la muerte materna, perteneciente a la coordinación de Salud de la Mujer de la jurisdicción sanitaria II, llegaba los viernes y era exclusivamente para capacitar a las parteras tradicionales.

En la nueva apertura se van incluyendo paulatinamente personal biomédico, que refieren se encargan de apoyar a las parteras en la atención de control prenatal y el parto, y de capacitarlas en temas referentes a todo el proceso de planificación familiar, embarazo, parto, puerperio,

lactancia materna, tamiz neonatal y vacunación. Y realizar el tamiz y colocar el implante subdérmico como método anticonceptivo.

La concepción del personal biomédico que trabajo desde el comienzo en el año 2009, es que es un área para la atención del parto intercultural, y por lo tanto las pacientes buscan la atención de la partera tradicional junto con el médico, para respetar sus referentes culturales y al mismo tiempo brindar apoyo ante una emergencia obstétrica, en las dos siguientes citas se observa ambas percepciones:

“...apoyo a las parteras en los partos y apoyo en control prenatal (...) yo doy los cuidados inmediatos al recién nacido, posterior al alumbramiento, durante la atención de parto, y durante el control prenatal tomo el registro de signos vitales, de la paciente, este, checar frecuencia cardiaca fetal y aconsejaría sobre planificación familiar, lactancia materna, reforzar signos de alarma en caso de tener algún problema” (Enfermera, enero de 2018)

“...es que aquí es intercultural, la paciente dice: -sabe que, quiero que me atienda el doctor y la partera- pero si dice la paciente -no-” (Auxiliar de salud, febrero 2018)

También difieren en el tipo de servicio que se debe proporcionar por ser un área de medicina tradicional, de partería tradicional, el personal biomédico de inicio concibe que se ha convertido en un hospitalito, porque ahora se aplica diferentes vitaminas, suero, oxitocina y se le da la dieta hospitalaria de que les brinda el hospital de las culturas para la paciente, cuando en el pasado la idea era que en la cocina los familiares cocinaban la dieta acorde a sus tradiciones culturales, durante las observaciones se pudo constatar que en algunas ocasiones se les manda a pedir la dieta pero en otros casos, es la familia la que elabora los alimentos para toda la familia y para compartir con la partera.

“...ahora oxitocina, aquí supuestamente no deberíamos aplicar sueros, sin embargo, hay sueros, te digo ya lo han modificado bastante, pero no es malo tampoco, porque hemos utilizado suero, cuando vemos que hay mucho sangrado, tenemos que canalizarla a fuerzas (...) ya es hemorragia (...), yo creo que le quieren dar otro enfoque, porque ahora hay que llenar cartograma, antes no se hacía eso, solo se registraba, que fue, se ponía el pie del niño y ya (...) hasta la paciente le están dando comida, que no era la intención, porque la paciente por eso está la cocinita, para que traigan sus verduras, lo que quieran ellas para que lo cocinen. Para eso sirve pues esta área, no es ir a traerles su comida en el hospital, porque a lo mejor no les gusta...” (Auxiliar de salud, febrero 2018)

También lo mencionó una partera:

“Bueno que pienso que la manera de antes era, mejor, era más tradicional, eso sí era tradicional, ahorita es ya solo porque la partera corta el ombligo y lo baña con hierbita. Como era más reservado los partos (Partera R, febrero 2018)

Otro servicio que se integra al área en el mes de octubre de 2017 fue la toma de ultrasonido por parte de una médica que tomaba los ultrasonidos en el centro de salud de los Pinos, por gestión del jefe jurisdiccional se traslada al área de medicina tradicional, para que las pacientes que llegaran con las parteras pudiesen tener ese servicio, así como las embarazadas que llevan control prenatal en el centro de salud, y así conocer el área para tener como opción de parir en ese espacio.

3.1.2.3 Prácticas y recursos de intervención

Las prácticas que realiza el personal biomédico se implementan para atender los padecimientos físicos y mentales (Menéndez,2009), en el área de medicina tradicional exclusivamente brindan atención relacionada con los aspectos físicos. Dentro de la coordinación de Salud de la Mujer de la Jurisdicción Sanitaria II, existe un programa denominado componente comunitario, del que dependen las casas maternas y el área de medicina tradicional, dirigido a la atención a la mujer y al recién nacido, durante el embarazo, parto y puerperio.

Al estar insertos junto las parteras tradicionales, el personal biomédico se involucra en la atención que la partera proporciona a la madre en control prenatal y parto, y con el recién nacido, en el momento del nacimiento. Toman los signos vitales de la paciente, frecuencia cardíaca fetal, dilataciones, toman el tiempo de las contracciones ponen suero, cuidados inmediatos al recién nacido posterior al alumbramiento, consejería sobre planificación familiar, lactancia materna, reforzar signos de alarma en caso de tener algún problema, aplican de cloranfenicol al recién nacido, vitamina A y vitamina K.

Si consideran que la mamá tiene algún riesgo como preeclampsia o eclampsia²¹, antes o después del parto, hemorragia, o tienen 15 años o menos, toman la decisión de canalizarlas a un hospital, en caso de problemas para respirar, dan reanimación al recién nacido. Estas

²¹ La preeclampsia es la hipertensión de reciente comienzo con proteinuria después de las 20 semanas de gestación. La eclampsia es la presencia de convulsiones generalizadas inexplicables en pacientes con preeclampsia. El diagnóstico es clínico y mediante la evaluación de las proteínas en orina. Existen un número específico de síntomas para diagnosticarlo.

decisiones dependen del personal biomédico en turno y principalmente del diagnóstico que otorgue a cada paciente la médica ultrasonografista.

La médica responsable del área tiene la función de coordinar a las parteras y al personal biomédico, planea, organiza y autoriza las capacitaciones cuyas temáticas expuestas en el periodo de julio 2017 a marzo 2018, se relacionaron con la partería, atención de la madre y el bebé, como lactancia materna a cargo de un pediatra, métodos anticonceptivos, principalmente el implante subdérmico, a cargo de representantes de una empresa farmacéutica que surte implantes a la jurisdicción sanitaria, durante la celebración de la semana de la lactancia materna, pediatras, odontóloga y médicos generales, expusieron temas sobre el parto humanizado y los beneficios de la lactancia materna contra la lactancia artificial.

El personal biomédico como las parteras asisten a estas capacitaciones dentro del área de medicina tradicional, y exclusivamente al personal biomédico, los derivaron una semana cada uno (a) al Hospital de la Mujer, a observación y atención de partos junto al personal biomédico del hospital y la reforzar las prácticas clínicas:

“...implementar apenas desde el año pasado con ellos, cursos para mejora de la atención, para las mejores prácticas (...) y tuvieran la experiencia y pudieran observar como es la atención de un parto, por ejemplo, de forma institucional. También el intercambio de información, unificar el uso del expediente, por ejemplo, unificar la hoja de enfermería porque la mayoría es personal de enfermería, que también ellos de forma rutinaria en cada parto utilicen u observen que se utilice la vitamina K y la vitamina A y la oxitocina inmediatamente después del nacimiento, reforzar en ellos lo que es el masaje uterino, la tracción y contra tracción del cordón umbilical para la extracción de la placenta, el pinzamiento tardío; es como esta transmisión de los procesos atención” (Médica, febrero de 2018)

Otra actividad establecida para el personal biomédico, son acciones administrativas, llevan un control de expedientes, libros de registro de partos y atención en general, bitácora, oficios, llenado de cartogramas durante el parto y vierten la información del área al centro de salud urbano Los Pinos, para que tenga validez oficial la información se sube a un sistema que a su vez tiene una clave de registro único de la unidad de salud. Dichas actividades no se realizaban antes de 2016:

“Datos como el número de partos atendidos, recién nacidos atendidos, los ultrasonidos atendidos, y las atenciones no médicas, y estas entran las de las parteras (...) antes más que las libretas, una sola libreta, que nosotros encontramos” (Médica, febrero de 2018)

Los recursos con los que llevan a cabo sus prácticas, van desde material de papelería, y computadora e impresora, así como material biomédico y medicamentos: lámparas de chicote, guantes, cinta umbilical, pinzas y tijeras quirúrgicas, gasas, esfingomanómetro, estetoscopio, doppler, pesa, báscula, ultrasonido, vitamina A, vitamina K y Oxitocina.

Las prácticas y recursos técnicos y científicos de la biomedicina, difieren en gran medida de la medicina tradicional, sin embargo, se han ido incrustando en el trabajo de las parteras tradicionales, de una forma paulatina, especialmente en el proceso del parto medicalizado, como lo demuestra Irazú (2017), Menéndez (2017), Sánchez (2016), entre otros. Al hablar del apoyo que el personal biomédico les da a las parteras tradicionales, se refleja la implementación de recursos hospitalarios en la práctica del parto y postparto popular, sin que se asuma como apoyo sino como imposición, que si bien, en los requerimientos del restablecimiento de la madre y el recién nacido podrían ser operables, no existe una verdadera práctica intercultural entre la partera y el biomédico (a) y entre la paciente.

3.2 Inserción de la casa materna y área de medicina tradicional en SSA

Lo descrito en los dos apartados anteriores da a conocer los actores médicos que convergen en el área de medicina tradicional en el Hospital de las Culturas, su estancia se debe a diversos acontecimientos y decisiones políticas, sociales, institucionales y personales, de las que se derivan otros actores sociales inmersos en este caso de confluencia entre dos saberes médicos, como un intento más de la política pública con enfoque intercultural en salud. Se presentan a grosso modo los antecedentes que dieron apertura al área, las prácticas de inserción que han llevado a las parteras tradicionales de la región a estar en este espacio, el escenario de inserción y las concepciones que algunos actores tienen de esta implantación.

3.2.1 Antecedentes, el cuando...

Los antecedentes histórico contextuales de la inclusión de la medicina tradicional para la atención de la salud primaria, se plasman en el capítulo 1, desde los años setentas del siglo pasado hasta las normatividades referidas como marco legal por la SSA para la medicina tradicional, donde se circunscribe principalmente a la partería tradicional para la atención de la mujer y el recién nacido, en un contexto de salud intercultural.

Aspectos que sirvieron de condiciones para crear las casas maternas en algunos municipios de Chiapas y el área de medicina tradicional, que abre sus puertas en el año 2009 en la ciudad de San Cristóbal de las Casas, y que cambia su denominación (aún no oficial) en 2016 como Casa materna y medicina tradicional en SCLC.

Las entrevistas que se realizaron para conocer la historia del área, fueron principalmente con las parteras y personal biomédico que estuvieron desde el arranque y con las responsables del área de medicina tradicional y de Salud de la Mujer de la jurisdicción sanitaria II, respectivamente.

De acuerdo a un auxiliar de salud, en el 2002 a través de la coordinación de Salud de la Mujer, que se encarga de diferentes programas integrales para la salud de la mujer, en un programa que pertenece a esta coordinación, llamado DISPI (Desarrollo Integral de Salud para los Pueblos Indígenas), en la actualidad denominado Componente Comunitario, se trabajaba con la finalidad de reducir las tasas de mortalidad materna e infantil; hermanado a un programa federal que se creó en el año 2001 “Arranque parejo en la Vida”, donde el objetivo era atender a la mujer durante el embarazo, en el parto, como puérpera y del recién nacido, con el mismo nivel de atención a mujeres en zonas urbanas y rurales.

Para lo cual brindaban capacitaciones a las parteras de la región y las microrregiones y se trabajaba con una red comunitaria e institucional para apoyar en casos de emergencia obstétrica o del recién nacido. En San Cristóbal las capacitaciones se brindan desde esos años en el Centro de Salud de los Pinos y en el Centro de Salud de la Zona Norte. Un auxiliar de salud y una enfermera del área de medicina tradicional, estuvieron involucrados en este programa de la jurisdicción:

“...fue en el 2002, cuando el programa ya era capacitar a las parteras, entonces lo que hicimos fue un censo general de cada microrregión de cuántas parteras habían, y empezábamos a contactarnos con los presidentes municipales, porque no hay un recurso estipulado para ese programa, entonces ya con el municipio por las altas tasas de mortalidad materna que había en aquel entonces, ya se contactaron con los municipios(...) anteriormente hacíamos estas capacitaciones con parteras, con auxiliares de salud. Ya después metimos promotoras, cuando hubo eso de las promotoras de oportunidades, también las incluimos, porque tenían que ser líderes también ellas (...) Involucramos la iglesia también, las evangélicas, presbiteriana, testigo de Jehová. También hicimos reuniones en las comunidades, en las microrregiones para que también nos apoyen, no solo si de verdad nos queremos como hermanos, tenemos que disminuir la mortalidad materna, (...) la comunidad, la sociedad, las organizaciones (...) la

comunidad, la sociedad, las organizaciones (...) lógicamente se hizo la red comunitaria y la red institucional (Auxiliar de salud, febrero de 2018)

Las capacitaciones que antecedieron a la apertura del área por parte de este personal, versaban en un acercamiento a las comunidades directamente, ideándose métodos y recursos técnicos para “capacitarlas” en elementos que, según la racionalidad del personal de salud, las parteras no conocen y no manejan:

“...y dijimos no tienen ninguna preparación académica ¿Cómo lo vamos a preparar, a hacer?, buscamos estrategias, vimos documentales, libros, donde no hay doctor promoviendo a la salud, libros de Centroamérica, agarrando experiencia viendo lo que han hecho haya en otros países (...) ¡Podemos hacer placentas, muñequitos, en lugar de bebé!, para que fuera más visible, más dinámico. Lo propusimos en el grupo, y salieron otras cosas, como los mandiles, los famosos mandiles que los poníamos y explicábamos el crecimiento y desarrollo, los nueve meses de embarazo, los embarazos normales, los embarazos ectópicos, todo eso, lo hicimos más visible, en lugar de ponerlo en cañón, claro, también hacíamos proyecciones, en imágenes alarmantes, y hacíamos sociodramas, representando la mujer embarazada, en la primera etapa, segunda, tercera etapa, así como en el parto, la atención del parto; hablábamos más del parto limpio, no como se puede atender el parto, más parto limpio, cómo está el lugar, como tiene que estar un lugar, las parteras de atender el parto saben; los tiempos que deben darle a los partos, los signos de alarma del embarazo, del embarazo, del parto, del recién nacido...” (Auxiliar de salud, febrero 2018)

El auxiliar de salud, refiere que fue a través de las capacitaciones que se conocían las parteras con personal de salud, posteriormente se abren casas maternas en municipios como Tenejapa y Larrainzar, como parte de este programa, pretendiendo involucrar a estas casas maternas a las parteras tradicionales. La coordinadora de Salud de la Mujer, dirigían junto con el auxiliar de salud dichas acciones y en 2009 fueron convocados por la jefa jurisdiccional a hacerse cargo del área de medicina tradicional que se abriría junto con el Hospital de las Culturas. Llegaron invitar al centro de salud de los Pinos a las parteras que asistían a las capacitaciones mensuales, para que atendieran dentro del área, al llamado acudieron entre 15 y 17 parteras, organizadas por el personal de salud para conformar un Comité de Parteras que representara al área, una presidenta, secretaria, tesorera, y dos vocales.

Como se puede ver, siguiendo una lógica estructurada institucional, donde existían responsables del área y por ende de las parteras, un comité que las representaba, pero sin considerar si estaban organizadas colectivamente o desde una agrupación comunitaria para tomar acuerdos como asamblea, cuestión que se retomara más adelante.

El personal de salud refiere que también se invitan a médicos tradicionales, como curanderos, pero que no aceptaron porque no se les daría un apoyo económico para trabajar dentro del área, aceptan las parteras locales que residían ya en San Cristóbal, porque cada una (o) por su cuenta asumiría el costo de su traslado. Además, que desde hacía ya algunos años tenían relación directa con ellas.

3.2.2 Prácticas de inserción de parteras tradicionales, el como...

Las prácticas de inserción comienzan desde las acciones hechas por sector salud con las parteras al incorporar en ellas que el reconocimiento social se los da el estado, representado por los personajes públicos de las diferentes instituciones, como los jefes jurisdiccionales. Los antecedentes históricos prevalecientes desde los años cuarenta con las acciones indigenistas para integrar al estado nacional la diversidad étnica y sus saberes tradicionales, se encuentran aún presentes en estas prácticas que de inserción para integrar el saber popular que deviene de un saber coexistir con el Ser.

El trabajo está centrado en esbozar este contexto histórico para enlazar el caso estudiado con antecedentes que le dan cuerpo y una dinámica actual, pero el objetivo principal es dibujar las prácticas de inserción desde el momento que se inaugura el área de medicina tradicional.

Evento que presidieron el gobernador del estado de Chiapas y el presidente de la República Mexicana, Juan Sabines y Felipe Calderón, en el año 2010. El área forma parte del modelo de salud intercultural de Sector Salud para brindar servicios de cobertura universal a la población de la región Altos. Las parteras refieren que fueron invitadas a asistir a la inauguración, haciendo desde este inicio hincapié en presentarse públicamente vestidas con traje típico étnico y representando un parto vertical, acorde a las tradiciones étnicas tseltales y tsotsiles. En todos los eventos festivos o entrevistas programadas con las parteras, se les pide que cumplan con ese atuendo, el que no llevan cotidianamente. De esta manera se aprecia la folklorización de las culturas étnicas con fines de mercadotecnia, mercantilización o maniobra política, a la que muchos autores hacen referencia, entre ellos García (2004).

El área de medicina tradicional se encuentra al costado izquierdo del Hospital de las Culturas, de acuerdo a los datos proporcionados por el personal entrevistado, se construye con la intención de tener un espacio de atención intercultural y como casa de partos, ya que el plan inicial era construir al lado el Hospital de la Mujer, con acceso a posibles emergencias

obstétricas, pero por decisiones políticas que desconocen, no se construye y queda por lo tanto, separado (en las instalaciones del antiguo hospital General) del área de medicina tradicional. El Hospital de las Culturas al inicio compartía responsabilidad con la jurisdicción operativamente por ser parte de su infraestructura.

La práctica se inserción manejada desde el registro de parteras tradicionales en la SSA, han sido por excelencia las capacitaciones hacia las parteras y mencionan algunos encuentros de intercambio de saberes, pero entre parteras de diferentes regiones, no entre parteras y personal de salud, es el sector salud quien “capacita”, lo que nos muestra la concepción de no considerar a las parteras personas capacitadas. En este sentido, de acuerdo a Bordieu (1987), el capital cultural es más visibilizado en un estado objetivado y en un estado institucionalizado, que en su estado de incorporación del sujeto hacia si mismo.

Al inicio, buscaron voluntarios para dar capacitaciones a las parteras dentro del área o lo asumían el responsable del DISPI (auxiliar de salud), la coordinadora de Salud de la Mujer o la jefa jurisdiccional, lo realizaban cada viernes. Refieren que tuvieron cursos de masaje oriental, cuidados del bebe, ayudar a respirar al bebe y primeros auxilios. Las capacitaciones mensuales en el centro de salud de los Pinos han sido: cuidado del recién nacido, tamiz neonatal, vacunación, lactancia materna, planificación familiar, urgencia obstétrica, el plato del buen comer, signos de alarma, entre otros; y los temas recibidos en con el nuevo personal dentro del área se refieren a lactancia materna, planificación familiar, signos de alarma, parto humanizado, por parte de personal de SSA. Como se puede constatar son temas repetidos, sin un seguimiento aparente por cada grupo que le ha correspondido dar capacitaciones. Una partera refiere no asistir a algunas capacitaciones, porque se cansa de estar escuchando los mismo siempre:

“Nos dan un cronograma de los riesgos, signos de alarma, más que nada hasta ahorita, vienen siendo los mismos, ellos no nos enseñan cómo mover el bebé, no nos enseñan que medicamentos se les va a dar, ellos nada más dan los signos de alarma, que se debe hacer antes de que se complique un parto, los síntomas, como dolor de cabeza, zumbido de oídos, después de que viene el puerperio, que el sangrado vaya normal, que vaya disminuyendo, que el bebé tenga movimiento, que la mamá no se esté hinchando y únicamente eso y lo hemos venido repitiendo y repitiendo” (Partera S, febrero 2018)

Es importante mencionar que como parte de la inserción desde los años noventa hasta la actualidad, es condicionado ser partera “capacitada”, sino no les validan el papel que hace constar el nacimiento del recién nacido, que la partera otorga a la madre o a los padres.

Burocratizando los trámites que tienen que realizar las parteras tradicionales para ejercer su labor:

“ Esa nosotras les hacemos entrega a los papás, para que nos las autoricen la doctora le pone la firma en la esquina (...) tenemos nosotras que llevarla directamente al Centro de Salud, sin buscar representantes del barrio, porque si no tenemos esa firma de la licenciada que nos dice pues que, si estamos asistiendo, si no tiene esa firma, tenemos que buscar al representante de barrio de donde nazca la criatura, y eso es otro problema, porque si no conocemos al representante, nos piden acta de nacimiento, curp, comprobante de domicilio, que tenga más de cuatro años que viva en el mismo barrio, que la persona conozca al representante, y nosotras identificarnos como parteras, si no le ponen el sello, entonces para evitarnos ese problema, la doctora le pone su firma de ella, y con eso nos evitamos de buscar al representante, se le entrega a los papás, y van al Centro de Salud otra vez, volvemos a regresar con ese formato al Centro de Salud, para poder extender el Certificado de nacimiento, porque otra vez como parteras tenemos que volver a firmar, y ya ese se lleva al registro civil, y les dan su acta de nacimiento” (Partera S, febrero 2018)

Existen dos figuras que fungieron como “responsables del área”, aunque no queda explícito por nadie si tenían ese cargo, una médica naturista y un médico general, que llegaron en diferentes momentos, pero ambos se disociaron del área de medicina tradicional, ni tuvieron una interacción muy estrecha con las parteras. Solo una de ellas narra el contacto cercano con el médico por ser hijo de su madrina. Una de las prácticas que fungían era acompañarlas en los partos para brindarles apoyo, pero de igual manera no se aclara por nadie si hubo algún parto compartido. Pero si refieren haber pedido apoyo directo a un médico italiano del Hospital de las Culturas, que siempre estaba dispuesto a colaborar en lo que le solicitaban.

El área se cierra en el 2015 sin permitir atender partos a ninguna partera, sin dar ninguna explicación de la razón, como forma de resistencia las parteras se quedaron todo un año haciendo sus guardias en la entrada del área, incluso una de ellas relata la atención de un parto en una barda que está subiendo una rampa, tras muchas acciones por abrir de nuevo, en el año 2016 se inaugura de nuevo el área designando el jefe jurisdiccional a una médica responsable y al personal biomédico restante cubriendo turnos. Se les hace un llamado a las parteras para que asistieran, incluso invitando a otras parteras tradicionales de la localidad, la consigna siempre ha sido que se “incorporen” y estén “capacitadas”:

“de ahí empezaron a venir, y poco a poco las nuevas, las que no estaban en comité (...) ya nosotros hicimos la referencia a que se incorporaran al censo del centro de salud de la zona norte y de los pinos, donde correspondiera...” (enfermera, enero 2018)

“...cuando se apertura el hospital aquí, pero se inauguró parte de Medicina Tradicional, antes con la inquietud de capacitar a parteras, que reconocieran bien los signos de alarma (...) ¡con la idea! de poder atender y hacer todo lo que ellas realizan, pero ante todo que estuvieran capacitadas, eso fue realmente la idea original de que ellas vinieran al área” (Ex coordinadora Salud de la Mujer, febrero 2018)

El personal biomédico es incorporado de forma diferente que las parteras, la jurisdicción sanitaria asigna su lugar de trabajo institucional, de acuerdo a disposiciones corporativas, lo que les brinda una seguridad laboral. Sin embargo, refieren entrar sin claridad y experiencia previa de las funciones o tareas que les corresponderá realizar en el área junto a parteras tradicionales:

“No sabía exactamente que se iba a ser, lo que yo hice fue buscar información, bibliografía, manuales, lineamientos a través de internet, y un poco de salud de la mujer que cosa tenían ellos de manuales y lineamientos (...) además buscar otros modelos de otros países, y, el que me llamó más la atención fue el Guatemala, entonces empezar a leer un poquito de que se trataba (...) basándome en todas esas evidencias bibliográficas, empezar a sacar ideas para tener una idea más clara de cómo se podía trabajar y como le podíamos hacer” (Médica, febrero 2018)

“...estrategias, vimos documentales, libros, donde no hay doctor promoviendo a la salud, libros de Centroamérica, agarrando experiencia viendo lo que han hecho haya en otros países...” (Auxiliar de salud, febrero 2018)

3.2.3 Escenario de inserción, el donde...

El área de medicina tradicional cuenta con una entrada del lado del hospital de las Culturas, se sube por una rampa hasta llegar a otra puerta, a la derecha una recepción donde se encuentran personal biomédico en turno, una sala para atención para consultas, masajes y control prenatal, con dos camillas y dos camas, una sala de espera con bancas de madera, sillas y una juego de sala, dentro de la sala de espera hay un altar donde se encuentra una imagen católica de la virgen de Guadalupe, con flores y veladoras, una oficina atrás de la recepción, un espacio que se utiliza como lactario para que las mamás que llegan al hospital de las culturas amamanten a sus bebés y para que una pediatra del hospital atienda a un club de lactancia, un cuarto oscuro (para hierbas y productos herbolarios y se utiliza como bodega), cocina, sala de partos con una cama, una camilla de parto vertical, silla para parto vertical, una cuna con foco, un mueble con material biomédico y refrigerador con oxitocina, baños, temascal (no está en funcionamiento), dentro del temascal hay una cama para baños de vapor (que la elaboro una partera) y el jardín botánico. (Ver anexos 3, 4 y 5).

La cocina se utiliza para que parteras y personal biomédico, ingirieran sus alimentos y para que la familia de la parturienta puede cocinar para ella los alimentos culturalmente pertinentes. El temascal, el cuarto para el lactario, la oficina y el cuarto oscuro, no son utilizados por las parteras. El temascal no es funcional, no se construyó adecuadamente.

En septiembre de 2017 la Iniciativa Salud Mesoamérica, del Banco Interamericano Internacional (BID), doto de mobiliario y utensilios de cocina al área, la responsable del área refirió que impulsan dos estrategias para disminuir la mortalidad materna e infantil, que son la plataforma comunitaria y las casas maternas, por gestión del jefe jurisdiccional y la responsable del área, el BID derivó al área de medicina tradicional de San Cristóbal ese apoyo, a partir de esta fecha se empezó a denominar Casa materna y medicina tradicional de San Cristóbal de Las Casas, aunque hasta marzo no se había oficializado con un acto protocolario.

Los cambios en el espacio, fueron un juego de sala para la sala de espera y otro en la oficina, un comedor con sillas, sillas acojinadas, dos equipos de parto, instrumental de parto, unos pilares, cunas de madera, camillas, una silla para partos, archiveros y una silla de ruedas, la enfermera mencionó que está en proceso de que les den oxígeno, respirador, ambu pediátrico, el estuche de diagnóstico, la cuna radiante, una cuna térmica, todo ello para emergencias. (ver anexo 6).

En repetidas ocasiones las parteras han mencionado que les gustaría que se abriera una puerta que diera directamente a la calle, lo que la responsable del área gestionar para que se pudiese dar ese cambio.

La sala de espera es el espacio donde se dan las capacitaciones a las parteras, ha sido en repetidas ocasiones utilizado también para dar cursos y talleres a personal de la jurisdicción sanitaria de diversas unidades médicas, a enfermeras (os), médicos, psicólogos y personal administrativo. Sucedió en ocasiones estar en trabajo de parto alguna mujer y estar en capacitación en la sala de espera un grupo de personas, que tenían acceso visual al pasillo donde la caminaba junto con la partera sus familiares.

El horario para recibir atención es de 8:00 a 17:00 horas, y exclusivamente para la atención de partos 24 horas al día, las parteras cubren una guardia cada una de lunes a domingo de 8:00 a 17:00 horas y el personal biomédico cubre horario completo en diferentes turnos. Las llaves de todas las áreas están a cargo del personal biomédico, nunca han tenido acceso las parteras, en dos ocasiones durante la observación participante de trabajo de parto, las parteras

tuvieron que llamar por teléfono a la doctora o a la enfermera para que les llegaran a abrir la sala de partos y el jardín botánico. Lo cual refleja un malestar, aludiendo que les gustaría tener acceso a las llaves. Para algunas el temascal es indispensable y para otras parteras no es necesario, en general muestran aceptar el escenario donde las insertaron:

“Nada me hace falta, tenemos todo aquí, tengo todo en mi casa también. Bendito sea Dios todo tenemos (Partera R, febrero 2018)

“Pues yo creo que ya es todo el equipo, yo de mi parte, ya está todo bien, eso es lo único (...) la verdad todo lo que se ha inventado para hacer de ahí, cama de vapor, baño de vapor el sumergido en el agua con hierbas, yo la verdad todo lo tengo, no puedo quejar, para que quiero a la fuerza temascal...” (Partera C, febrero de 2018)

Las parteras usan más la cama para atender los partos, aunque en el proceso del trabajo de parto, prueban con la madre diversas posiciones, hincada, parada, sentada, acostada, en la camilla vertical; y han llegado a concluir un parto con la posición parada, refieren la atención a la madre hincada y acostada, y les enseñan a las mujeres, principalmente a las primigestas la posición en la que se va a poner.

Los señalamientos de cada espacio en el área de medicina tradicional, están distribuidos en letreros en tseltal y tsotsil, pero hay parteras que no saben leer ni escribir y personal biomédico que no maneja ninguna de las dos lenguas, solamente dos auxiliares en salud hablan, leen y escriben en tseltal y tsotsil, nadie refirió que haya alguna iniciativa para que se faculte el manejo bilingüe o trilingüe.

3.2.4 Concepción de la inserción, estamos...

Las parteras indican que su incorporación a la SSA, fue directa o indirectamente obligada, la condición para seguir ejerciendo su labor era identificarse como partera capacitada, a través de una credencial que les otorgan en los centros de salud, de esta manera será validada su constancia del nacimiento de un bebé. Restringiendo su accionar a los planteamientos del modelo hegemónico, que por tradición es el que reconoce a otros saberes médicos, siempre y cuando cumplan con lineamientos establecidos por la racionalidad científica en la que se basa. Sin reconocer que afecta a los representantes de los otros saberes, de un modo personal, social, cultural y hasta económico. Se asume como una obligatoriedad estar reconocida como partera inmersa en salud, por los beneficios que obtienen a nivel de las constancias de alumbramiento

y por la reducción de los malos tratos que han recibido por parte del personal de salud de los hospitales o clínicas al que tienen que acudir ante una emergencia durante el parto o postparto:

“Yo solo voy al Centro de Salud por mi constancia, porque es para extenderle pues a las señoras” (Partera S, febrero de 2018)

“...porque no me aceptaban que hiciéramos la constancia” (Partera V, enero de 2018)

“...y como todas las boletas cuando ya van a registrar pues, y me llama el médico pue en la clínica: -bueno- dice, llegó pues el enfermero, -tía, dice la doctora, que va a ir a Ocosingo a tomar curso-, -no le dije- (...) -no, váyase usted-, dicen que quieren su credencial, una foto, tamaño infantil-, -bueno-, -llévalo pues- le dije (...) y ya en la calle una vez me dice: -ahí está su credencial ya-, y así empecé...” (Partera P, marzo 2018)

“...considero yo que estar trabajando acá como estoy segura de un parto, estoy segura de que pongamos alguna cosa me van a ayudar, a que yo solita como que considero que me van a., porque ya vio usted que una en el hospital de la mujer -¡a! espérate, que se espere- y no así tenemos cara de pelear, y yo lo meto mi enferma, abro la puerta y lo meto mi enferma, ese es mi modo mío (...) como que tengo, como le dijera yo, como que tengo derecho, eso es lo que yo creo mi derecho, que tengo que meter mi enferma, porque como a dé lugar me lo tienen que meter. (Partera R, febrero de 2018)

Otras concepciones se centran en expectativas de aprendizaje o intercambio junto a los médicos o enfermeras o enfermeros, pero cambian esa visión al interactuar con ciertos actores de salud:

“...la verdad pensábamos que todos los doctores conocen el parto, y no, no conocen, que va a saber todo, resulta que esta como nosotras o hasta peor que nosotras, hay por Dios otro poquito peor (...) Yo creo que nosotras como tradicionales aprendimos a nuestra manera, y ellos como doctores a base de su estudio, nosotras a nuestra manera, yo creo que no se adaptó creo, más que nada es algo así, porque no se adaptan, la verdad que el agua y el aceite no se combinan...” (Partera C, febrero 2018)

A la par, es importante reseñar que algunas parteras tienen una concepción positiva respecto a las experiencias vividas al estar integradas a sector salud, ya que sienten seguridad por si alguna emergencia se presenta, porque su familia les impide realizar su labor en su casa, porque han tenido experiencias positivas para elevar su autoestima, no dejarse violentar por su pareja, ser mujeres independientes y tomar sus propias decisiones, algunas citas a continuación lo reflejan:

“Me siento tranquila, contenta, sino vengo me siento que algo cargo, para atender a mis pacientes” "de aquí me gusta que todo hay, como hacer lo alimentos. Me gusta trabajar con el personal porque hay ayuda, para oír el corazón, porque en mi casa sola yo, o con el marido o los familiares..." (Partera E, diciembre, 2017)

“...para mí me resulto interesante ir a las capacitaciones, porque lo que menos quería yo es que hubiera una muerte materna o una muerte infantil” (Partera Y, febrero 2018)

“...ahí me metió a mí la doctora Carmelita, porque ella se dio cuenta de mi sufrimiento que yo tenía, y fue que ella me dijo –vaya usted para su autoestima, va usted a ver que va usted a cambiar (...), pero ya que había yo terminado mi curso de autoestima, ya fue, pero de verdad que empecé a tomar ya fuerza, y fuerza, y fuerza y fuerza, y ya fue donde me decidí...” (Partera R, febrero 2018)

“...se me complica en la casa, ¿por qué se me complica en la casa?, porque tengo mis nietos chiquitos, tengo mis nietos grandes, no son mis hijos, pero llegan, lo van a ver la sangre, lo van a ver cómo está haciendo su trabajo la pobre mujer, en cambio aquí estamos libres...” (Partera P, marzo 2018)

A diferencia de las parteras, la concepción del personal biomédico parte de la idea de que es necesario acompañar, apoyar y hasta vigilar a las parteras, no es conveniente que realicen su trabajo solas, que ya no utilicen algunos recursos tradicionales; a pesar de sentir que en el área se respeta su quehacer tradicional, aceptando dentro de su racionalidad, algunos elementos como los tés de hierbas, los masajes en la espalda a la embarazada, la alimentación, las posiciones, los métodos para calentar el cuerpo de la parturienta cuando siente mucho frío, el acompañamiento de los familiares. Pero no es homogénea la percepción, varía entre el personal, y entre el personal y las parteras, se han presentado algunas dificultades, que se precisaran en el apartado de relaciones interculturales, por lo pronto se evidencian estas nociones:

“...porque interactuamos con parteras, nos platican sus experiencias, vemos las maneras como ellas trabajan, como se desenvuelven, nos comparten sus conocimientos, aceptan como recomendaciones, haz de cuenta que hemos trabajado en equipo, ellas me dicen yo trabajo así, pero yo ya les digo, hay de otra manera que podemos trabajar diferente, y esto es más fácil, hay que hacer esto, y lo aceptan, la mayoría aceptan” (Enfermera, enero 2018)

“...cuando años atrás, cuando se empezaban a atender partos acá, no crea que era muy fácil lidiar con ellas, nos costó y todavía nos cuesta, en hacer equipo con ellas, pero hay algunas que todavía nos consideran como si fuéramos sus mandaderos –Pásame esto, pásame este, límpiame aquí-...” (Enfermera, febrero 2018)

“Entonces eso -las ideas luego le van a servir a ustedes, ustedes van a aprender mejor todavía, van a estar confiadas y apoyadas con nosotros ahí” (Auxiliar de salud, febrero 2018)

“...y pues bueno que ya iba a ver un parto y yo dije: - ¿un parto? -, -no puede ser-, yo la verdad me resistí mucho porque implicaba o implica todavía me parece mucha logística si se tratase de una urgencia, a mi todavía eso me sigue dando un poco de temor, como pensar quien la va a trasladar, si es en una jornada de noche, si es sábado o domingo, como que esos cuestionamientos comenzaron en lo personal a saltarme...” (Coordinadora, marzo 2018)

Para finalizar este apartado, se considera importante dar a conocer que se reconoce la falta de instrumentación de la política de interculturalidad dentro de SSA, y que el área de medicina tradicional es un acercamiento a la pertinencia del parto intercultural, del parto humanizado, claro está, esta concepción no dimensiona ni resuelve las carencias de la falta de interculturalidad que se está suscitando en este espacio de intento de interrelación entre el saber tradicional y el saber biomédico:

“...que la partería o la atención con enfoque intercultural, debe de darse, así que la verdad es que vamos muy rezagados con ese tema porque si lo vemos así, cualquier hospital de aquí público, debería de tener adecuaciones en su infraestructura, para la atención con este enfoque, y no lo tenemos, estamos muy lejos de eso(...)el área de medicina tradicional podría ser o lo está siendo, pero es un trabajo incipiente, todavía, está iniciando entonces, pues de hecho me parece que si se apega bastante al respeto de la decisión de un paciente, que si entran los familiares, que le dan la placenta, que si no la canalizan, que si toma alimentos, que le meten su caldo, que no le pongan oxitocina, en fin, un montón de detalles, que aquí veo que se permiten, va avanzando con muchas de estas prácticas...” (Coordinadora, marzo 2018)

En un evento que organiza SSA sobre interculturalidad en salud, mencionan los responsables de las casas maternas que se están realizando prácticas humanizadas a diferencia de algunos hospitales donde se presenta violencia obstétrica. Se hace referencia a la importancia de la partera en el parto, de sus prácticas y recursos tradicionales, del acompañamiento que le da a la mujer embarazada, dándole un medio ideal para que se sienta en un espacio cómodo y libre, dando seguimiento en el puerperio; sin dejar de mencionar la importancia trascendente de algunos procedimientos clínicos para la madre y el recién nacido, lo que proporciona el personal biomédico.

3.3 ¿Relaciones interculturales? entre parteras tradicionales y personal biomédico

La revaloración de las culturas y los saberes locales han figurado en estrategias político-culturales, pero operadas desde arriba por organismos oficiales, como universidades, asociaciones públicas, o como en este caso por el sector salud, representado por la Secretaría de Salud Pública (SSA), no devino desde el grupo al que van dirigidas, las parteras tradicionales de cada región, como lo comenta Mateos Cortés (2015).

En experiencias como las de las organizaciones de médicos indígenas de Chiapas, que produjeron en sus propios espacios interrelaciones con médicos representantes de la medicina occidental, han sido escasos los médicos dispuestos al intercambio mutuo, y no se procura dar seguimiento a estos proyectos, el estado no ha sido garante de mantener estas iniciativas, han sido los intelectuales de las ciencias sociales los que bosquejan las iniciativas que vienen desde estos especialistas tradicionales.

Los encuentros y relaciones que se han establecido dentro de la casa materna y medicina tradicional de SCLC, entre parteras tradicionales y personal biomédico, entre parteras, y entre biomédicos, es expuesto a continuación desde elementos que residen dentro de la relacionalidad intercultural entre grupos (García, 2004), (Gasché, 2004) y (Ramírez, 2011), dentro del mismo grupo cultural (Menéndez, 2016) y Dietz (2013). Los aspectos son: respeto, diálogo, confianza, solidaridad, dominación/sumisión y transformación/alterización.

3.3.1 Diálogo o monólogo, confianza o desconfianza, reciprocidad o egoísmo

El diálogo en las relaciones interculturales de acuerdo a Barabás (2006) implica ser abiertos y flexibles a nuevas experiencias culturales, a establecer una comunicación continua y dinámica, ante la diversidad los intercambios relacionales.

En el contexto de la casa materna, las prácticas que tienen que compartir los dos grupos médicos, es el control prenatal, el trabajo de parto y el parto; en repetidas ocasiones atienden a las mujeres por separado, principalmente desde que se da el servicio de ultrasonido, la decisión que toma la médica es individual, no siempre se la comunica a la partera, y cuando la partera ha entrado al estudio no queda explícito el diagnóstico y/o pronóstico que la doctora da, no se consensua en un intercambio de opiniones de acuerdo a sus propias racionalidades, y si la partera accede a dejar ir a la paciente, no le comparte su molestia al personal biomédico ni viceversa, se comenta en corto solo con sus compañeros (as) afines:

“...porque eso viene pasando de siempre, de que nosotras estamos confiadas de que vamos a esperar la paciente, llegar a verla, sea la distancia que sea, se gasta pues, para que venga otro, y me diga, es que ya lo mande porque tiene algún detalle, no es cierto pues...” (Partera C, febrero 2018)

“...y la verdad a mí me molesta, porque incluso le digo, que chiste tiene promocionar el hospital, si no hay médico, si en lugar de que la doctora nos apoye, empieza a decir que ya está alta la presión o que le falta algo...” (Partera S, febrero 2018)

“...a mí ya me paso dos casos que los mandan al hospital, que ya va a hacer cesárea, que, porque ya no tiene líquido, que, porque ya no tiene trabajo de parto, pero por qué, digo yo, si está bajando el bebe, hay dolor...” (Partera P, marzo 2018)

“...la que atendí la semana pasada (...) el labio de arriba se desgarró, pero dice no sé ni cómo se desgarró esto, porque aquí nada que ver, y le pusieron dos puntitos (...) pero no la vi que estaba desgarrada, pero ya después, dice es el labio de arriba...” (Partera Y, febrero 2018)

Una de las prácticas para mantener una comunicación descendente pero también ascendente, han sido las juntas con las parteras y el personal biomédico, dirigidas por la responsable del área, y refieren algunas reuniones entre el comité de parteras y reuniones entre el personal biomédico exclusivamente; se mantenía primero el envío de mensajes que la médica quería dar y por lo cual se había convocado la junta, estableciendo reglas de uso de los materiales, del espacio o de convivencia, posteriormente se pedía que las parteras opinaran sobre algún tema discutido, o sobre algo que les gustaría que se tratara en próximas reuniones, se observaba con las reuniones disposición para entablar una conversación, pero era visibles los rostros de inconformidad y de duda.

Una de las reglas donde se podía notar ello, era cuando les pedían que le pedían que le solicitaran a su paciente control prenatal médico de los centros de salud, ya que la norma de salud menciona que cualquier persona que atienda partos debería pedir a la paciente control médico por si presentan complicaciones como diabetes, anemia, VIH, entre otras, para seguridad de todas.

El personal biomédico de fin de semana alude a que no cuentan con buena comunicación con el personal que cubre lunes a viernes, que no se ha convocado a una junta para tomar acuerdos de operación y mejorar la organización de jerarquía y delegación de responsabilidad, así como de la visión que cada uno de tiene del área, la estrategia institucional de comunicación tampoco ha sido eficiente, cada sujeto se queda con su propia visión sin integrar la percepción y opinión del otro; la división por grupo de especialistas, por turno y por afinidad, llevan a los

actores del área de medicina tradicional a reproducir procesos de alteridad y exclusión (Ramírez Goicoechea, 2011), se refuerza que los otros son ajenos y no que están representado en un tú colectivo. Para fines de análisis de dos apreciaciones diferenciadas se presentan fragmentos de las siguientes entrevistas:

“...yo siempre lo he dicho, ¿A quién recae esa responsabilidad?, deberíamos hablar (...) no se si no se ha dado ese tiempo de organizarse, o de hacer un calendario, yo sé que han tenido reuniones con las parteras, pero nunca nos han invitado, y a veces hemos compañeros también de que somos, -hay pero es una reunión- no voy, pero no (...) no sé si lo está haciendo, sinceramente no sé, porque tampoco estamos invitados...” (Auxiliar de salud, febrero 2018)

“...que a veces no están de acuerdo porque son de fin de semana sin embargo se les ha pedido que si estén involucrados de forma presencial...” (Responsable, febrero 2018)

La responsable del área decía en diferentes conversaciones con las parteras que estaban en el área para trabajar en equipo; lo que, si se logró escuchar algunas veces en las observaciones:

“...y lo otro que converse con ellas y que se los he repetido en varias ocasiones, es que ni ellas son más ni son menos, ni tampoco somos más ni somos menos, sino que cada uno trae sus propios conocimientos; ellas el conocimiento por experiencia porque les enseñó algún familiar, o la mamá o la abuelita y nosotros tuvimos una educación formal en un aula. Entonces ambos conocimientos se pueden compartir y se podían fusionar, ellas podían seguir aprendiendo de nosotros pero que también nosotros podíamos aprender de ellas, ¿no?” (Responsable, febrero 2018)

Por supuesto en la dinámica cotidiana no siempre se reflejaba este discurso, pero sí lo lograban en ciertos casos, estaba determinado por la correspondencia personal entre dos, que se da de por si en las relaciones sociales, pero que no implica relaciones interculturales. Se puede observar que el diálogo se presenta entre dos personas o tres, pero no entre todos los actores, ni entre grupos de especialistas, sin esforzarse por reconocer la diversa y compleja dinamicidad de comunicaciones, como sugiere Días de Rada (2010) en Goicoechea (2011), se centran en una sola forma de comunicación y con una sola persona. En peores situaciones habituales, se vivencia el monólogo, expresando parteras y personal biomédico que llegan para realizar su trabajo no querer interactuar con los otros, sin importarles lo que piensen:

“...pero yo todo se lo pongo en sus manos a mi Señor, porque para mí Dios es el único, él es el único, como les dije en una ocasión yo no necesito de sus amistades, si a mí me quieren dejar sola, déjenme sola, yo no estoy sola, está mi Madre Santísima y esta Dios” (Partera Y, febrero 2018)

“...yo prefiero y a ver las señoras donde viven y no citarlos en el hospital...” (Partera S, febrero 2018)

“Por eso me gusta trabajar sola, no me gusta que me vengan a mandar, porque ya sé que en mi trabajo tengo que concentrarme (...) así es que prefiero trabajar sola”(Partera C, febrero 2018)

Los insuficientes niveles de diálogo alcanzado, se demuestran también en situaciones donde por afinidad personal o conveniencia, buscaban trabajar con determinado personal biomédico, porque tuvieron una experiencia de respeto, pero no se expresa disposición para hacerlo con otros, ni entre compañeras parteras, ni entre compañeros biomédicos, a esto se refiere Dietz (2013) cuando habla de que la interculturalidad contiene un enfoque intracultural (dentro de los grupos).

Fue clara durante muchas observaciones la falta de confianza que se tienen entre ambos grupos, entre parteras, entre parteras y biomédicos y entre biomédicos. Pero coincidentemente refieren a las mismas personas con las que pueden entablar una relación de respeto y confianza. Se puede apreciar en las siguientes entrevistas cuando se visibiliza confianza y cuando no se ha logrado establecer:

“Pues ellas me respetaron, gracias a Dios ellas solo estaban tomando los signos, cuando llego el momento (...) de ahí me acomodé bien con mi silla a esperar, la doctora, también está lista ella con su perilla, con lo suyo, cuando salí entonces, lo limpio ligero, le dio el bebé a la enfermera (...) no me dijo nada, me dejo...” (Partera C, febrero 2018)

“...ya estaba la doctora, ya estaba preparada con su suero, me iba a ayudar y dice: -si está alta la presión, le vamos a poner suero, yo le voy a ayudar (...) -pero déjeme usted doctor, voy a ver con ella-y bueno así quedó mi paciente, por la doctora se quedó...” (Partera P, marzo 2018)

“...me ha gustado mucho trabajar con ella, porque me identifico bien con ella, tengo confianza en ella...” (Partera Y, febrero 2018)

“Si salió- le dije, - ¿Y qué tanto de sangre salió, ¿cómo cuantos litros? -, - ¡Si no estoy recibiendo con bote, para que yo sepa cuántos litros (...) mira no está completa la placenta-, que vergüenza tuve porque estaban los familiares de la parturienta (...) así es tal cual, sí y me dejan en mal (...), ahora sí que me trastorne de plano...” (Partera C, febrero 2018)

“...me dice la partera no y trinca su puerta con una silla, pues no vamos a entrar (...) por indicaciones, por sus ovarios, no sé, puso una silla en la puerta para que no entrara nadie, esa es mi preocupación...”
(Auxiliar de salud, febrero 2018)

En este apartado es importante señalar que la confianza se trazaba con mayor profusión con el médico holista, desde que llegó al área, se acercaron en general las parteras a él y él mostro una disposición a interactuar especialmente en la atención de los masajes, infusiones, baños de vapor, de hierbas y otros servicios, complementando muchas veces con sus prácticas alternativas la atención de un padecimiento de pacientes de las parteras, con una partera atendieron varias veces a la (el) mismo paciente, enseñándole la práctica de ventosas neumáticas y le obsequió un juego. Al igual se observó que las parteras le regalaban algún aceite que ellas preparaban explicándole que tenía y el procedimiento, intercambiaban recetas con hierbas. Y les propuso un taller para realizar remedios herbolarios, el cual se dio en una sesión, pero hasta marzo no se había dado seguimiento.

Aunado a los casos de falta de confianza y respeto, se dan en variadas ocasiones la ausencia de la reciprocidad o solidaridad, reforzándose el que cada quien resuelva o atienda sola la persona que recibe atención, si bien es cierto que interactúan durante el control prenatal y el parto con las parteras, muy contado es el personal biomédico que apoyó a las parteras a preparar algún baño de hierbas, a cortar las hierbas del jardín botánico, a regar el jardín, cuidar las plantas o trasplantar, a tirar la basura, a cuidar el té en la estufa, a lavar el trasto donde realizo la infusión, entre otras acciones más, salvo el médico holista. Este valor de capital social, ser solidaria, lo protagonizaba frecuentemente una señora de la limpieza, que se interrelaciono con las parteras como con el personal biomédico de manera respetuosa, confiable y de apoyo aun no le correspondiera hacerlo.

Tampoco se pudo apreciar que las parteras se solidarizaran con gran parte del personal biomédico y visiblemente, mucho menos entre ellas. Existen disputas constantemente, ellas mismas refieren que desde la creación del comité, desde los primeros años de atención en el área hasta la actualidad, se organizan en subgrupos o individualmente para ver por su propio bienestar. La atención que brindaban coincidía muchas veces en los días de guardia de otras parteras y eso provocaba que se disputaran las pacientes o creían que dolosamente se las quitaban. Llegaban a insultarse, no hablarse, mantener en secreto alguna práctica o recurso

utilizado o cerrar la puerta inmediatamente cuando recibían a las personas, se apreciaba una actitud de recelo y egoísmo.

“...y es por eso, que hay algunas que no les gusta compartir, pero bueno, tampoco me voy a llevar cargando el día que yo me muera, no me gusta ser egoísta...” si me invitan que yo vaya a acompañar, voy, si no tampoco me voy...” (Partera C, febrero 2018)

“Aquí en el área lo que más me gusta, todo, todo me gusta, lo que a veces si me molesta es que, entre compañeras, nos lastimamos, digo nos lastimamos, no me lastiman, ¡Nos lastimamos!” (Partera Y, febrero 2018)

Solo en dos casos entre parteras, se atestiguó la solidaridad en su labor y algunas si mostraban una actitud recíproca con la señora de la limpieza en sus actividades. Y cabe mencionar que, durante los momentos de ingerir los alimentos, en el desayuno y la comida, durante muchas ocasiones coincidían parteras, personal biomédico, médico holista, señora de la limpieza, hasta maestrantes, y se compartía los alimentos que cada una o uno llevaba en partes iguales, siendo la cocina el único escenario donde se apreciaba una convivencia más cercana entre todos y todas.

3.3.2 Relaciones de poder: dominación/sumisión

Dentro de cada cultura se dan relaciones de poder y de inclusión y exclusión, de acuerdo a García (2004) y Gasché (2004), por ende, en los procesos de interculturalidad donde se relacionan dos grupos no se pueden negar. La propuesta de interculturalidad en salud de SSA cuando pretende interrelacionar dos saberes médicos, plantea que situar a los dos actores en un espacio compartido se establece la interculturalidad entre ellos solo por ello, desdibujando los procesos de dominación/sumisión.

La interculturalidad en salud a nivel institucional parte del enfoque liberal, donde se integran y apaciguan socialmente a las minorías, sin incidir en las desigualdades político económicas, se centran exclusivamente en las diferencias culturales. No retoma un planteamiento crítico intercultural, donde se necesita integrar las políticas sociales, políticas y económicas con las culturales, para llegar a una interculturalidad que logre superar los procesos de dominio y sumisión en la sociedad occidental, como los que se pueden visualizar dentro de la casa materna (Ramírez Goicoechea, 2011).

Los símbolos de estatus que dominaban en los eventos o encuentros informales con médicos, coordinadores o jefes jurisdiccionales, eran elementos como la vestimenta, accesorios,

uniforme institucional, autos, herramientas tecnológicas y un staff con las mismas características que acompañaba siempre a los servidores públicos, emblemas de la modernidad, de un occidentalismo centrado en lo material.

Algunos de los ejemplos siguientes visibilizan estos procesos de dominación y subalternidad, asumidos por las parteras frente a la figura de salud pública y privada del sistema biomédico:

“Aquí en el área he aprendido más porque si no nos dicen no sabemos, como masajes o hierbería” (Partera E, diciembre 2018)

“Tal vez nosotras somos las que damos lata, no nos aguantan, porque en ese tiempo cuántos pasaron” (Partera S, febrero 2018)

“...ella nos ha capacitado mucho, mucho, mucho, casi todo lo que sabemos gracias a ella (...) es una bendición estar aquí en esta área, porque no solamente soy partera, porque se puede decir que pertenezco a la jurisdicción, ya sé que soy alguien muy importante estando acá, entonces yo me siento feliz...” (Partera Y, febrero 2018)

En México, existe un profundo racismo en el que se discriminan y desprecian a los grupos con menor riqueza, de piel oscura, de origen étnico o con una cultura tradicional (Navarrete, 2004), lo cual, si se manifiesta hacia las parteras de edad más avanzada, que no saben leer y escribir y las de origen tseltal y tsotsil, no todos ejercen este racismo, pero algunas de las parteras mestizas y personal biomédico, tenían actitudes y ciertos discursos no favorables hacia las costumbres y hábitos de pacientes y parteras indígenas, no lo mencionan directamente en las entrevistas, pero se observa la exclusión y el querer ejercer un liderazgo sobre ellas. También se puede observar la desigualdad económica que de la misma manera caracteriza al racismo, entre las parteras que se han occidentalizado o que son mestizas y entre las parteras de origen étnico, y por supuesto entre el personal biomédico que de igual manera es de diverso, Navarrete (2004) considera que se ha heredado una convicción de la superioridad cultural, continuadora de la superioridad racial desde el colonialismo de los criollos y decimonónicos.

En muchas conversaciones, las parteras utilizaban palabras como “No nos dieron permiso” “tengo que pedir permiso”, “nos quieren mandar”, relataron muchas experiencias en donde les decían que hacer, una partera refirió que no fue solo una vez, sino en varias ocasiones:

“...que ellas mandan, la verdad lo quiere que lo obedezcamos mejor lo que hace ella, pero no obedecemos como chamaquitas, ya lo conocemos también pues, talvez por eso se molestan creo...” (Partera C, febrero 2018)

“...yo me toca, yo me toca este, bueno, les di, y entonces al recibirlo –No, tú te toca de ver la placenta-- que venga usted a ver aquí el bebé-, iba yo a ver al bebé, -que venga usted a ver la placenta-, iba yo a ver la placenta-, mientras no salía la placenta, pero un desorden lo mire, aquí es donde no me gusta quien me tenga amansando...” (Partera C, febrero 2018)

“Por eso cuando vino esa señora, mi nieta de 14 años, cinco minutos había entrado y me vinieron a agarrar pues, no sé cómo se llama la doctora que me vino a agarrar, cuatro doctoras y el licenciado, me vino a decir: - ¡ya le dijimos que aquí no debe atender partos de 14 años, que porque es riesgoso, quién va a la cárcel, el marido-, -¿quieres ir a la cárcel?-, -¡vete a sacarme tu copia de credencial!, ¡vete a sacarme tu copia de acta-, -a la cárcel ustedes-, -porque tienen una niña de 14 años-...” (Partera P, marzo 2018)

Un acontecimiento que denota claramente el poder que el sistema de salud oficial ejerce con las parteras tradicionales, fue cuando cerraron el área de medicina tradicional en el año 2015, a ninguna partera le informaron que se cerraría, llegaron a su guardia correspondiente y se encontraron sorpresivamente que estaba cerrado y las policías en turno no las dejaron pasar, además de que nunca han tenido las llaves para acceder, el tipo de comunicación que se vertió fue el rumor, solamente algunas relatan que se enteraron que dos parteras atendieron un parto y surgió una emergencia que no pudieron controlar, algunas más que la decisión se debió a que existían muchos problemas entre parteras, el personal biomédico abordó que la Comisión Federal para la Protección de Riesgo Sanitarios (COFEPRIS) llegó a cerrar porque no se cubrían todos los requisitos y otros nunca tuvieron claridad del cierre:

“Que porque hubo complicaciones dicen pues, yo los supe por las de la limpieza, aquí estaba la señora que cerro aquí, aquí estaba la cortina, y le dije - ¿qué hubo pues? -, -Doña no hay permiso para entrar-¿por qué? -, -no los están dejando pasar- (...) - ¿Por qué? -, le dije, -fueron a pedir su desayuno, vino-, -oiga-, le dije, - ¿quién lo cerró la puerta? -, -no dice así está-, -¿pero por qué? (...) Cuando ya al otro lunes o al otro, no sé cuándo, vino la doctora (...) y empezaron a registrar todo, la ropa limpia lo dejaron cerrada, el cuarto del parto lo dejaron cerrado, dejaron encerrados todas las sillas, las mesas, había mertolate, había isodine, algodón, había otros, ¡todo lo echaron a la basura! (...) hasta que lo supe en Centro de Salud, ahí me dijeron también –es que se cerró porque estuvo duro, estuvo duro la queja-, por eso se cerró pues, cuando venimos a ver nos vinieron a quitar de una vez ya, nos dijeron –las que quieran atender parto, que se vayan hasta en Chamula-, o –las que quieran atender parto, atiendan en sus casas-, pero cuando llego la

doctora no dice: ¿señora dónde vas a atender?, ¿señora tienes cuarto? ¿señora tienes tu material?, cuando vinieron ya solo nos corrieron y ya” (Partera P, marzo 2018)

Ante el poder se da el contra poder, las resistencias, que si han ejercido los parteras frente al sistema de salud, una forma es negarse a llevar a todas las mujeres al área, tienen alianzas entre ellas, se han organizado para participar en la Asociación Mexicana de Partería, dos parteras asumen un liderazgo entre ellas , afuera del área han compartido aprendizajes mutuos, hacen caso omiso ante algunas limitantes, no participan en todas las capacitaciones, han hecho peticiones directas o mediante oficios con los jefes jurisdiccionales y dirección del Hospital de las Culturas, defienden su punto de vista en algunos casos donde hay contraindicaciones de parto natural y al final se logra con éxito, al llegar al Hospital de la Mujer con una parturienta en riesgo pelean hasta lograr su ingreso, deciden a que personal biomédico llamar cuando lo necesitan y cuando cerraron el área estuvieron un año sin dejar de asistir al área en su guardia correspondiente, aunque trabajaban en la entrada llegaron a atender un parto, contactaron con periodistas para que se escuchara su voz y muchas de ellas siguen defendiendo ese espacio.

Un relato donde se muestra la persistencia y el deseo de seguir dentro del área, lo muestra una partera:

“No nos dijeron nada, cuando vinieron a cerrar no nos avisaron nada, entonces lo que hice yo, y ahí está la doctora, la subdirectora, que me aguanté, me senté ahí en ese pasillito, y ahí estuve sentada todo el día. Pero después como que yo sentí algo, y dije: pero porque la poli le voy obedecer de que dicen que no, ahoritita voy yo con el director. Incluso yo me senté a llorar (se pone a llorar), y le digo al director -Yo no me voy a mover de acá le dije, porque yo voy a pelear mi trabajo, le dije, porque tanto trabajo que nos ha costado entrar acá, y que ya ahora que nos vengán a querer sacar así-, entonces entró la subdirectora y me abracé de ella porque hasta me hiqué y lo abraza el director y le dije –no es justo que ya llevamos cuantos años y que nos vayan a correr así nada más y no nos digan cuál es el motivo, no nos den una explicación- fue que dijo -tranquila tranquilícese usted, ahorita eso es lo que yo voy a ver, porque es el motivo-. Entonces una de nosotras fue que habló con el periodista y ellos nos empezaron a entrevistar ya fue que yo le dije –mire, sabe que, si no nos dejan abrir el área, lo que voy a hacer tengo una mi carpita y yo lo voy a parar mi carpa aquí en la puerta y me hagan lo que me hagan, me saquen con policías o qué, pero yo estoy dispuesta a venirme aquí- -¿Cómo?- Si le dije al director y ya fue que no sé cómo fue de que ya ellas empezaron a hablar y ya fue por eso al año que estuvimos luchando, porque yo siempre los días que me tocaba venía yo acá.” (Partera R, febrero 2018)

Como lo menciona Ramírez Goicoechea (2011), a pesar de un proyecto dominante, el sujeto alterizado, se encuentra en un entorno con él mismo y su capacidad de creatividad y agencia.

3.3.3 Prácticas de alterización/transformación

Las resistencias ante el proceso de dominación/sumisión no dejan de discurrir transformaciones hacia un grupo, que los convierte como se mencionó, en sujetos alterizados. Si la inserción se da en el espacio institucional creado por el sistema del modelo hegemónico, son las parteras las que resultan transformadas.

Proceso que no se relaciona solo con la introducción en el área de medicina tradicional, sino con los años de capacitación desde la década de los noventa del siglo pasado, y con los antecedentes de una política integracionista que no ha variado completamente; pero sin dejar de lado, el proceso dinamizador que la medicina tradicional ha vivido en la resolución de los problemas de salud de la población, en los movimientos migratorios de las zonas rurales a la ciudad de San Cristóbal de las Casas, como lo muestra Magaña (2002).

Así lo constatan algunas parteras:

“¿Quién le recomendó las pastillas? -En el hospital regional (...) Hay un doctor que me conoce, me vende toda clase de pastillas, mi madrina que también era partera, me dijo si necesitaba algo para parto con ese doctor ahí las consigo (...) Para arrojar los entuertos y quitar dolor, antes les daba manzanilla romana y hierba santa, los hervía en caldera de barro, deje las hierbas por los cursos, las pastillas mejor por si les da fiebre” (Partera E, diciembre 2017)

“Bueno yo veo que nos hace falta muchos guantes, y una venda, porque vienen mucho de la comunidad, y no traen faja, traen chal, y cubre bocas y gorra, cinta umbilical ya compré, en el Centro de Salud no hay nada de material” (Partera P, marzo 2018)

“Lo único que ha ido cambiando es el bisturí, lo único, porque pinzas desde 1987 mi abuelita ya atendía con pinzas, porque ella fue capacitada por el doctor..., y también gracias a Dios, el me capacito a mí también” (Partera Y, febrero 2018)

Lo primero con lo que se les dotó a las parteras tradicionales fue con un maletín que contenía recursos biomédicos, llegaron a recibir hasta tres por diferentes actores, pero mencionan que se han descompuesto a lo largo del tiempo y la percepción del personal

biomédico es que esa dotación es factible y les insisten en que lo utilicen, dentro del área de medicina tradicional han introducido cada vez más, material biomédico, de acuerdo a la racionalidad del personal es necesario para que no hayan consecuencias en la madre o el recién nacido.

“el maletín (...) sus pinzas, sus cintas umbilicales, su tijera, al principio con gilet, porque antes no había su onfalotomo, no existía eso, pero ya poco a poco la necesidad, ya se les fue dotando. Muchas comunidades, muchos municipios cortaban con machete, lo quemaban con machete y lo cortaban, y eso no es malo es bueno (...) ahorita ya lo van dejando, tienen su material, les decía que hay que hervir su material, -No, pero se les va acabar el filo-, -no-. Pues así le hemos hecho, entonces son cosas que a lo mejor las parteras, conocían o no conocían, pero ya se unificó la atención” (Auxiliar de salud, febrero 2018)

“No ellas no aplicaban vitamina K, ahorita es que todas aplican vitamina K, aquí empezaron a aplicar vitamina K (...) porque se les ha enseñado la técnica y la dosis, la presentación de la vitamina, para que ellas lo apliquen en donde lo tengan (...) se la ha capacitado por ejemplo que la vitamina K es para prevenir hemorragias intracraneales, o sea eso es muy importante...” (Enfermera, enero 2018)

“De lo que ellas refieren el instrumental, las pinzas, ellas no la utilizaban, hoy en día ya la utilizan, las cintas umbilicales que no utilizaban ahora ya la utilizan, las gasas y lo que he visto que han incorporado también es el uso de los pañales desechables, lo otro que he visto que han incorporado también son los electrolitos comerciales para hidratar a su paciente...” (Médica, febrero 2018)

Hacen referencia al material que utilizaban antes de ser parteras capacitadas, algunos recursos nuevos son útiles para ellas, relatan que les ha facilitado en la operatividad del parto, pero del mismo modo lo asumen porque les llaman la atención en los servicios hospitalarios:

“Cuando empecé no había pinzas, gasas, usaba trapitos de playera, se cortaban. Para el ombligo cebo que conseguía en la farmacia Tepeyac, y lo cortaba con la tijera, se quemaba y se desinfectaba con alcohol, y después fajaba al bebe (...) Está mejor lo de ahora, ahora desinfecto las pinzas en líquido para desinfectar” (Partera E, diciembre de 2018)

“Bueno ya se mejoró ahorita, porque uso pinza, uso tijera tengo como par de pinza, y esas las pongo en un traste para que se utilice otro, luego otro, y ya lo dejo para que se desinfecte, y ya se me hace más fácil, para detener la placenta, pero antes no, era más complicadito porque tenías que amarrar pues (...) “Bueno si también antes, pero ya no nos permiten usarlo pues, porque ya soy reconocida, si traigo un niño de comunidad con hilo, me dicen -¿qué paso pues doña?-, porque en el hospital todos me conocen ya, si llevo un paciente -pase usted, que complicación tiene la muchacha-, y si traigo con hilito o trapo, me van a decir ¿entonces qué paso pues?, ya se cambió gasas, ya se cambió ahorita esos ganchitos, pero no me gusta, ya

le dije a la doctora no me gustan, mejor cordón umbilical, sino me quieren dar, tengo, cargo en mi maleta, y así tuvo mucho cambio” (Partera P, marzo 2018)

Ante los cambios que han transitado, hay elementos de su práctica tradicional que no deja de ser parte de su saber hereditario, que las identifica como “partera”, esencialmente los recursos herbolarios, así hayan sido formadas desde una visión etnomédica o con una visión de partera mestiza en contacto con biomédicos como médicos (as) generales parteros (as) o enfermeras (os). Incluso marcan la diferencia entre las prácticas y recursos usados en la primera etapa del área de medicina tradicional y esta segunda etapa, lo que es señalada también por personal biomédico presente en ese período, refiriendo que les daban otra alternativa sino querían utilizar cierto medicamento:

“¿Utiliza algo diferente a lo que a usted utilizado? -No, pura hierba- (...) ¡Hay! Era muy bonito, también ahorita, la verdad, ahorita como que ya es más diferente a como estábamos antes, antes era más tradicional. A que ahorita, sí, antes era más tradicional (...) Yo le digo que era más tradicional porque solo entrábamos la partera y pongamos si quería la, hasta eso se le preguntaba si quería la que venía, que entrara el doctor...” - (Partera R, febrero 2018)

“Bueno esa es la idea, cambia esto llegando y ultimadamente yo veo esta área con las parteras, que aún siguen las parteras, pero ya le dan otro enfoque (...) Ya lo veo que ya pasan con médicos, personal de salud, que eso es bueno, no digo que no, pero ya lo quieren hacer como un hospitalito pequeño, si, y entonces como que ahí ya le están dando otro enfoque” (Auxiliar de salud, febrero 2018)

“Se doto de maletines, entonces ya traía su cloranfenicol y le decíamos que, si no tenían cloranfenicol, entonces con la leche calostro, le echaban sus gotas, porque también trae algo para limpiar los ojos y la infección” (Auxiliar de salud, febrero 2018)

Transitar por un espacio donde se tejen relaciones sociales a partir de un marco referencial cultural de dos saberes médicos, no deja más que poder proyectar un bosquejo contextual, para invitar al lector a adentrarse en la compleja y particular dinámica de la relacionalidad, de la se pretende analizar a partir de elementos de una interculturalidad con enfoque crítico y no liberal, sin negar las desigualdades, los conflictos, las conexiones y no conexiones, las negociaciones y el tan ansiado diálogo de saberes.

La política pública de salud intercultural, desde el enfoque presentado por la Secretaria de Salud, donde se publican los casos de éxito de la interrelación de la medicina tradicional con la medicina occidental o biomedicina , trasmite que al insertar a parteras tradicionales en

espacios de salud pública se alcanzan los objetivos de una efectiva interculturalidad en salud, para cumplir con la atención primaria a toda la población, respetando los derechos culturales de la pluralidad de colectividades que tiene México y principalmente estados como Chiapas. Este enfoque deja claro que se generalizan las condiciones y estrategias de interrelación, desdibujando la realidad de cada territorio y los procesos de poder y desigualdades político económicas e históricas.

Si bien hay reconocimiento público de la labor en conjunto, es una visión institucionalizada, desde una perspectiva de la interculturalidad liberal, que refiere Ramírez Goicoechea (2011). En el siguiente apartado se amplía una interpretación de la relacionalidad que se desarrolla dentro del área de medicina tradicional, desde la perspectiva de la interculturalidad crítica de Ramírez Goicoechea (2011) y de la propuesta conceptual de García Canclini (2004), Gasché (2004) y Menéndez (2016).

CAPITULO IV

Interculturalidad en salud...obstáculos desdibujados, alianzas posibles

4.1 Dos grupos de actores

No hay espacio sin actores, la denominada “Casa materna y medicina tradicional”²² reúne dos actores sociales representativos de saberes sobre el proceso de salud/enfermedad/atención, las parteras tradicionales poseedoras de saberes locales, actoras representativas de la imagen de dicho espacio, y, el personal biomédico, representantes de los saberes científicos de la medicina occidental, pertenecientes a la Jurisdicción Sanitaria II de la Secretaría de Salud (SSA) de la Región V Altos tsotsil-tseltal, actores y actoras se supone de apoyo a las parteras, pero con tareas y funciones de encargados de los materiales, recursos, el buen funcionamiento de las reglas y de la organización en general de la casa materna, incluso de las llaves, cuyo valor simbólico es importante, ya que representa el acceso a las diferentes áreas de servicio de dicho espacio. No se convierten en actores y actoras en una relación horizontal, sino vertical.

El sistema de salud crea la infraestructura, pero que no dinamiza por si solo las relaciones sociales entre los sujetos coexistentes. En las políticas públicas y de desarrollo, el espacio y el tiempo han sido dos elementos a los que se dirigen las estrategias, pero no se piensa en la trascendencia que los actores (as) les dan a esos elementos. De acuerdo a Long (2007), son los actores los que influyen de manera determinante y marcan las diferentes respuestas a circunstancias estructurales similares, ya que son los que viven dentro de determinado espacio y tiempo.

En el documento de investigación, se plantea utilizar la distinción que hace Eduardo Menéndez (1992), de los saberes que se utilizan para la atención de los diversos grupos estratificados de América Latina, incluye dos saberes de atención que se encuentran en la casa materna, los saberes y formas de atención biomédica y los saberes y formas de atención popular y tradicional, que la llevan a cabo las parteras tradicionales. Se pretende llegar a la reflexión de que no son dos saberes en relación o disputa, sino “actores y actoras” que conocen, manejan, enaltecen, defienden o transforman esos saberes para atender la salud de la población. Con

²² El término de medicina tradicional, que se abordó en el capítulo I, de entrada, lo acuñada el máximo organismo representativo de la salud institucional, la OMS, desde los años setentas.

historias de vida propia, marcos de referencia experiencial muchas veces similares por ser parte de un mismo contexto sociocultural, o de conocimientos, concepciones y formas de atención a la salud que devienen del mismo modelo médico, pero que no se pueden homogeneizar pretendiendo que las relaciones entre estos actores sea la misma respuesta en todos las casas maternas o casos de interrelación entre la medicina tradicional y el sistema biomédico.

Como la biomedicina es una expresión de la expansión capitalista que ha subordinado a otros saberes, Eduardo Menéndez lo denomina como modelo hegemónico, y estando en una relación de dominación/subalternidad a los saberes tradicionales los conceptualiza dentro del modelo subordinado. Desde aquí se puede observar que las parteras tradicionales son parte de los actores que la biomedicina históricamente ha minimizado, la tradición de dominio y sumisión está estampada no solo en la teoría del sistema biomédico sino en la práctica con sus actores formados desde un enfoque sanitario dominante, sin embargo, aunque estas formas de interrelación se dan casi de la misma manera, hay actores que se observaron dentro de la casa materna con voluntades para alcanzar la interculturalidad, voluntades personales, pero también son visibles la falta de voluntades entre las mismas parteras para alcanzar una interculturalidad entre ellas mismas. Así como entre el personal biomédico entre ellos y ellas mismas.

Hacer la distinción tan notable no corresponde más que a establecer las racionalidades disímiles que poseen, delimitadas no solo por sus prácticas, sino desde el origen de sus conocimientos y por ende de sus marcos de referencia epistemológicos, como lo aborda la epidemiología sociocultural. Al mismo tiempo, reafirmar lo que se ha dicho en otros casos de intento de interrelación, como el relato que se abordó en el capítulo I en el contexto histórico de las políticas de salud dirigidas a la población indígena mexicana, pero al mismo tiempo señalar que es importante centrarse en los actores.

La visión de los sistemas sanitarios desde la epidemiología sociocultural refuerza lo dicho, (Hersh, 2011), ya que la práctica epidemiológica desde esta perspectiva es constreñida por las condiciones sociopolíticas, que determinan las disciplinas y campos de acción en que se darán en diversos escenarios donde se atiende el proceso de salud/enfermedad (Hersh, 2013).

Aunque la interculturalidad en el ámbito de la salud y una epidemiología cultural, aborden la práctica dialógica entre saberes y recursos determinados como científicos y no científicos, se alude a que las parteras son agentes principales en la casa materna, puesto que fueron llamadas para que se otorgara la atención del parto natural, aunque sea el sistema

biomédico el que las inserte en estos espacios. Si se parte de estos enfoques para atender la salud/enfermedad con pertinencia cultural en una región de Chiapas, donde la mayor parte de la población es de origen étnico, los y las médicas tradicionales tendrían mucho que compartir con los servidores de las instituciones de salud, trasmitiendo sus saberes locales en la práctica clínica y/u hospitalaria.

La metodología para trasmitirlo tiene que ser pragmática, tal cual ellas aprehendieron sus conocimientos. Es indispensable que el modelo hegemónico conozca ampliamente las historias de formación como especialistas en saberes tradicionales o populares, que las llevo o los llevó a atender la salud, porque también hay parteros, no solo mujeres, aunque en la casa materna por lo pronto no colaboran hombres; pero si cabe recalcar, que a dos capacitaciones acudió un partero tradicional y está inmerso en sector salud como partero capacitado.

El marco referencial de la formación como parteras, como se pudo apreciar en el capítulo anterior, está relacionado directamente con su propia historia de vida, con sus experiencias como madres, como hijas, nietas o incluso nueras de una partera, no pensado como un modo vivendi, sino comenzando como un servicio social que prestaron a una mujer en el momento de parir. Coinciden en que mucho tiempo de su vida se dedicaron a otras actividades, como venta de tortillas, frutas, verduras o tamales, o ventas por catálogo, ayudantes domésticas, a planchar o lavar ropa, cocineras y además amas de casa. Lo que las llevo a dedicarse a la partería fue un evento fortuito de su propia vida o de la vida de otras mujeres, pero con un contenido de ayuda más que laboral. Sin embargo, cada una la percibe y la vivencia muy particularmente.

La autoatención, definida por Menéndez (1992) como el modelo basado en el diagnóstico y atención de la propia persona o personas del grupo parental o comunal, ha sido su base para ir construyendo sus propios recursos, que se puede apreciar no son exclusivamente herbolarios o simbólicos, sino biomédicos, como pastillas, inyecciones, jarabes y pomadas. Aunque no todas las parteras refieren la utilización de estos materiales, sino hasta el momento en que se registran en sector salud. Por lo tanto, el conocimiento empírico es el eje de su formación y de lo que hacen como especialistas en partería.

Pese a estas coincidencias, es importante centrarnos en la caracterización de las siete parteras a las que se entrevistó, como actoras bases para este proyecto de investigación, que a pesar de ser parteras todas se muestra que existen diferencias entre ellas, el error es considerar

que por ser parteras tradicionales²³ cuentan con el mismo marco referencial y llevan a cabo las mismas prácticas, con los mismos recursos y que además comparten una racionalidad única.

El siguiente cuadro hace más visible estas diferencias, a las que alude Menéndez (2016) cuando aclara que la interculturalidad en la salud desde las estrategias institucionales, no ha toma en cuenta que la interculturalidad existe por sí misma dentro de cada grupo cultural, por las interrelaciones que se dan entre las personas, entre sociedades, lo cual es un proceso histórico que no se tiene que construir, Dietz (2013) lo denomina como intraculturalidad o endoculturalidad adherida al proceso de interculturalidad.

Cuadro 12. Parteras tradicionales en la casa materna y medicina tradicional						
Edad	Lugar de nacimiento	Idioma	Escolaridad	Años de experiencia	Servicios	Recursos principales
75 años	Un ejido	Español	No sabe leer ni escribir	50 años	Control prenatal, parto puerperio, empacho, ojo, lombricera, quebradura, masajes	Manzanilla, mishto, ruda, hinojo, aceites, té, confortantes, cebo, pastillas
58 años	Pueblo nuevo, Citalá	Tseltal, domina un poco tsotsil y español	No sabe leer ni escribir	38 años	Control prenatal, parto y puerperio, baños de hierbas, de vapor, masajes y caída de matriz	Mishto, hinojo, mesté, Chilca, ciprés, aceite, té, vendas,
67 años	20 de noviembre	Tseltal y tsotsil, domina poco el español	No sabe leer ni escribir	40 años	Control prenatal, parto y puerperio	Mishto, aceite, temascal
75 años	San Cristóbal de Las Casas	Español y un poco tsotsil	Lic, en Pedagogía	25 años	Ya no atiende, apoya su compañera de guardia	
50 años	Frontera Comalapa	Español	Primaria	28 años	Embarazo, parto, puerperio, espanto, empacho, caída de matriz, cólicos, coxis	Mishto, ruda, manzanilla, romero, talco, aceite de oliva, pastillas, inyecciones, jarabes
61 años	Oxchuc	Tseltal y español	Ninguna, pero sabe leer y escribir	30 años	Embarazo, parto, puerperio, espanto, lombricera, mal de ojo, barridas, baños de temascal	Hierbas, velas, aceite, ungüentos y temascal
28	San Cristóbal	Español	Secundaria	10 años	Embarazo, parto y puerperio	Hierbas, aceite

Fuente: Elaboración propia, en base a los datos recogidos en las entrevistas de octubre 2017 a marzo 2018.

Con estas características queda claro que no es un grupo homogéneo, como en todas las sociedades y culturas, las personas comparten elementos que los hacen ser reconocidos a través de una identidad ya sea de origen étnico o mestizo, laboral, de género, entre otros. Es más, dos parteras refieren que aún atienden partos en sus lugares de origen rurales, y ahí el trabajo de la partera es visto como no remunerado, como una actividad que se recompensa con el

²³ Término que las clasifica en un grupo de especialistas no biomédicas

reconocimiento de su comunidad o en especie (Morales, 2017). A diferencia de su labor dentro de la casa materna y medicina tradicional, que es un cobro económico particular, en sus comunidades es un beneficio simbólico. Y muchas parteras de la zona urbana ven su actividad como laboral para tener ingresos familiares. Como menciona Long (2007), la vida social es heterogénea, aun en circunstancias aparentemente homogéneas.

Su práctica de atención a la partería los engloba en la clasificación de médicas tradicionales para la atención de la mujer embarazada y el recién nacido, pero todas las demás acciones de salud, a pesar de coincidir en prácticas populares de autoatención no son iguales, debido a que el contexto social del que provienen y que ha influido en ellas a lo largo de su historia de vida, han sido diversas. Sin contar que no se está caracterizando a las demás parteras que están el área, ya se había mencionado incluso que realiza guardias una partera tradicional musulmana, y estuvo dos meses una partera tradicional formada en cursos de partería tradicional prehispánica.

Dentro del espacio donde se insertaron para vincularse con el sistema de salud, las ubica como el grupo de parteras tradicionales, articuladas al grupo de biomédicos (as), delimitadas por reglas institucionales, que les exige obligaciones como cumplir con las guardias, mantener limpio el espacio donde atienden, cuidar los utensilios de cocina, instrumentos y materiales médicos, llevar a sus pacientes a atenderse en la casa materna y ser apoyadas siempre por algún personal biomédico, se les exige tener el mismo comportamiento a todas y la misma forma de atención. Lo cual no ha sido factible ya que se generan conflictos, acuerdos y desacuerdos, sin actitud para negociar, ni solidaridad, pero estos procesos son vistos por el personal biomédico como problemas que no deberían darse porque todas son “Parteras”, y además son “Señoras grades”, así lo menciona una enfermera al abordar las dificultades que ha observado entre ellas. Es importante mencionar que a pesar de que los significados, los valores y las interpretaciones se construyen culturalmente, se reinterpretan diferencialmente de acuerdo a posibilidades conductuales o circunstancias transformadas por diversos factores (Long, 2007).

Personal biomédico inserto dentro del área, como afuera del área, en la jurisdicción coordinando recursos materiales, administrativos y clínicos, opinan que lo único que se debería cambiar es la actitud conflictiva que muestran, titubeando a la hora de hablar acerca de las relaciones interpersonales que se dan también entre el personal de la misma jurisdicción.

Importantes también como actores, activos en la relación con las parteras, se presentan las características del personal biomédico, que al igual parecen homogéneas, pero varían también en edad, formación profesional, años de pertenecer a la jurisdicción sanitaria, experiencias laborales en unidades médicas u hospitalarias, experiencias del trabajo junto a parteras tradicionales, llegan a utilizar técnicas de intervención variadas, de acuerdo a sus especialidades, y esperan que por ello los que poseen una formación académica de posgrado agilicen operaciones organizacionales.

Si bien es cierto que son un grupo ubicado como servidores de salud pública y la formación en el ámbito biomédico parte de una misma racionalidad, con rasgos centrados en el biologismo, tecnologías científicas, medicalización, individualismo e intervenciones quirúrgicas, además de otras (Menéndez, 1992), estructurados en procedimientos clínicos que no se pueden modificar; también se visibilizan conflictos que no se llegan a resolver. Hablan el mismo lenguaje técnico a diferencia de las parteras, pero el mismo autor, clasifica submodelos dentro del modelo hegemónico, el modelo individual privado, el modelo corporativo privado y modelo corporativo público; a los que pertenecen también y no dejan de integrarlas al espacio de trabajo en el área.

Para confluir en un espacio se necesita la construcción de una articulación en un tiempo de dos o más, grupos o personas, como refiere Goicoechea (2013) a partir de potencialidades relacionales y comunicativas. Si, se dan las relaciones con comunicación, pero es necesario estudiarlas, conocerlas para determinar cómo se dan, cuánto se dan, entre quiénes se dan, a quiénes se excluye, quién excluye, a quiénes se incluye, qué elementos condicionan que se logre un diálogo efectivo y eficaz.

Cada grupo de actores posee una cultura del conocimiento en el proceso de salud/enfermedad/atención, se asumen y se relacionan como pertenecientes a ese grupo clasificado desde afuera, como “parteras tradicionales” o “personal de salud”, lo pueden hacer porque el sentido de identificarse como tal, es diferenciarse, contrastarse, ya están ahí por un fin establecido, las diferencias los hacen ser de un grupo cultural, así es como lo conceptualiza Appadurai (1996), para dar a conocer que los grupos culturales no son sistemas cerrados. Si no hay otra cultura, no podrían reconocerse como una, de entrada, es importante entender que existen diferencias y tensiones a partir de estas.

Lo que abordaría una inter-culturalidad es el “entre” culturas, por ello la razón de precisar esa perspectiva de cultura. “Existo a partir de que existe el tú” dentro de mi propio grupo y con otro grupo, lo que hace falta es desarrollar las potencialidades relacionales.

Es del mismo modo, importante tener conciencia que esa relación transforma a lo largo del tiempo, como lo señala García Canclini (2004), pero no se han dado procesos de transformación paralelos entre los dos grupos de actores, como ya se mostró en el capítulo III, en el apartado de transformación/alterización, son las parteras tradicionales las que han sido más intermediadas por el grupo del sistema biomédico. Tal como Ramírez Goicoechea (2011) recuenta cuando aborda el colonialismo moderno, donde no se pretende aniquilar al otro, pero sí, incorporarlo desde y para un proyecto político-económico de manera subordinada.

4.2 De las propuestas de interculturalidad en salud: partería y política

Las decisiones de pretender interrelacionar dos sistemas médicos, si bien tienen algunos antecedentes en México de reivindicaciones étnicas y aportaciones de intelectuales, son decisiones políticas, plasmadas en propuestas de políticas públicas.

La interculturalidad como conceptualización es usada para seguir un fin, que no se entiende solo como político, en el sentido de atender los derechos culturales, sino también como económico. A continuación, se despliega el porqué.

Como se planteó en el capítulo I en los antecedentes históricos de la medicina tradicional en salud, desde los programas integracionistas del INI en la década de los cuarenta, se hicieron intentos para que convergieran médicos tradicionales con médicos alópatas, capacitando a promotores culturales sanitarios para integrar a los pueblos originarios en los patrones de sanidad del sector salud. Posteriormente en los años setentas con programas de interrelación con la medicina tradicional, del IMSS-COPLAMAR, sin darle seguimiento, pero, con mucha más fuerza se dirigen políticas en las décadas de 1980 y 1990, con el reconocimiento México como país pluricultural y legitimar los derechos de los grupos étnicos. Pero podríamos preguntarnos porque no han sido funcionales, si los esfuerzos vienen dándose desde hace muchos años y con acuerdos y compromisos internacionales, aunado a la dinamización de grupos que luchan por sus propios derechos, una de las razones que se vuelve a verificar es que no se toman en cuenta a los actores y actoras principales, su agencia, sus conocimientos, sus capacidades y su propia forma de integrar las decisiones externas, los programas y las políticas son implantadas por

instituciones oficiales de salud que guían pero desde una racionalidad propia desde la estructura jerárquica, que tampoco se pone de acuerdo.

Dentro de estas intervenciones por incluir a la medicina tradicional en sector salud, se reconoce la importancia de las parteras en las políticas de salud materna, alcanzada ésta hasta principios del siglo XXI en dos de los ocho puntos de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) del año 2000, integran reducir la mortalidad infantil y mejorar la salud materna, lo cual hizo que se diera una mirada en el país para la atención a la salud materno infantil. Y en el año 2001 con el programa de acción de Arranque Parejo en la vida (APV) creado por el gobierno federal para atender desafíos en salud materna, el cual se implementó en 2002 en el estado de Chiapas (Morales, 2017), como en acciones anteriores, Chiapas es uno de los estados en los que se llevan a cabo programas de intervención por las características de su población, pero no se alcanzan los objetivos planteados, por lo menos no en todas las regiones, siguen existiendo grandes dificultades a la hora de implementarlos.

En este programa de APV participaron, un auxiliar de salud y una enfermera que colaboran en la casa materna y medicina tradicional de SCLC, junto a la coordinadora de ese año del programa de Salud de la mujer, dentro de un sub programa denominado Desarrollo Integral de Salud para los Pueblos Indígenas (DISPI), que en la actualidad cambio su nombre a Componente Comunitario, donde se capacitaban a las parteras tradicionales para la atención del embarazo, parto, recién nacido y puerperio, es del que se desprende los servicios de la casa materna. En 2009 al ser convocadas las parteras que asistían al centro de salud de los Pinos en San Cristóbal de Las Casas, estos dos actores participan para dirigir la casa materna.

En esta ocasión, por lo menos dos personas son las que han estado dentro de los programas con las parteras, cuyo tiempo de relación les da la oportunidad de conocerse más a diferencia del resto del personal biomédico que cambia constantemente, sin embargo, dentro de las estrategias políticas de los programas no se ha puesto la importancia de mejorar las relaciones interculturales, lo que ha llevado a alejarse más de los objetivos de interculturalidad en salud y no de superar las dificultades que se presentan en estos espacios.

En un inicio se denominó área de medicina tradicional, dentro del Hospital de las Culturas, pero ya existían casas maternas en otros municipios, la coordinadora de Salud Mujer refiere haber inaugurado la casa materna en San Andrés Larrainzar, y, ya existía incluso antes en Tenejapa, entonces, ¿por qué no se lo denomino desde el principio también casa materna?,

ella misma menciona: “como el hospital se llama hospital de las culturas, la idea era tener una parte intercultural con la población para la atención” (Coordinadora, febrero 2018), sin embargo, insertan solo parteras no a diversos médicos tradicionales. El nombre pareciera acomodarse más al proyecto de Las Culturas, aunque en realidad no funcionase para toda la población étnica que asiste a prestar atención de salud al hospital, es más muchos pacientes ni siquiera se enteran de que existe el área dentro del hospital.

Pero una observación que se hizo, es que constantemente cuidan tener evidencias de los casos y eventos, como fotos, videos y estadísticas, para presentarlo como un proyecto de la Secretaría de Salud del Estado, seguramente aparecerá como caso de éxito de la política de interculturalidad en salud, como los presentados por Almaguer (2014) en el texto del gobierno y administración pública: Interculturalidad en Salud, experiencias y aportes para el fortalecimiento de los servicios de salud.

Ya que las parteras eran “capacitadas” y estaban insertas en sector salud, se les invita a dar sus servicios en instalaciones del hospital, en 2010 se pone en marcha, inaugurado con un discurso y un evento político del gobernador de Chiapas y en Presidente de la República, en turno:

"....y ya cuando empezamos aquí, ya fue que nos empezamos a enredar por acá, y, supimos que necesitaban parteras acá, por eso nosotros venimos cuando nos los dio Juan Sabines, cuando nos los dio esta área de partos, por eso ahora sí que lo estábamos peleando a uña y dientes porque pues según que nos los querían cerrar, pero pues no, porque aquí fue que empezamos nosotros, el Juan Sabines nos lo dio, porque él fue el que nos dijo, incluso lo tengo bien pendiente en mi cabeza, que él nos dijo: miren, mujeres aquí les entrego casa y herramienta y ustedes saben cómo van a trabajar” (Partera R, febrero 2018)

“Llegamos juntas, todas las parteras entraron el mismo día de la inauguración, la doctora nos dijo: -Ya va a haber un hospital ahí donde van a hacer, va a haber un cuartito donde atiendan partos ustedes, donde van a estar con doctores que las van apoyar por alguna complicación, pero no te digo que mañana, porque saber hasta cuando, pasó años y nunca había, ya cuando empezaron a construir el Hospital de las Culturas ahí fue, ya cuando dijeron va a haber una inauguración del Hospital que se va a llamar Hospital de las Culturas, donde va a haber medicina tradicional, pues no pensábamos que éramos nosotros, pero en los Pinos dice la doctora: -Ya tienen lugar para ustedes para ir a atender parto haya, va a ir a conocer en la inauguración, esta semana no vayan a fallar, van a estar todas las parteras-¡ha! fuimos trastabiando pues, ahí estaban todas las parteras, hubo tamales, convivio (...) -¿les pidieron que llegaran con su traje típico?- “Si, yo no tenía traje regional, pero lleve una que solo se dobla así, es de Guatemala, y participe con eso,

estuvimos en el evento con doña Malena, ella paso como la parturienta, yo atendí el parto, según, lo metí al temascal, todos fueron las parteras, estuvieron haya, está el video en internet” (Partera C, febrero 2018)

En el año 2015 se cierra sin comunicarles a las parteras, con el rumor de que hubo un parto con complicaciones de dos de las parteras, para la reapertura se versan de nuevo rumores, algunas mencionan que además de realizar guardias en la entrada del área, todo el año que se mantuvo cerrado, tuvieron una reunión con personal de la jurisdicción, una más, menciona que ella hablo con la jefa jurisdiccional y que por ello abrieron de nuevo el área y un personal biomédico, menciona que le dijo a la jefa jurisdiccional que las parteras iban a recurrir al gobernador y que era importante ponerlo de nuevo en operación:

“Hicimos la junta haya arriba, con el doctor..., ya la doctora ya no sé presento, ya estaba en Tuxtla, pero cuando vino el gobernador eso sí, en este lugar. - ¡Mis parteras, que vengan a atender el parto, que vengan todas las parteras de las comunidades, pueden venir a atender su parto-, pero ¿dónde está? -, ya ni se volvió a presentar la doctora cuando se volvió a abrir (...) yo como le dije al doctor cuando hicimos la junta. –se me complica en la casa (...) en cambio aquí estamos libres-, -bueno que se abra- dijo el doctor, - ¡no ahora sí, que se abra! –“(Partera P, marzo 2018)

“...vine y encontré todo cerrado, le hable a la doctora...le digo, mire acabo de regresar al área como ya habíamos quedado y mire está cerrada el área, ya no entra nadie, el altar está todo sucio, ya está descuidado aquí-, ya fue donde dijo: -No, esa área se va a volver a abrir-, -Y ya fue que vino el doctor... y dijo, gracias a una partera que se comunicó con la doctora... gracias a esa partera se vuelve a abrir el área-, nada más que hay mucho, que porque otras parteras metieron oficios, pero no, no...” (Partera Y, febrero 2018)

“...y cuando me vengo acá no hay nada. Pues yo siempre le comunico a la doctora –está cerrado- -no están las parteras- empezamos a hablar, no que hay esto, hubo esto, hay un documento de la COFEPRIS, que lo cerró (...) -nos vamos a reunir y nos vamos a ir con el gobernador- Entonces yo ya le hablé a la doctora..., mire usted doctora van a ir con el gobernador, téngalo por seguro el gobernador le va a decir, ciérrenlo. Pero van a llegar hasta allá, mejor veámoslo de otra forma, entonces re aperturemos (...) y empezamos de nuevo, pero ya no tardo mucho la doctora, se fue a Tuxtla. Entonces ya quedó el doctor.... Ya cuando se re apertura ya le buscamos la estrategia, doctor mire porque no hacemos así, y ya le gusto, y una ambulancia por cualquier cosa” (Auxiliar de salud, febrero 2018)

En el año 2016 se abre de nuevo con personal biomédico de la jurisdicción a cargo, los datos proporcionados por la coordinadora de Salud Mujer aclaran que en realidad empata con que en el año 2015 se enmarca la Iniciativa Salud Mesoamérica (SM 2015) en Chiapas, con el objetivo de mejorar la salud materno-infantil en 30 municipios del estado. La Iniciativa Salud

Mesoamérica (SMI) se fundó en 2011 como una alianza público – privada entre el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y financiado por la Fundación Bill & Melinda Gates, Fundación Carlos Slim y el Gobierno de España²⁴ (Morales, 2017). Lo cual no corresponde a lo que saben los actores antes mencionados:

“...y luego se da que comienza todo esto de Salud Mesoamérica, y como que se fue dando todo, a esa necesidad de las partes como que cayó como anillo al dedo, y entonces empiezan a trabajar haya, pero oficialmente Salud Mesoamérica pretendía habilitar acá en el albergue, y luego siguieron los aspectos financieros, de quitar esta barda para acá y ponerla para haya, y abrir aquí, que una ventana y una puerta, en fin, redistribución de espacios y entonces para eso el doctor ya les había concedido que las compañeras parteras entraran nuevamente ahí pero un poco la idea inicial fue solamente valoración de embarazo, solamente consulta de embarazadas, nada de atención obstétrica, porque igual, no había quien las vigilara o quien estuviera acompañándolas, por el personal, si todo mundo tenía ya su lugar, su comisión o su asignación, y yo creo que se fueron dando muchas cosas a la par, de tal manera que se le fue dando la idea al doctor, incrusta a la doctora responsable, luego los espacios eran mucho mejor, el Hospital dijo bueno, ustedes quédense con este espacio, la jurisdicción que se quede con este espacio funcionalmente, aunque por estructura y por clues todavía sigue perteneciendo al hospital (...) y así comenzó a jalarse las parteras, pero solamente estaba pensado para atención de consulta y no para atención obstétrica inicialmente y luego se fue fortaleciendo más, que le fue metiendo que una enfermera, que otra enfermera, que otra, y luego que ya Salud Mesoamérica también fortaleció que con la mesa, las sillas, los trastes...” (Coordinadora, marzo 2018)

En este momento cambia de denominación a Casa materna y medicina tradicional de SCLC, porque SM 2015, habilitaría a las casas maternas del estado. Las parteras no tienen la claridad de estas decisiones, que como se puede constatar están dadas de fondo por decisiones político-económicas, de desarrollo en salud, retomando el elemento cultural del conocimiento tradicional de las parteras, pero aprovechándose de lo que se presenta al momento, como fue el caso de las estrategias internacionales que generan presupuesto del sector privado, ya que no existe un presupuesto especial dirigido a las casas maternas.

El Sistema de salud gubernamental no muestra un interés íntegro del reconocimiento de la labor de las parteras, porque se van implementando reglas, personal, elementos del escenario de servicio, tipos de capacitación y recursos, sin una planeación y organización apegadas ni siquiera a las estrategias de política intercultural de la misma Secretaría de Salud, ni apegadas a

²⁴ Busca reducir la brecha entre los indicadores de salud materno infantil del veinte por ciento más pobre de la población y los promedios nacionales en 8 países del Istmo mesoamericano, incluyendo Chiapas, México

las características del contexto en que se encuentran estos actores (as), y mucho menos, apegadas a un enfoque de interculturalidad crítica, como lo propone Ramírez Goicoechea (2011), donde se tienen que atender los problemas político-económicos que generan las desigualdades, para garantizar así el bienestar, la capacidad de decisión y participación.

En el capítulo I, en el apartado de normatividad para la medicina tradicional, se abordan los derechos culturales, la pertinencia de la atención de la salud con la medicina tradicional, la interrelación con la biomedicina, pero se visualiza ningún lineamiento que especifique cómo lograrlo, con qué recursos, ni qué condiciones se necesitan para alcanzarlo; ni se empata con ninguna política económica y, por ende, con ninguna institución que se interrelacione con los órganos e instituciones que guían las políticas económicas.

4.3 De las ¿Relaciones culturales?

Como menciona Argueta (2011), el diálogo entre saberes es una demanda que hacen los excluidos, para que se reconozcan sus saberes, sus identidades, su cultura. Se requiere eliminar las diferencias de poder, las desigualdades sociales, las asimetrías, pero no en el sentido de querer negar que las relaciones interculturales contienen conflictos, desacuerdos, con sistemas de acción que siguen lógicas diferentes, pero que se pueden articular en la diferencia.

No es precisamente pretender que las parteras tradicionales y el personal biomédico sean iguales, pero sí que estén en igualdad de oportunidades, en primer lugar, con la oportunidad de expresar, para que exista el diálogo se necesitan dos, uno que exprese y uno que escuche, y después se retroalimenten cambiando el rol de emisor y receptor simultáneamente.

Dentro de la interculturalidad se plasman condiciones, una es el diálogo, que se debe centrar en la ética de la otredad (Argueta, 2011). En la casa materna de SCLC, como ya se relató en el capítulo anterior, existe una falta de comunicación en varios niveles, entre algunos de los especialistas biomédicos y las parteras tradicionales, es lógico que dentro de los grupos de trabajo se plasmen dificultades para dialogar, pero algunas de las situaciones documentadas aquí, resultan ser muy relevantes porque en todos los casos las pacientes llegan a buscar a las parteras cuando sienten que están en trabajo de parto, al abordarlas la médica de ultrasonido antes de que la partera llegue, sin haber estipulado que ese va a hacer el procedimiento a seguir, es una falta de comunicación que afecta en primer término a la mujer que llega a buscar un

determinado tipo de atención y en segundo lugar, la posición de la partera y por ende las relaciones entre médica y partera.

En este caso es notable el anti-diálogo y la posición de hegemonía/subalternidad, y que no se están alcanzando los objetivos del trabajo intercultural por el que están dentro de la casa materna.

Es indispensable proveer de habilidades de comunicación entre ambas actoras, no solo a nivel verbal, sino a un nivel no verbal, tener apertura de escucha, y una conciencia de se dice con el cuerpo, con los gestos, con la postura; ya que después de vivir esa dificultad, no se aborda de forma directa el malestar de la partera ya no encontrar a su paciente. A pesar de poseer una racionalidad diferente, la racionalidad en la que deberían basarse es en la comunicativa (Argueta, 2011)

Pero como alcanzar una racionalidad comunicativa, primero se desglosa el análisis del tipo de comunicación que, a nivel institucional, se maneja una estructura jerárquica vertical, con un tipo de comunicación descendente, donde las jefaturas son las tomadoras de decisiones, las que envían los mensajes hacia abajo, y dan respuestas cuando eligen, sin responder a todas las peticiones o preguntas que les llegan. Los de abajo tienen que obedecer las órdenes, apegarse a los reglamentos y lineamientos que guían las conductas y los procedimientos. Así se puede observar cuando el personal biomédico relata y actúa en la práctica cotidiana de sus labores en la casa materna. Así han funcionado los programas, en la medida en que la jefa o el jefe en turno tomen decisiones.

Esa es una racionalidad con estructura vertical, que incluso se deshace cuando cambian de puesto o de adscripción, pero las parteras tradicionales han trabajado solas, desde que empezaron a prestar sus servicios de partería, sin un jefe o una jefa. Algunas experiencias con organizaciones de la sociedad civil y la academia han trabajado en conjunto con las parteras para disminuir la mortalidad materna en México, pero con una lógica diferente. Como es el caso del Comité Promotor por una maternidad segura en México, creado en 1993, una red de personas de organizaciones de la sociedad civil y la academia, cuyo quehacer ha sido la incidencia política y la mejora del desempeño de los servicios de salud (Freyermuth, 2015).

Junto a universidad e institutos de investigación, ha organizado encuentros de parteras, locales y estatales, donde se reúnen varias parteras rurales y urbanas, para establecer lazos de convivencia y retroalimentarse sobre las redes de servicio de salud que tienen disponibles para

coadyuvar a la morbilidad materna de sus regiones y localidades, en 2016 realizaron el primer boletín para parteras tradicionales donde se plasma entre otras cosas, los derechos que las parteras poseen, como el derecho a vivir, a pensar, a decir lo que piensan, a tomar sus propias decisiones, a moverse con libertad, a no ser maltratadas, a recibir pago por su trabajo y una vida digna para ellas y sus familias, así como sus derechos como mujeres, se invita a que se reúnan con otras parteras para leerlo juntas, apoyándose de sus compañeras parteras que saben leer y a escuchar la grabación que se realizó en tseltal y tsotsil.

En 2016 se realizó el primer encuentro local de parteras de San Cristóbal de las Casas, Chiapas, entre el Comité promotor de una Maternidad Segura y Voluntaria en Chiapas (CPMSV), el módulo de salud de la Facultad de Ciencias Sociales de la UNACH y CIESAS, se reunieron parteras tradicionales y parteras profesionales, donde compartieron opiniones y experiencias, la voz de las parteras es escuchada y documentada para conocer sus inquietudes, dificultades, sus demandas, sus necesidades y sus propuestas.

Trabajar conjuntamente en pro por un objetivo de salud es un reto grande, que se han alcanzado en referencia a la salud materna, las relaciones interculturales entre especialistas tradicionales y biomédicos, es indispensable para alcanzarlo; pero haciendo conciencia por parte de los mismo actores, que están en la casa materna, por un fin direccionado, y que para eso es necesario establecer mecanismo diferentes para lograr el diálogo de saberes, como planea Hersh (2001), ¿para quién?, ¿para qué?, las respuestas las tendrían que dar ellos mismos, sino lo saben, entonces es necesario establecer un diálogo de saberes con otros actores, la casa materna con las organizaciones de la sociedad civil, con intelectuales de diversas disciplinas y con las mismas mujeres y hombres que llegan a pedir servicios de partería o medicina tradicional.

Es importante que quede claro, que la interculturalidad se plantea a partir de establecer un diálogo con respeto y empatía con las población que necesita los servicios de salud, eliminando las barreras culturales que han permeado la buena calidad, en un contexto como el de San Cristóbal de Las Casas y la Región V tsotsil-tseltal, no solo se tiene que lograr con la población de origen étnico, sino con toda la población que integra ahora personas de diferentes estados de la república mexicana, de otros países y otros continentes, con racionalidades culturales diferentes, y aprovechar las potencialidades que poseen, en una actitud de empatía y sin prejuicios, sin seguir los parámetros de una modernidad neoliberal, que elimina una otredad ética.

Como menciona Walsh (2005) retomado de Ramírez Goicoechea (2011), es necesario emprender una interculturalidad crítica de-colonizando los saberes, donde propone no partir de la diversidad cultural, sino de cómo ha construido el poder colonial la diferencia.

Reconsiderar las epistemologías tradicionales indígenas y populares, está en la propuesta de de-colonizar los saberes, para crear formas más armónicas entre el ser humano y su entorno. Dentro de la casa materna, el jardín botánico es un elemento importante que provee de plantas medicinales para la práctica de la herbolaria, recurso por excelencia de las parteras tradicionales, que ahí todas comparten. Es un tema que casi nunca se escuchó durante las observaciones, ni que se mencionara en las entrevistas, entre biomédicos y parteras, importante sería que las parteras tuvieran espacios para explicar la importancia de ese recurso y explicar las funciones que le han ido encontrando a las plantas, la ayuda que les ha proporcionado a las mujeres en el momento de parir, o para calmar algún malestar físico, emocional o espiritual incluso.

Gasché (2004) menciona que se tienen internalizados valores y automatismos conductuales frente a los grupos indígenas, es una concepción de las personas que viven en las zonas urbanas de la mayoría del estado de Chiapas, sentirse mestizos parecería una condición privilegiada, tiene que ver con la historia del país, el sentirse mestizo mexicano o indígena mexicano (Navarrete, 2004).

Lo que sí se pudo observar en las relaciones de la casa materna es que, si existe una relación de racismo entre parteras hacia las de origen indígena y entre personal biomédico hacia las parteras indígenas, se aclara que no todos, lo hacen, pero muchas veces si es marcada esa actitud. Por lo tanto, no solo se establece la dominación/sumisión en términos de la relacionalidad entre dos saberes médicos, sino entre actores mestizos e indígenas, y más aún si no saben leer y escribir, que lo relaciona con el estado objetivado e institucionalizado del capital cultural, del que hace referencia Bordieu (1987).

Son necesarias las resistencias y el trabajo en conjunto para superar las desigualdades, en primer lugar, es necesario visibilizar lo que sucede en las relaciones interculturales que se están dando en la casa materna y área de medicina tradicional de SCLC, y emprender esfuerzos para cimentar las capacidades relacionales, los subalternos por si solos no pueden superar las dificultades sociales, se necesita la coparticipación (Gasché, 2004).

4.4 Interculturalidad y Desarrollo Local...posibilidad de alianza

Desarrollo, concepto controversial, cuya evolución también es histórica, coyuntural, comprometida con la desarticulación de un eurocentrismo neoliberal, paso por una concepción cruda del avance en términos de crecimiento económico, hasta llegar a un paradigma de lo local. No solo en consideraciones de las escalas espaciales lo local como lugar, sino en los procesos de contrucción en un territorio que se crea por un entramado de relaciones entre actores. Desde aquí, el empate con el concepto de interculturalidad, abordado desde la relacionalidad.

Un aspecto que los liga son la base de donde tienen que generarse las estrategias de acción, desde abajo y ya no solo desde arriba, es decir, los actores que pertenecen a una sociedad, que comparten un espacio, son los que pueden tomar los acuerdos, teniendo en cuenta que poseen racionalidades diferentes, que están para un bien común (Arocena, 2017). De aquí se desprende dos elementos compartidos, por un lado, dar voz a los actores principales y por otro, dar cuenta de la diferencia entre actores.

Si el desarrollo local implica incluir múltiples dimensiones, social, económica, política y cultural, la interculturalidad pone en primera instancia a la dimensión cultural, para hablar de las relaciones entre culturas. El concepto de cultura como el sentido del ser a partir de que existe una diferencia (Appadurai, 1996), o como lo expresa García Canclini (2004) cuando aborda la interculturalidad, existir en la diferencia, ser lo que se es en la diferencia.

El desarrollo local, desde un enfoque más integral tiene como categoría del desarrollo en la dimensión cultural a la identidad, con respecto al territorio. Arocena (2004) hace hincapié en que la identidad juega un papel importante en los procesos del desarrollo, pero dentro de un continuo de transformaciones y cambios, que son necesarias para permanecer, ya que son innegables las relaciones con otros grupos. Lo que rescataría con mayor precisión la interculturalidad es bajo los preceptos de respeto, diálogo, confianza, solidaridad y empatía, cultivando relaciones más simétricas.

Gasché (2004) está de acuerdo en que las culturas se conservan transformándose, dicha transformación solo es entendida en términos positivos, si se comprende ampliamente que la identidad cultural se asume a partir de reconocer otras identidades, de reconocer al otro, pero no desde el otro alterizado, subordinado, sino desde una visión del mundo como diverso, plural. Y no de forma pasiva, con la libertad de ser autónomo, pero desde una posición de autonomía

crítica, pensante, resistente ante los embates de dominio, rescatando y preservando los aspectos que otorgan un modo de desarrollo desde una visión local.

En este caso, las parteras tradicionales con sus saberes locales, provenientes de su grupo identitario, poseen soluciones para la salud materno infantil, coadyuvan con su rol a cubrir las necesidades o intereses de las mujeres permeadas por su cultura, durante el embarazo, parto y puerperio (Freyermuth y Meneses, 2017).

Sin embargo, no se puede dejar a un lado, que las parteras son parte de un modelo de saberes médicos, subordinado, donde se encierran rasgos estructurales (Menéndez, 1992), como una tendencia al pragmatismo o una asimetría en la relación médico-paciente (como lo tiene también el modelo hegemónico), y que es necesario apropiarse o transformarse en adquisición de capacidades sociales o relacionales, para que posibiliten a las mujeres la posibilidad de tomar una decisión consciente de cómo, dónde y con quién parir, y una participación activa, como se conceptualiza el parto con pertinencia cultural (Freyermuth y Meneses, 2017), definido desde una perspectiva antropológica.

Si las parteras que atienden desde su bagaje cultural, muy parecido a las personas que las buscan para que asistan el proceso de parir o les resuelva un malestar de salud, padecimientos como el mal de ojo, el espanto, el cólico, la quebradura, la lombricera, etc., que son parte de un contexto sociocultural, y así es como se desarrolla su modelo médico para sanar o prevenir (Goicoechea, E. 2012); con mucho más ímpetu se necesita una transformación en el personal biomédico, con respecto a las capacidades de relacionalidad, como las que ya se mencionaron, ya que influye la racionalidad que el modelo hegemónico ha impuesto en el proceso de salud/enfermedad/atención.

Si bien muchos de los prestadores de servicio de salud, también poseen una identidad cultural de la región, étnica o mestiza, su formación profesional permea mucho la actitud de que toma hacia la población que asiste. Comparten con los especialistas tradicionales, el rasgo estructural de la relación asimétrica entre médico y paciente, principio que la interculturalidad alienta a modificar.

Pero para superar este y otros rasgos, es necesario empezar con la relación que se da entre la partera tradicional y el biomédico (a), sino se logra el diálogo de saberes y las actitudes de respeto, confianza, solidaridad, equidad y empatía, entre ellos, como pretender dar el salto a

la relación con los prestadores de servicio para la atención de la salud y las personas a las que se atiende.

Ya en varios trabajos, se ha abordado que es muy importante y se ha instrumentado, dentro de su perfil de formación médica, en las universidades de medicina y enfermería a los estudiantes con un eje intercultural, donde las disciplinas como antropología médica principalmente han guiado estas asignaturas. Algunos ejemplos donde se ha implementado son la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, con contenidos temáticos de antropología médica, la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM con contenidos de la socio antropología, la Escuela Superior de Medicina del Instituto Politécnico Nacional, con enseñanza de antropología médica y prácticas de campo con médicos y médicas tradicionales, y, la Escuela Superior de Enfermería y Obstetricia del Instituto Politécnico Nacional (UAM-Xochimilco, 2006).

Sin duda, grandes esfuerzos, cabría la propuesta de no desvincular los ejes culturales de los económico-políticos, por lo tanto, incluir contenidos de las desigualdades histórico-políticas y económicas como menciona García Canclini (2004) y Ramírez Goicoechea (2011), para el estudio de la interculturalidad. es trascender la necesidad de una transdisciplinariedad.

Las universidades, por lo tanto, desde el punto de vista del Desarrollo Local, serían un agente que provea soluciones y acciones para un desarrollo en el ámbito de la salud de la población, y a su vez formadoras de actores integrales para poder interrelacionarse con otros actores que contribuyen a la salud local, como los y las médicas tradicionales. Cabe recalcar, que no hay que englobar prácticas, recursos y nociones de la salud/enfermedad, ya se hizo referencia a que las diversas concepciones en todos los contextos son particulares.

Existe desde finales del siglo XX un enfoque en la cultura, de los organismos internacionales para el desarrollo (Cevallos, 2005), dimensión que no había sido retomada en años anteriores como eje central, aunque cabe la duda si está vertiéndose como elemento que incluye a otras dimensiones, sociales, políticas y económicas, o como eje transversal de desarrollo. Cevallos menciona que se está apuntalando hacia la visión de una interdependencia entre todas las dimensiones, lo económico hacia la cultural y lo político, lo político hacia lo económico y cultural y por supuesto, realzar lo cultural hacia lo político y lo económico.

En este momento, se pretende hacer enlace con otro punto de confluencia entre desarrollo e interculturalidad, principalmente con la conceptualización de interculturalidad

crítica, donde Ramírez Goicoechea (2011), propone una visión policentrada y no culturalcentrada, si bien ha sido trascendente las referencias culturales, se puede caer en una interculturalidad liberal, donde se “integre” o se “inserte” a la diversidad cultural, a las minorías, a través de un discurso de que el contacto en el mismo espacio, por si solo logra poner en igualdad de oportunidades, logra crear un diálogo de saberes abierto, flexible y operativo.

Una política pública centrada en lo cultural, se olvida y no hace ella misma el diálogo con las políticas económicas, políticas o sociales. De esta manera no logran, corregir las desigualdades de fondo que crean las posiciones de dominación/sumisión, hegemonía/subalternidad.

Los símbolos materiales que no son solo símbolos, que marcan la calidad de vida en el contexto, son equidistantes, como ejemplo está el sueldo que recibe el personal biomédico de la jurisdicción sanitaria, y el pago que las parteras cobran en ese espacio, no son equiparables, son un ejemplo más de la desigualdad de la distribución de la riqueza (en términos económicos) que posee el contexto mexicano, los estados del sur como Chiapas.

Sin dejar de mencionar, las desigualdades en términos políticos, de las poblaciones discriminadas y en condiciones de vulnerabilidad, como las de origen étnico. En América Latina las políticas de interculturalidad están más dirigidas a las relaciones interétnicas, que son las relaciones basadas en una distinción cultural e identitaria de las personas o grupos que participa en ellas, aclarando que son siempre relaciones de poder, de dominación política, de control social y de explotación económica (Navarrete, 2004), este autor menciona, que en muchas ocasiones la existencia o invención de una diferencia étnica ha servido para seguir preservando las relaciones verticales, pero muchas veces, han servido a los mismo grupos subordinados como mecanismos de defensa, les puede permitir participar en una sociedad capitalista sin perder su identidad.

Analizar para que han servido las políticas públicas de interculturalidad, en el sentido de las relaciones interétnicas en América Latina y en México, sería tema de otra investigación, pero si se toma como referencia las observaciones realizadas en la casa materna, el sistema de salud hegemónico sigue preservando una hegemonía política, por lo menos dentro del espacio, ya que es quien insertó a las parteras, quien las condiciono desde los noventas para poder hacer válida la constancia de la atención del parto, quién pone las reglas y acuerdos, otorgan poca delegación de autoridad en ellas, dando aparentemente la “oportunidad” de que realicen sus prácticas

populares tradicionales en salud en el espacio que se “construyó para ellas”, este es el discurso que se vende.

¿Dónde se pueden ver las reglas?, en los lineamientos que puntualizan hasta donde pueden llegar sus acciones. En la norma oficial 007 de la SSA (SSA/DOF, 2016) se menciona la participación de la partera tradicional, es definida como persona que pertenece a comunidades indígenas y rurales, que practica el modelo tradicional de la atención del embarazo, parto y puerperio, como personal no autorizado para los servicios médicos, hacen referencia también a los servicios con pertinencia cultural, como el modo de convivencia en que las personas grupos o instituciones, con características culturales diversas, conviven horizontalmente, respetuosa y sinérgica. De acuerdo a Freyermuth y Meneses (2017) la OMS (1985) señala que las parteras son un recurso fundamental para que el personal de salud se inicie en la atención al parto.

En la realidad no se crean las condiciones necesarias para cumplir con estos lineamientos, la coordinadora de salud de la mujer, considera que se está muy lejos de cubrirse lo que la norma, especifica:

“...así que la verdad es que vamos muy rezagados con ese tema porque si lo vemos así, cualquier hospital de aquí público, debería de tener adecuaciones en su infraestructura, para la atención con este enfoque, y no lo tenemos, estamos muy lejos de eso, me parece (...) debería tener una mesa para parto vertical, debería dejarlas con traje regional, que sé yo, debería de dejar entrar a sus parteras al área de expulsión, ¿qué hospital lo tiene así?, ninguno; me atrevo a pensar que ninguno (...) Pero bueno, oficialmente, normativamente, del centro nacional, nosotros tenemos varios documentos que nos dicen que deberíamos de, pero ¿Dónde? Y ¿con qué?, para empezar ¿con qué?, porque tendríamos que estar equipados para empezar, o debería haber los espacios físicos y luego el equipamiento, para que luego a los médicos nos vaya cambiando el chip, principalmente a los que están directos, a los especialistas, o los médicos que están a cargo de la atención obstétrica, ir cambiando mucha capacitación de sensibilización etc. El chip, para poder permitir, que, por ejemplo, una partera entre, o yo la mantenga con una ropa tradicional, aun cuesta mucho trabajo todavía (...) la casa materna podría ser o lo está siendo, pero es un trabajo incipiente, todavía, está iniciando...” (Coodinadora, marzo 2018)

Las parteras están inmersas en la casa materna en una práctica no encaminada a retomar sus conocimientos para el personal biomédico, sino a aceptar los conocimientos científicos y técnicos para apoyarlas a ellas, de vigilarlas y no crear oportunidades para que sea un aprendizaje mutuo.

En las nociones de desarrollo que inspiran lo local, están las definiciones de Amartya Sen (1999), el desarrollo incluye la libertad de la participación política; en el informe sobre desarrollo humano 2004, que presenta Cevallos (2005), se precisa que es importante la libertad humana para que la gente viva de acuerdo a sus preferencias, definiendo sus propios parámetros de bienestar, tal cual, se especifica arriba, en las políticas de la atención a la salud con pertinencia cultural.

Esta invitación que hacen los organismos internacionales para proponer estrategias desde cada nación, atendiendo su pluralidad cultural, no se puede operativizar, por la falta de recursos, personal preparado interdisciplinarios y transdisciplinarios sobre la interculturalidad, en todos los rangos jerárquicos de las secretarías, subsecretarías y coordinaciones de SSA. La responsable del área, la coordinadora de salud de la mujer y un auxiliar de salud de la casa materna y medicina tradicional de SCLC, coincidieron en que cuando les asignan una plaza de trabajo con parteras tradicionales, no sabían cómo hacerle, ellos se dieron a la tarea de buscar los lineamientos, estudiarlos, entenderlos, así como de investigar los casos de Latinoamérica donde se habían dado casos de interrelación de la partería tradicional con la medicina occidental.

Las políticas públicas deberían ser el puente o instrumentos para el desarrollo local, incluyendo a los actores sociales que estarán involucrados en la implementación, dotando de oportunidades para crear agentes locales.

Después de conocer como SSA conceptualiza a la partera tradicional, ubicándola solo en el ámbito étnico o rural, se aprecia otro concepto no analizado a profundidad, en la casa materna están inmersas parteras de la zona urbana, y el discurso público que hace el personal de salud de “medicina tradicional” está generalizado para todas las parteras de ese espacio, desdibujando las discriminación que ha existido entre la categoría identitaria de mestizo o indígena, es observable en términos un poco aventurados, el racismo y la discriminación que algunas parteras urbanas hacen hacia las parteras de origen étnico, y que además permean sus relaciones intra-culturales (Diezt, 2013).

La historia interétnica en San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, es una problemática impregnada hasta la actualidad de un marcado racismo y segregación hacia las culturas y regiones étnicas, lo que no se observa que se esté tomando en cuenta, ni para la inserción, ni para ayudar a solucionar los conflictos que se presentan dentro. Es más, pareciera vago o nulo el conocimiento y análisis del sistema de salud, de que en países como el nuestro y estados del

sur, la interculturalidad no solo se da entre biomédicos y etnomedicinas, sino entre biomédicos y parteras de la zona urbana; entre parteras rurales y parteras urbanas; entre parteras urbanas; entre parteras tsotsiles y tseltales; entre parteras tseltales; y, entre parteras tsotsiles.

No se plasma un concepto con posición crítica del término, ni de los conceptos que lo guían, como el que ya se expuso arriba, las relaciones interétnicas (Navarrete, 2004) que, si aclaran que se dan entre etnias y mestizos, o entre etnias. Mucho menos que la interculturalidad ya está dada por sí misma desde el momento en que hay procesos de relacionalidad humana dentro de nuestro propio grupo cultural (Menéndez, 2016).

Se propone retomar el concepto de medicina popular-tradicional, “como el conjunto de saberes y prácticas alrededor del proceso salud-enfermedad-atención generados y transmitidos por los grupos sociales populares tanto de áreas rurales como urbanas...” (Campos, 2006:19). Así no se traza una línea única de la medicina tradicional como sinónimo de las etnomedicinas.

A modo de otro acercamiento del desarrollo local con la interculturalidad, se plantea quienes podrían ser los actores que se retomen en el territorio para instrumentar el desarrollo a través de procesos de interculturalidad dentro de la salud. Se pueden apreciar que existen voluntades para llevar a cabo las estrategias que plantean los programas y alcanzar los objetivos de salud de la población, pero son voluntades individuales, no colectivas, a veces de dos, pero no de todos los que podrían fungir como agentes locales, ha sido difícil sostener un sistema organizado estructurado en función de una lógica finalista (Arocena, 2001).

Este autor menciona que de acuerdo a Barreiro (1988) los actores locales son motor y expresión del desarrollo local, los divide en tres categorías: los que toman las decisiones político institucionales, los que están ligados a técnicas particulares que son los expertos profesionales y los actores ligados a la acción sobre el terreno, que pertenecen a la población. Articulados en concertaciones, negociaciones e interacciones, logran un desarrollo local.

Un ejemplo se puede tomar de las acciones de salud donde se han pretendido integrar a las parteras locales, para mejorar las condiciones de las mujeres y los niños y niñas, en los programas de salud materno-infantil. Se retoma la experiencia que relata una de las coordinadoras que pertenecieron a Salud de la Mujer en la jurisdicción sanitaria II, cuando llegaron a reducir la tasa de mortalidad materna en un municipio de Chiapas, aborda la red de actores que lograron formar para lograrlo, y la importancia de dar seguimiento a las acciones que la coordinación anterior había emprendido:

“...ya tenía más tiempo esta casa materna de Larrainzar, ahí llegamos a tener cero muertes maternas, era el único municipio que no nos presentaba muertes maternas, realmente funcionaba súper bien (...) Si ellas si llegaban a atender ahí, bajaban de sus comunidades, y comunidades lejanas, eran las que atendían ahí. La red del transporte que era muy buena, gente muy involucrada, un chofer allí muy bueno que recuerdo, él nos apoyaba y como se conocía la gente en todas las comunidades, ya le hablaban y activábamos la red, y si tuvimos, yo recuerdo como unos dos o tres años, cero muertes maternas en ese municipio (...) También trabajábamos en Tenejapa con un proyecto de varias instituciones, se trabajaba mucho en disminuir la muerte materna, porque es multifactorial y una de las cosas que trabajaba mucho fueron las redes de servicio, que se activaran, allí fui muy estricta. Cuando ya comprendes de fondo que pasa, entonces, todo lo que hagas en disminuir la muerte materna como trabajar con parteras, realización de redes, cajas rosas, guindas, capacitación por aquí, por haya, se queda corto. Entonces, mi objetivo era disminuir la muerte materna en la zona altos de Chiapas; que, gracias a Dios, mientras estuve en la coordinación si tuvimos una disminución como del 51% de reducción de la muerte materna (...) Ya había trabajos que se habían establecido cuando yo llegué y que les di seguimiento, porque me queda muy claro: no porque llegues tú vas a implementar cosas y vas a dejar a un lado lo bueno que había, yo le di seguimiento y eso fue el éxito...” (Coordinadora, febrero 2018)

Cuando el impacto en salud es tangible, se habla de desarrollo, cuando están involucrados muchos actores que pueden integrarse y reconocer lo que cada uno posee, se habla de un proceso de desarrollo local, pero habría que analizar más profundamente que opciones planteó cada actor para reducir la tasa de mortalidad materna, y porque no se les dio seguimiento a las acciones vertidas en esa experiencia.

El último elemento que se pone en la reflexión, es cómo funciona la red comunitaria en la casa materna de San Cristóbal, que aspectos hay que tomar en cuenta para una zona urbana, ya que, sin afán de afirmar, la cultura de relaciones en muchas zonas rurales es más colectiva que en las zonas urbanas.

Conclusiones y recomendaciones

A lo largo de este trabajo de investigación se presentó como se ha insertado la medicina tradicional dentro de sector salud, comenzando con acciones sanitarias dirigidas a la población indígena, con la intención al principio de integrar las visiones de salud/enfermedad/atención tradicionales indígenas al modelo occidentalista, sin tomar en cuenta sus derechos como grupos culturales heterogéneos, lo cual se encuentra descrito en el capítulo I en un recuento histórico, posteriormente las estrategias propuestas para tomar en cuenta el saber de los y las médicas tradicionales para la atención de la salud primaria, los lineamientos legales hasta la creación de la Casa materna y medicina tradicional, de San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, donde se insertan parteras tradicionales, para atender junto a personal del sistema biomédico de la jurisdicción sanitaria II.

La política de salud que propone esta inmersión se basa en un enfoque intercultural en salud, y para llegar al análisis de como se establece la relación entre las racionalidades de los dos sistemas médicos y las condiciones de la inserción, se presentó un marco teórico metodológico basado en la interculturalidad crítica, las relaciones interculturales y los procesos de dominación/sumisión, de Ramírez Goicoechea, García Canclini y Gasché, y de la interculturalidad en salud, donde se retoman autores como Campos Navarro que abordan las condiciones en las que se tendría que desarrollar una salud intercultural y se hace hincapié de nuevo en la intención de la OMS en retomar los saberes de la medicina tradicional para incrementar los índices de salud en poblaciones marginadas, principalmente con altas tasas de mortalidad materna e infantil, de ahí recurrir a la partería tradicional.

Mediante la inmersión etnográfica con los actores principales: las parteras tradicionales junto al personal biomédico, de la casa materna y medicina tradicional de SCLC, se pudo llegar al análisis de que no se ha logrado una interculturalidad en salud entre ambos especialistas, los lineamientos de la política pública no respaldan una horizontalidad en las relaciones, no solucionan las desigualdades sociales, políticas y económicas entre el sistema biomédico y las parteras tradicionales, ellas están obligadas desde el principio a “obedecer” las normas institucionales, a regirse bajo comportamientos bien vistos por el personal biomédico, sin que el sistema de salud les proporcione vías para desarrollar más potencialidades de agencia.

Aunque ellas posean capacidad propia para resistir y conocimientos propios para atender cada caso, es importante centrar las capacitaciones en aprendizajes que les permitan enfrentarse a una realidad que les implica saber leer y escribir, dialogar, negociar, tomar decisiones, defender sus derechos como parteras y como mujeres y algunas, como grupo cultural étnico. Donde ellas también puedan desarrollar sus conocimientos de partería y atención al recién nacido, a niños, niñas y adultos, hacia el personal biomédico, ya que hay demandas de la población que acude al hospital y a la casa materna que no es entendida por dicho personal y que las parteras si comprenden y poseen opciones de atención.

Son las parteras las que siguen reforzando el parto natural y las alternativas naturales para reestablecer la salud, como la herbolaria, los masajes, los baños de vapor, los baños de hierbas, entre otros, que a muchas personas les beneficia. Y no solamente población de la región con la misma racionalidad sociocultural, sino a personas de otros contextos que buscan alternativas médicas sin consecuencias alternas para prevenir o reestablecer su salud.

Si la intención de la SSA es integrar el trabajo de las parteras al sistema de salud oficial para disminuir juntos de forma colaborativa la mortalidad materno infantil, y así otorgar una mejor calidad de vida para las mujeres y sus hijos e hijas, es necesario proyectar recursos y estrategias que permitan reforzar y desarrollar capacidades de ambos (as) especialistas médicos.

Si los preceptos de la interculturalidad en salud es permitir un diálogo con respeto, confianza y solidaridad, es imprescindible primero dejar escuchar la voz de ambos actores, las expectativas que tienen de la interrelación que se pretende formar, las experiencias que las formo como parteras, como médicas, como enfermeros y enfermeras, como auxiliares de salud, las dificultades a las que se han enfrentado y las formas de solucionarlo. Permitirles hacerse una autoevaluación de las potencialidades como de las limitaciones que poseen en ese ámbito para reforzarse como equipo en mutuo aprendizaje.

No se trata claro está, de vender un ideal, de abordar que solo por estar en un mismo espacio de atención a la salud de logra el diálogo de saberes, en un encuentro con la diversidad la claridad de la diferencia debe estar presente, así como de la interculturalidad que se vive en la vida cotidiana, desde antes de llegar a otro contexto o de pertenecer a otro grupo ajeno al nuestro.

En las relaciones interculturales de acuerdo a García Canclini (2004), Gasché (2004) y Goicoechea (2011) están presentes siempre los procesos de dominación/sumisión, elementos

que la política pública no menciona, los anula en el discurso, pero no por ello se anulan en la práctica, por lo tanto, no tienen formas de enfrentarse a esos procesos que generan desigualdad y exclusión, que además a través de ciertos programas intenta “incluir” a los y las “otras”, con ello se refuerza la concepción de que las parteras tradicionales son esas otras que se deben de ajustar con sus prácticas pero vigiladas, a ellas se les tiene que enseñar, pero no se les deja claro que también pueden enseñar. Y si se trata de parteras tradicionales indígenas es aún más notable la posición de dominio porque no hablan bien español, porque no son escolarizadas, por sus tradiciones y costumbres, como se mencionó en el capítulo III y IV, existen actitudes de discriminación, incluso de las parteras tradicionales mestizas hacia parteras indígenas.

Pero tampoco se puede considerar que el origen étnico de algunas parteras les da una posición pasiva, sin capacidad de agencia ante la discriminación, poseen formas para enfrentarse y poner resistencia. En general todas las parteras tradicionales de la casa materna llevan a cabo acciones de contrapoder, por sus capacidades cognitivas, sociales y culturales, que su contexto les ha otorgado, ya sea por habilidades individuales o apreñadas socialmente, como lo menciona Norman Long (2007).

Que hacen: hacen alianza con sus pacientes, a pesar de la desmotivación se ponen de acuerdo entre ellas (algunas) para seguir llegando a cubrir su guardia como forma de presión aunque no tengan muchas personas que atender, se alían con algún personal biomédico para tener acceso a algún material o espacio, a la señora de la limpieza que siempre está dispuesta a colaborar, el médico holista para trabajar con el mismo o la misma paciente, para aprender algunas de sus prácticas, o incluso con las propias investigadoras que el jefe jurisdiccional o la responsable del área nos permitió hacer la investigación en la casa materna, ellas lo saben, se dan cuenta. En los eventos y capacitaciones, las parteras que no saben leer y escribir se aprenden de memoria lo que les preguntan, incluso se han ganado reconocimiento verbal u obsequios por responder lo que desean escuchar los médicos, toman actitudes de diplomacia ante los y las jefas jurisdiccionales y personal biomédico de los hospitales de la Cultura y la Mujer.

Muchas parteras mencionan que han retomado elementos de las capacitaciones porque les ha facilitado su trabajo, no todas refieren utilizar medicamentos, solo algunas, pero si recursos materiales como pinzas, tijeras quirúrgicas o cintas umbilicales. A veces, parecieran pensar más en ellas como especialistas que en las mujeres como pacientes, postura que se observa muy repetidas ocasiones en el personal biomédico. Pese a estas actitudes, que podrían

considerarse para otro trabajo de investigación, las parteras tradicionales representan las defensoras del parto natural.

La inserción de las parteras tradicionales a la SSA, que inicia desde antes que se abriera la casa materna cuando por diversas vías fueron condicionadas a registrarse en el sistema de salud, para validar la constancia del nacimiento de los recién nacidos en todos sus partos atendidos y así convertirlas en parteras tradicionales capacitadas, cubre con los requerimientos que la OMS u otros organismos internacionales exigen para los países de América Latina, de tomar en cuenta los saberes tradicionales-populares para la atención primaria en salud, pero en el caso de la casa materna y medicina tradicional de SCLC, no existe una infraestructura completa para dar atención tradicional de la región, no se derivan recursos del estado hacia el programa del componente comunitario que es al que pertenece la casa materna, no se corrigen las desigualdades económicas, políticas y sociales de la parteras tradicionales, no se cuentan con estrategias establecidas para enfrentar las dificultades o coyunturas por las que ha pasado esa área, se des visibilizan las relaciones de hegemonía/subalternidad, si bien existen voluntades y esfuerzos personales, no se les da seguimiento cuando hay cambio de personal.

Como práctica de inserción por excelencia son las capacitaciones basadas en el modelo hegemónico, cursos elaborados y presentados por personal biomédico de los centros de salud de la Jurisdicción Sanitaria II. Los resultados de estas estrategias, han sido subversivos, sin seguir la lógica de la interculturalidad, donde son también las parteras las que podrían capacitar al personal biomédico en relación a sus prácticas de la atención del embarazo, parto y puerperio. Además de capacitarse mutuamente entre biomédicos y parteras, también se podrían implementar capacitaciones entre las mismas parteras, para compartir conocimientos tradicionales populares.

Se considera como recomendaciones en relación a las capacitaciones: capacitar al personal biomédico acerca de las diferentes visiones médicas, no solo desde su formación profesional sino dentro de la jurisdicción, concientizar en ambos actores (as) la importancia de habilidades relacionales para establecer una interrelación, como el diálogo, respeto a la diversidad, respeto al entorno, respeto a la persona, solidaridad, habilidades de negociación, concientización de las actitudes de discriminación y el impacto negativo que tiene, es decir se trata de brindar oportunidades de educarse para la interculturalidad, aprovechando las diversas potencialidades que ya posee cada miembro en torno a estas pautas de interacción, para ello se

precisa de una observación y análisis profundo y extenso centrado en el actor. Tema que sería importante desarrollar en una investigación futura y retroalimentar la información a los encargados de implementar la política pública en ese espacio específico, o en el mejor de los casos abrir un programa en SSA para la investigación-acción.

Específicamente en las parteras brindar un desarrollo personal con programas de escolarización para aprender a leer y escribir, en su lengua de origen como en español, esto les permitirá tener acceso a la información que necesitan para sistematizar sus experiencias y aprendizajes nuevos, tomar decisiones y actuar en consecuencia, lo que Long (2007) denomina poder de agencia.

Lo anterior, en relación a la adquisición de un enriquecimiento de conocimientos para ayudar al buen parir de las mujeres y al recién nacido, para disfrutar de los beneficios que otorga un parto natural, cuidando las posibles urgencias obstétricas que pongan en riesgo la salud y la vida de la madre como de su hijo (a) con estrategias resolutivas que las mismas parteras han implementado y les ha sido funcional en su práctica de partería como en su práctica de medicina tradicional, así como las estrategias operativas que el sistema biomédico posee pero para la mejor atención de la población y no en beneficio del médico (a). sin dejar a un lado los beneficios de las parteras como ciudadanas, para que puedan ejercer sus derechos de reproductivos.

El sistema de salud al homogeneizar a los médicos y médicas tradicionales, sus prácticas, los recursos que utilizan, su concepción de salud/enfermedad y los espacios que requieren para brindar sus servicios, ha llevado a englobar todas las formas de saberes populares en salud con características únicas, sin tomar en cuenta los modelos de autoatención que se forman en cada lugar, ya sea rural o urbano, así como los sincretismos que han prevalecido en una zona pluricultural como es la región V Altos tseltal-tsotsil.

Como fue la OMS, la que conceptualiza por primera vez a la medicina tradicional, como el conjunto de conocimientos, prácticas y recursos de las culturas médicas populares, se empiezan a reconocer en México, como médicos tradicionales a todos los especialistas en saberes médicos de origen indígena, y se va denominando como sinónimo medicina tradicional con medicina tradicional indígena, lo cual ha reforzado la creencia de que la interculturalidad solo se da cuando existen relaciones interétnicas, entre grupos étnicos y mestizos, sin retomar como dice Menéndez (2016) que se establece dentro de cada grupo cultural y entre grupos. Estos pueden ser entre diferentes pueblos indígenas, que se diferencian, aunque compartan una macro

región llamada Mesoamérica, o una cultura maya. Los tsotsiles y los tseltales se distinguen por su propio idioma, sus propias nociones de persona, sus propios saberes locales en general, y entre cada pueblo tsotsil también hay diferencias, y dentro de cada lugar también radican las diferencias entre las personas, por lo tanto, no pueden seguirse planteamientos de políticas públicas, donde no se contextualiza de acuerdo las características del territorio.

Lo mismo se podría decir de los médicos y médicas que viven en la misma zona urbana, cada parte de una ciudad, barrio o colonia, también tiene sus particularidades, así como la formación del personal biomédico, que, aunque compartan una racionalidad de la salud institucional, con rasgos científicos y biologicistas, algunos son médicas, otros enfermeros o enfermeras, auxiliares de salud, que están más formados en el trabajo comunitario, y/o que además hablan alguna de esas dos lenguas indígenas, en fin, tener en cuenta que cuando se habla de interculturalidad en la salud, es la relación entre todos los especialistas, como personas y entre los sistemas médicos. Sin olvidar que está inmerso (a) en esa relación, la persona a la que va dirigido el servicio de salud, otro tema que sería factible ampliar en investigaciones futuras. Ya serían tres racionalidades diferentes, no solo dos, pero se apuntala no a que cambien sus parámetros culturales, pero sí que versen en una racionalidad dialógica

Las relaciones entre los actores de la casa materna están permeadas por una institucionalidad dominante y de poder que viene desde arriba, que coarta un diálogo de saberes intra e intergrupales y las relaciones de confianza y solidaridad. Toda política de intervención va a propiciar forcejeos en los participantes (Long, 2007), por lo tanto, no se trata de centrarse en los proyectos ideales, en el sistema o en los elementos administrativos, sino en los actores. Ya que la intervención es un proceso continuo que se transforma a lo largo del tiempo en cada espacio. Los acontecimientos históricos muestran un proceso dinámico en el que lo social, lo político, lo económico, lo cultural y lo personal convergen para guiar las dinámicas internas de cada esfera al que se destinan los beneficios de una política pública.

Se olvida que los sujetos no son pasivos, son agentes dentro de la vida cotidiana, los que activan el entorno y pueden ser partícipes estratégicamente del proceso que guía la concreción de una propuesta ética política. Planteamiento que se ha derivado del paradigma de desarrollo local, que considera a los actores locales como claves para alcanzar el desarrollo.

Las parteras tradicionales son actoras claves locales con capacidad de agencia, pero restringidas a la hora de responder a las contingencias, las aparentes soluciones vienen desde

arriba, en base a los discursos institucionales del Estado o instancias internacionales como el Banco Mundial, como en el caso de la casa materna, pero son las parteras las que lo usan, las mueven, muchas veces las transforman o son transformadas, interactúan con el personal biomédico pero que está de paso, porque generalmente no mantienen relaciones largas con muchos de ellos (ellas) ya que cambian de lugar de adscripción, tanto los jefes (as) encargados de implementar el programa como el personal de apoyo en la casa materna, se recomienda mantener una línea de seguimiento con los que implementan la política como con los actores principales, no se pueden borrar los años de experiencia, conocer a profundidad permite plantear soluciones más humanas.

Un desarrollo centrado en el actor permite retomar el conocimiento cotidiano, práctico de las personas que se involucran directamente en los procesos, también es entender que todo proceso social se construye, no está dado por lineamientos.

Los planteamientos teóricos de la política intercultural en salud, se quedan con la concepción de que solo con la creación de espacios donde converjan médicos y médicas tradicionales se va a lograr el diálogo de saberes, pero no es así, es necesario poner el énfasis en la relacionalidad humana, en la diversidad cultural, en las desigualdades sociales, políticas y económicas, en las conductas de discriminación y racismo, en las relaciones de dominación/sumisión que se dan en estos espacios, y muy importante, plantear como se pueden resolver los conflictos que de antemano se dan en cualquier grupo o relación intergrupala, brindar alternativas de negociación, sin pasar a traer sus derechos humanos.

Los (las) médicos (as) tradicionales, como agentes activos dentro de su cultura, son individuos que participan en un campo en la búsqueda de capital cultural y social, principalmente, sin demeritar el capital económico, como un medio para su bienestar personal. Su trayectoria histórica cultural representa sus valores, su personalidad, su actuar frente al mundo.

La interculturalidad no solo apunta al respeto por los derechos culturales, sino al intercambio de los saberes, conocimientos y creaciones entre culturas. En un sistema donde se disputan las realidades locales y las globales, es inevitable vivir en la diferencia.

La interculturalidad y el desarrollo local, son conceptualizaciones metodológicas que muestran muchos aspectos en común, que los hace apoyarse entre sí, para alcanzar ambos procesos su objetivo de bienestar para las personas de un territorio, como el de la salud, tomando

en cuenta a los actores locales, y creando capacidades de agencia. En la creación, la implementación y la marcha de las políticas públicas es imprescindible un enfoque de desarrollo centrado en el actor.

Anexos

Anexo 1 GUIONES DE ENTREVISTAS

Guion para Personal Jurisdicción Sanitaria II vinculados al área de medicina tradicional

¿A qué programa de salud pertenece el área de medicina tradicional que está en el hospital de las culturas?

¿Es nacional o solo estatal?

¿Cuándo entro en vigencia?

¿De qué política de salud proviene?

¿Desde cuándo se abre el área de medicina tradicional (MT)?

¿Qué personal de la jurisdicción estaba a cargo cuando se abrió?

¿Por qué se cerró el área de MT en 2015?

¿Por qué se abrió en 2016?

¿Qué personal está a cargo actualmente?

¿Quiénes convocan a las parteras a ser parte del área?

¿Desde cuándo las parteras de la región V participan en sector salud?

¿Qué niveles de atención de salud hay en la Jurisdicción Sanitaria II?

¿Medicina tradicional pertenece a algún nivel de atención?

¿A qué población va dirigida la atención del área de MT?

¿De dónde provino el recurso dirigido al área de MT?

¿De dónde provienen los insumos dirigidos al área de MT?

¿Han existido dificultades en el área de MT?

¿Qué fortalezas considera que tiene el área de MT?

¿Qué relación tiene el área de medicina tradicional con el hospital de las culturas?

¿Qué relación tiene el área de medicina tradicional con el hospital de la mujer?

Preguntar si hay algún antecedente en la jurisdicción (o a nivel estatal).

Obtener el organigrama de la jurisdicción, si ha tenido cambios, identificarlos.

Preguntar por qué se abrió originalmente el área de Medicina Tradicional, de dónde surgió la iniciativa, si desde el principio la jurisdicción tuvo injerencia, si participó la Secretaría de Salud a nivel Estatal...

Guion para parteras

Nombre: Edad: Lugar de nacimiento: Escolaridad: Lenguas que habla:

Años de experiencia: ¿A qué edad empezó? ¿Cómo fue el primer parto que atendió?

¿Cómo decidió ser partera? ¿Dónde aprendió, quién le enseñó? ¿En dónde ha ejercido como partera?

¿Alguien más en su familia fue o es partera o médico tradicional?

Tiempo de colaborar en el área de medicina tradicional:

¿Como ingreso al área?

¿Por qué decidió pertenecer al área de MT?

¿Quiénes comenzaron a laborar en esta área?

¿Qué personal de la jurisdicción II, maneja el área de MT? ¿Con quiénes tiene comunicación? ¿Tiene que hacer informes, reportes...?

¿Qué servicios de salud brinda usted? ¿Qué enfermedades o problemas de salud atiende?

¿Para qué tipo de atención la buscan generalmente? ¿Quiénes?

¿Qué utiliza para brindar la atención?

¿Utiliza plantas del jardín botánico? ¿Cuáles?

¿Ha curado de ojo, espanto, quebradura, o algo parecido?

- ¿Cómo funciona el área?
- ¿Qué le parece su funcionamiento?
- ¿Con quién (es) se relaciona más para trabajar aquí en el área?
- ¿Cómo se siente colaborando aquí?
- ¿Alguien la ha felicitado por su labor aquí?
- ¿Alguien la criticado por su labor aquí?
- ¿Ha aprendido algo nuevo aquí para enriquecer su labor? ¿Combina sus conocimientos de medicina tradicional con otro tipo de medicina (biomedicina)?
- ¿Qué es lo que más le gusta y lo que menos le gusta del área de MT?
- ¿Qué cree que hace falta para brindar mejor atención?
- ¿Pertenece a alguna organización de parteras? SI NO ¿Cuál?
- ¿Qué actividades realiza en esa organización?
- ¿Recibe algún pago por su trabajo?
- ¿Recibe algún tipo de capacitación? ¿De parte de quién? ¿Cada cuándo?

Guion para personal biomédico

- Nombre: Edad: Puesto: Escolaridad:
Profesión. Años de experiencia. Lugar de formación.
Tiempo de pertenecer a la jurisdicción sanitaria II
Tiempo de colaborar en el área de medicina tradicional:
¿Cómo ingreso al área?
¿A qué programa de salud pertenece el área de medicina tradicional que está en el hospital de las culturas?
¿Es nacional o solo estatal?
¿Cuándo entro en vigencia?
¿De qué política de salud proviene?
¿Qué personal de la jurisdicción II, maneja el área de MT?
¿Qué actividades realiza en esta área de MT?
¿Qué recursos utiliza para realizar dichas actividades?
-Materiales
-Medicinales
-Tecnológicos
-Otros
¿Qué padecimientos son los que se atienden más aquí?
¿Qué opina de esas demandas de atención a la salud?
¿Qué demandas de atención de a la salud cubriría usted antes de colaborar en esta área?
¿En qué colabora con las parteras?
¿Cómo se siente colaborando aquí?
¿Considera que en alguna de las prácticas de atención del área de MT las parteras no deben colaborar?
¿Qué sabe acerca de la interculturalidad en la salud?
¿Han recibido capacitaciones para laborar con MT?
¿Con quién se relaciona más en su práctica en esta área?
¿Qué opina del trabajo de las parteras?
¿Qué es lo que más le gusta y lo que menos le gusta del área de MT?
¿Qué cree que hace falta para brindar mejor atención?

Guion para personal del Hospital de las Culturas que se ha vinculado a MT

- ¿Cuándo se abre el Hospital y el área de MT? ¿De dónde surgió la iniciativa?
¿Con que personal se conformó al inicio el área de MT?
¿Cuáles eran sus funciones?
¿Han cambiado sus funciones?
¿Qué servicios se han prestado en el área de MT desde su inicio?
¿Qué personal del Hospital de las Culturas se relacionaba con MT?
¿En qué actividades participaba el personal del Hospital con el área de MT?
¿Se realizaron algunos eventos entre el Hospital y MT?
¿Por qué se cerró en el 2015 el área de MT?
¿En qué actividades se relaciona actualmente el Hospital con el área de MT?
¿El Hospital de las Culturas brinda algún servicio o insumos al área de MT?
¿Con qué recursos cuenta? ¿Ha tenido un presupuesto? ¿Se ha modificado ese presupuesto?
¿De dónde proviene? (Esto para tener información de cuando el área dependía del Hospital)

Anexo 2. Historia de una partera

La primera vez fue una sorpresa que me dieron para llamar de partera, porque yo no estaba para ser partera, entonces llego una señora que tenía su partera y no llegaba, y yo como estaba sentada viendo mis animales y todo, hay me llamaron pues, que fuera yo a atender porque ya sentía mucho dolor ya, y sí lo fui a checar, como sentí mis partos, pues le dije yo: -si ya tienes dolores es que ya va a ser, échale ganas-, -a bueno-, dice, -¿va a hacer favor de verlo?-, -Si está bien, que venga bien nomas lo voy a recibir-, y como la última hija yo solita lo recibí, entonces así, empecé a levantar la criatura, y ya estas horas estaba comiendo la paciente ya, nació las nueve de la mañana, y si le dio mucho gusto como la atendí, y ya después como están cerquita las casas pues, y que le empezaron a preguntar -¿y quién te atendió tú-, -la Petrona me atendió-, -¿ella te atendió?-, -si-, -¿y es partera pues?-, -no es que no estaba mi partera-, bueno la partera era mi tía, tía de mi marido.

“Y así fue, bueno con muchas ganas recibí pues el bebé, al otro día igual, fui a vender fruta y servilletas, y dice una señora: - ¿qué estas vendiendo? -, - ¿quieres fruta?, traigo fruta-, -¿quieren comprar servilletas bordadas?-, -pasé usted-, y estaba embarazada su nuera-, -te quería yo molestar tía-, -¿de qué?-, -es que sos partera ya-, -no, no soy partera-, le digo, -si es que nos dijo pues doña Mary, que es usted partera pues-, -bueno si, medio lo juego, pero no sé bien-, -¡Ha! mire usted, no me hace usted favor de mover mi nuera, es que me dijeron que está sentado-, -¿está sentado-, -no, no está sentado, cuando está sentado se siente-, -me hagas favor pues-, -abrazá mi criatura pues, le voy a mover-, y si le empecé a mover, -tú vas a tener gemelos-, -¿cómo?- dice, -si- le digo, -porque una cabecita está aquí y la otra estaba sembrado acá, si va a ser gemelos, porque la patita está aquí y la otra está aquí-, -bueno-, dice, -si puedes mañana- le dije, -voy a venir mañana, pero pones tu temascal-con el temascal se mueve bien, -bueno si me hace favor entonces mañana-, -está bien-, y si la empecé a mover pues las criaturas y se soltaron pues, la mitad se fue aquí y la mitad se fue aquí,-sí, son gemelos-, y sí, empecé a verlo pues, ya solo le faltaba quince días, si bien me acuerdo esa vez, fue el 15 de agosto nació el bebé, y si con mucha gana empecé a recibir el bebé, nació pues, y como dice, no había colcha, chal, suéter, pantalón viejo, lo que tuviera, de las dos mangas dos pañales salía, -va a querer un pantalón porque es un varón y una niña-, -bueno-, dice, si pues, la otra su falda, me acuerdo que un vestido lo rompieron, como en ese tiempo era plisado el vestido, lo rompieron el vestido, y salió, nació pues, nacieron, son dos, uno primero, y le dije: -como no van a visar ahí, que les ayuden un poco, un poquito, que les ayuden con su leche-, y no, no quiso el muchacho, -le voy a hacer atolito de masa-, -bueno-, y si gracias a Dios nació las dos criaturas, y se le hecho baño la suegra, bien que nacieron.

Otra fue un domingo, porque la costumbre de nosotras es ir a lavar al río, dice mi marido: -ahora sí, mañana vas a ir a lavar en el río, hay llevas las cobijas-, -bueno-, le dije, y como las cinco de la mañana, otra vez llego otra, -tía-, como es la costumbre, -tía es que le quiero pedir favor-, -¿de qué?-, -ya tiene

dolor mi mujer-, -pero me dijo don Calixto que ella lo vio su mujer-, -sí, pero si no es partera tú tía- le dijo, -sí, pero lo supe que primero atendió a los gemelos, eso me dijo-, -le pido favor tía, haga usted favor de ir a checarlo-, -pero que no vas a ir a lavar pues-, -pero solo eso lo voy a ir a checar-, -¿si cómo está?-, pues ya no voy a ir ya, -bueno-, si pues la fui a che car, le faltaba un poquito, -¿ya tienes esto, ya tienes esto?-, -no, no tengo nada-, -bueno no tienes nada, solo voy a lavar y como la 1:00 o a las 2:00 ya estoy aquí, si pasa alguna cosa, que me vayan a traer, porque voy a ir al Reparo-, el Reparo se llama el río, -bueno-, no hay aviso, no hay aviso, llegue a ser mi comidita, ya como a las 5:00 ya, volvió a llegar, -ya tía, ya le vine hablar, ya empezó más su dolor mi mujer-, -ta bien- le digo, y así empecé pues.

Hay de cuatro a la semana, hay cinco en la semana, un día me toco de dos partos, una en la mañana y una en la tarde, y dice mi marido: -hay te van a meter en la cárcel cabrona-, - ¡Que lo vayan a traer a ti Sofía- era la partera pues, -ahí está tía Julia, que la vayan a atraer-, -pero no quieren, pues- le digo, -ni modos-, empecé a atender partos y partos y partos, ya no descansaba yo ya, cómo echaba yo baño, antes o después del parto, el baño temascal”

¿Y al bebé?

“ A veces nacía allí, una vez nació allí, en el baño, sí, y así pues, fui atendiendo, y atendiendo partos, y como todas las boletas cuando ya van a registrar pues, todo decía Petrona, y me llama el médico pue en la clínica: -bueno- dice, llego pues el enfermero, -tía, dice la doctora, que va a ir a Ocosingo a tomar curso-, -no le dije- porque no quería mi marido pues, -no, no voy a ir-, estoy trabajando así nomás donde me piden vamos, -no, váyase usted-, y dice mi marido -¿qué vas a ir a hacer?, tenes gente aquí-, como lo miraba pues que no descansaba yo pues, y así fue ya no fui; bueno, ¡otra cita!, llegan de Oxchuc, ese doctor se llama doctor Damián, -dice que sí, aquí le mandaron tía- dice el enfermero,-dicen que quieren su credencial, una foto, tamaño infantil-, -bueno-, -llévalo pues- le dije, -no puedo ir, está enferma mi hijita- -llévalo-, -lleva mi foto, aquí está-, llevaron mi foto, y ya en la calle una vez me dice: -ahí está su credencial ya-, y así empecé, de tanto me gano y ahí me fui en Oxchuc”

¿En ese tiempo que usaba usted en el parto?

“Hilerita pues, hilerita negra, compraba yo mi cañita de hilo, después, no utilizaba ni tijera ni cuchillo, la que compraba yo era hojita de gillette y hilerita, tenía preparada dos cajas, ya tenía para quince días, bueno así fue, ya después mi hilerita, listón o un trapo, buscaba un trapo y cortaba yo para amarrar el ombligo pues, para que no se fuera, porque yo nunca lo colgué del cuello la criatura, ya hasta colgada la criatura ya hasta que pase la placenta, yo nunca hice yo así, y es que una mi hijita se iba a ahogar, salió mucha sangre pues, y se bañó la criatura, y no me gusta yo, ya le corto yo, ya lo siento cuando está, no sé, ¡Dios me puso creo, porque no sé cómo lo atendía yo!, era puro hincada, y nada en la cama, puro en la piedra, pero estaba yo más potente pues, ahora ya no puedo, me empieza a molestar el oxígeno, ya no puede así ya; bueno, ya lo corté, ya lo levantó, ya lo pongo en la cama, ya después amarró el cordón, no muy

tardaba, el listón o lo que iba a amarrar, y así, gracias a Dios todo me salió bien, todo me salió bien, que nunca tuve complicaciones”

“Ahorita están diciendo, hay cinco ahí en la comunidad, porque lo pepene, ahorita y tiene su hijito, dice: -te acuerdas que aquí me pepenaste, ahora vas a pepenar tu nieto-, -pero ya no puedo ya-, -cómo no me vas a hacer favor-, -pero como anterior nunca íbamos a San Cristóbal, todos aquí nacieron pues en el 20 de noviembre, todo nacieron aquí-, -y porque ahorita si-, -pero es que veo que tiembla la partera ahorita-, tiemblan dicen, -que yo no puedo- dicen, -que los lleven a San Cristóbal-, -es lo que no queremos abuelita- dicen, -pero por qué- le digo, y ella si ya tomó curso, se fue aquí en Ocosingo, se fue aquí en Palenque, no sé a dónde se fue, pero tomaron curso, yo no, nunca tomé curso, y así empecé a trabajar y gracias a Dios que si tuve mucho trabajo haya”

“Con pura hierba, la que tomaba yo era la que le daba yo, y aceite de almendras, temascal, y si gracias a Dios que me funcionó todo, y hasta ahora sigue lo mismo.

Así fue, gracias a Dios que eso me funcionó, yo no sé por qué, yo no sabía que tanto se corta el ombligo; nos preguntan pues en los cursos, ¿qué tanto tarda la placenta?, ¿qué tanto se corta?, ¿qué tiempo lleva el parto?, uno trae uno mismo su trabajo, no va a ser igual, digo yo que no va a ser igual, porque es estudiado, es estudiado pues, porque yo lo estoy viendo, no es porque yo este echando que yo soy buena partera, yo sé todo, no, porque a mí ya me paso dos casos que los mandan al hospital, que ya va a hacer cesárea, que porque ya no tiene líquido, que porque ya no tiene trabajo de parto, pero por qué, digo yo, si está bajando el bebe, hay dolor, yo no trabajo que vamos a empezar a tomar el tiempo, que toman unos diez dolores en cinco minutos, un dolor por cinco minutos; yo no voy a eso, yo lo que voy es primero voy ver cinco, va avanzando de cuatro, va avanzando de tres, está avanzando, está más el dolorcito, sí, el parto normal, pero si está regresando otra vez, ya llego otra vez a cinco, entonces falta, no lo estoy meneando a cada rato, metiendo a cada rato la mano, ya lo veo de dos, ya lo hago el tacto, cada dos minutos, cada dos minutos, ya está avanzando, ya quiere salir el bebe, ya está aquí (en el vientre), ¿qué va a ser la hierba? lo empieza a apurar, lo empieza a apurar, ya baja flemas, ya baja la sangrita, y ya la muchacha ya lo siente la muerte pues, y pues ya ese es el parto, así es el parto. Pero si falta mucho ya está pujando, o que se pone a caminar, que las ponen a caminar, si no es a fuerza la caminada, y para que se va a caminar, si cuando estás durmiendo pues, obliga pues, salte al baño dice pues, a cada rato al baño, sólo lo están apurando, ¡no!, cuando es trabajo de parto así es. Pues así empecé a trabajar y gracias a Dios, pues nunca se me han muerto, en la colonia hice yo 150 niños, ahora ya son papaes, ahora ya son nuevos que estoy levantando otra vez, desde que salí hace veinte años, aquí me hice otra casa, aquí nacieron bastantes”

“Me siguen llamando, si cuando es primeramente Dios que hay trabajo de parto sale bien, si porque lo he visto muchas veces, ¡que está muy estrecha!, ¡que no pueden!, ¡que está enredado el cordón!, si de uno, de dos circular, si ya hasta saque de dos, bien grueso el cordón, y salió”

¿Y cómo le hace usted?

“Cuando tiene dos le jalo un poquito, lo vuelvo a meter, le vuelvo a jalar un tantito y lo vuelvo a meter, ya con uno nomás ya puede salir, así le hago, así tuve una señora que ya la espantaron que va a ser cesárea, ¿cómo va a ser cesárea?, si tiene que dar, ¡cuando quiere, quiere!, tiene que salir, pero si le meten miedo todo, ahí va uno pues, pero uno cuando se pone - ¡yo lo voy a sacar! -, - ¡lo tengo que sacar! -, -si me dice la partera que no puedo, ella me va a decir- porque a veces se entra la familia pues, o la mamá dice -¡ya no puede!-, -¡vámonos mejor, es que la partera no puede, es que la partera no sabe, mejor el doctor!-, se mete en la cabeza de la pobre paciente, pero cuando dice -¡me estoy muriendo!, pero me está ayudando la partera-, -¡yo voy a salir!-, así tuve una de Puebla, una delgadita, -duérmase usted-, -descanse usted-, descanse, y estaba sale y sale al baño, y dice pues -no mami salte afuera, te vas a la cocina o te vas a la sala, yo sola tengo que hacerlo- y si, cuando dieron las 5:00, empezó a caminar y a caminar, estaba yo solita, no había doctor, solo escuche el quejocinto, se empezó a quejar, -¿ya hay dolor?-, -sí, ya hay-, al baño sale y sale, -¿es normal?-, -si es normal- le digo, -te voy a revisar ahorita-, ya el marido lo mando a sentarse ahí, a las 5:00 nació, bien rápido, ¡cuando reventó el líquido, salió el chamaquito!, ya hasta las 9:00 vino el doctor, -¿ya nació el niño?-, -ya nació-, -¿y a qué hora vino?-, -vino a las 3:00 de la mañana-, solita la muchacha”

Por eso cuando lo cerraron el hospital, quedé mal en dos partos, les dije que ya no vinieron aquí, ya no vinieron ya”

“Bueno ya se mejoró ahorita, porque uso pinza, uso tijera tengo como par de pinza, y esas las pongo en un traste para que se utilice otro, luego otro, y ya lo dejo para que se desinfecte, y ya se me hace más fácil, para detener la placenta, pero antes no, era más complicadito porque tenías que amarrar pues. Y estoy viendo que mucha gente está viniendo con uniforme, doña Consuelito, no sé donde encontró ese uniforme, ya viene toda equipada, zapatos, blusa, pantalón, no se quien le da, también doña Yoli, no nos dice donde lo encontró, porque nosotros nos entregaron una capa, son otros, no se puede poner porque está muy tieso, yo lo que quisiera, bueno comprar yo solita, quiero comprar una como pijama, toda así entera, para que no se manche una, lo lavo lo pongo, lo lavo, lo pongo, porque cuando quieren dar, dan una blusa. Lo que se utiliza mucho es gasa, porque a veces cuando sangra la señora, se tiene que usar, tres o cuatro, y cuando no hay mucha sangre queda para el ombligo del bebe”.

Anexo 3.



Área de Medicina Tradicional



Anexo 5. Fotografías del escenario de inserción



Entrada



Recepción



Sala de masaje y partos



Cama de vapor



Lactario



Cocina



Sala de partos

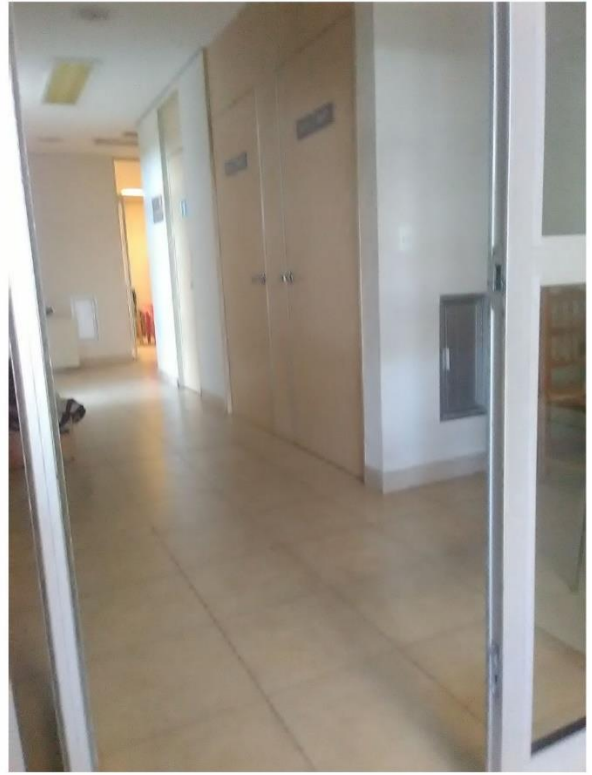
Cama y cama vertical



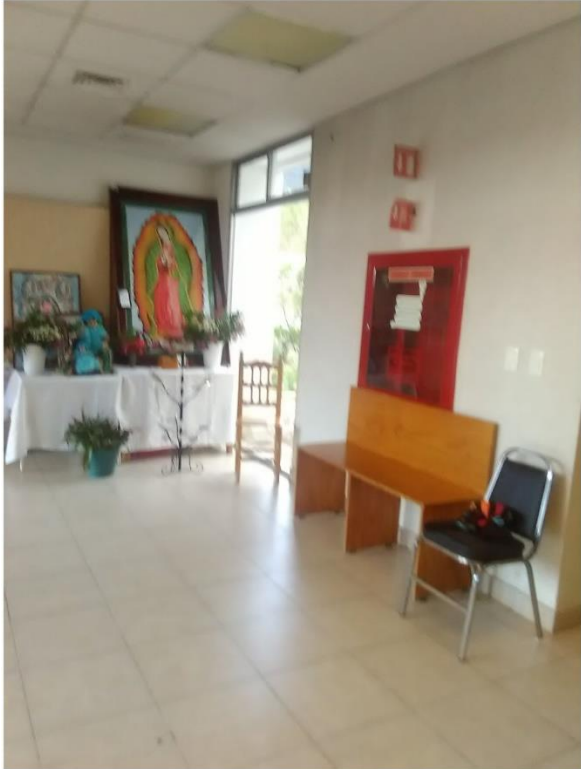
Sala de partos



Temascal



Entrada posterior



Altar



Sala de espera



Sala de espera

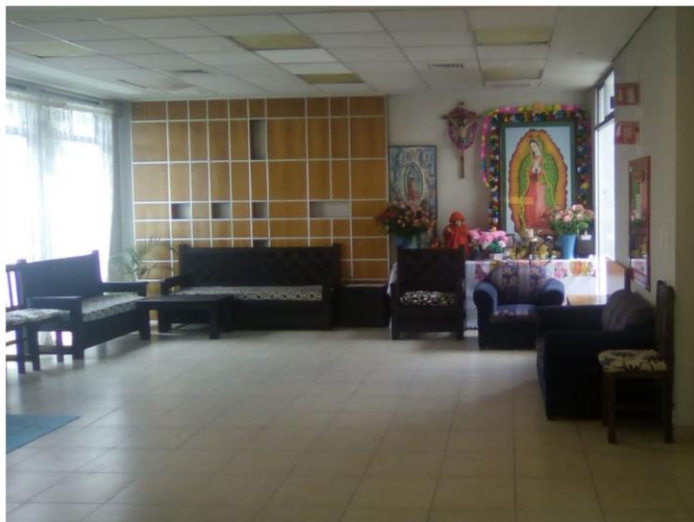


Jardín botánico

Anexo 6. Fotografías. Nuevo mobiliario



Cocina



Sala de espera



Sala de partos



Jardín botánico actual

Fuentes de información

- Aguilera Reija Beatriz (2012). El conflicto multicultural. En www.caritas.es/imagesrepository/CapitulosPublicaciones/636/03-ELCONFLICTO MULTICULTURAL.PDF. pp. 35-56
- Almaguer, J. Vargas, V. García H. Coordinadores. (2014). "Interculturalidad en Salud. Experiencias y aportes para el fortalecimiento de los servicios en Salud" Gobierno y Administración Pública. Secretaría de Salud. Programa Editorial del Gobierno de la República. México D. F. pp. 23-25, 99, 102-105
- Amor, R. y Simal, M. N. (2008). Testimonio en Apolobamba, Bolivia. En Fernández, G. (Director), González, I. y García, P. (Coordinadoras) La Diversidad frente al Espejo. Salud, Interculturalidad y contexto migratorio. Quito: Abya-Yala, 51-64.
- Appadurai (1996) Modernity al Large. Cultural Dimensions of Globalization. [La modernidad desbordada. Dimensiones culturales de la Globalización. México. Ediciones Trilce-FCE, 2001]
- Argueta, V. (2006) Una utopía realista. En. Argueta, V., Corona M. y Hersh, P. (coordinadores). Saberes colectivos y diálogo de saberes en México. Universidad Nacional Autónoma de México. Centro regional de Investigaciones multidisciplinarias. Universidad Iberoamericana/Puebla. Cuernavaca Morelos. P.p. 11-17, 495-510
- Arocena (2004) La tensión actor-sistema en los procesos contemporáneos de desarrollo, en Seminario Internacional: La agenda del desarrollo en América Latina. Balance y Perspectivas. Seminario Internacional. Consultado en: http://www.cedet.edu.ar/Archivos/Bibliotecas/ponencia_arocena.pdf
- _____ (2001) El desarrollo local; un desafío contemporáneo. Universidad Católica del Uruguay. Taurus. Ed. Santillana. Montevideo, Uruguay. P.p. 33-48
- Barabas, A. (2006) Multiculturalismo e Interculturalidad, en Diversidad y reconocimiento. Aproximaciones al multiculturalismo y la interculturalidad en América Latina, Diario de Campo, Suplemento no. 39, octubre, México: CONACULTA, INAH, Gobierno del Distrito Federal, UNICH, pp. 21-31
- Bartolomé, M. (1992). La construcción de la persona en las etnias mesoamericanas. Anuario del Centro de Estudios Superiores de México y Centroamérica. Chiapas, México: Universidad de Ciencias y Artes del Estado de Chiapas/Gobierno del Estado de Chiapas, 142-159.

_____(1996) Pluralismo cultural y redefinición del Estado. Serie antropología 210. Instituto Nacional de Antropología e Historia. Centro Oaxaca, México.

-Biblioteca digital de la medicina tradicional mexicana (2009) Mexico, D.F. En: <http://www.medicinatradicionalmexicana.unam.mx/termino.php?l=1&t=partera>

-Bonfil (1991) Lo propio y lo ajeno. Una teoría del control cultural, en varios autores, Pensar nuestra cultura, Madrid, Alianza Editorial.

-Bourdieu P. (1987) Los tres estados del capital cultural. Sociológica, Año 2, Núm. 5, México:UAM.

-Campos, R. (1999). La medicina Intercultural en hospitales rurales de América Latina. Revista Nueva época/Salud Problema/ Año 4, núm. 7/Diciembre. México, 76-70.

_____(1998). Aportes de la Antropología Médica en la Legalización de las Medicinas Indígenas en América Latina. III Congreso Chileno de Antropología. Temuco: Colegio de Antropólogos de Chile A. G.

-Campos, R., Maya, A. Vargas, L., et. al. (2006) La enseñanza de la medicina popular-tradicional en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México. En: UAM-Xochimilco. División de ciencias biológicas y de la salud. Departamento de atención a la Salud (2006). “La Medicina tradicional mexicana en el contexto de la Antropología Médica: Experiencias que iluminan la enseñanza y la práctica en las Ciencias de la Salud”. Izquierdo Sánchez, T y Aguirre Huacuja, E. (Editores). Área de investigación: Farmacocinética y Farmacodinámia. Núm. 63. México, D.F. p.p. 18-26

-Chifa, Carlos (2010) La perspectiva social de la medicina tradicional Boletín Latinoamericano y del Caribe de Plantas Medicinales y Aromáticas, vol. 9, núm. 4, Universidad de Santiago de Chile Santiago, Chile pp. 242-245

-Cortés, M. Selene, L. y Gunther, D. (2015) ¿Qué de intercultural tiene la “universidad intercultural”? del debate político-pedagógico a un estudio de caso veracruzano. Relaciones. estudios de historia y sociedad, vol. XXXI, núm. 141 El colegio de Michoacán, A.C Zamora, México. pp. 13-45

-Denzin, K. y Lincoln, Y. (2015). Métodos de recolección y análisis de datos. Manual de investigación cualitativa. Vol. IV. Gedisa. Argentina. P.p. 140-177, 203-229

- De Sousa (1998) Modernidade, identidade e a cultura de fronteira. Tempo social, Rev. Sociol. S. Paulo

- Duarte, M. (2003). Medicina Occidental y otras Alternativas ¿Es posible su complementariedad? Reflexiones conceptuales. Cuadernos de Salud Pública. vol.19 no.2 Rio de Janeiro Mar./Apr.
- Duarte, M.; Brachet, V.; Campos, R.; Nigenda, G. (2004). Políticas Nacionales en Salud y decisiones locales en México: el caso del Hospital Mixto de Cuetzalan, Puebla. Salud Pública. México, Vol. 46 (5), 388-398.
- Figuerola, Pujol (2010) De los ch'ulel. en Los dioses, los hombres y las palabras en la comunidad de San Juan evangelista, Cancuc, Chiapas, cephcis-unam. pp. 39-123.
- Freyermuth, G. y Montes, M. (2000) Parteras tradicionales en el estado de Chiapas, usos y costumbres. Apuntes sobre Medicina tradicional en México. México. Pp. 20-25
- Freyermuth, G. y Meneses, S. (2015) La atención del parto con pertinencia cultural. Guía para médicos. Divulgación CIESAS. México.
- García, N. (2004). Diferentes, desiguales y desconectados. Mapas de la Interculturalidad. Barcelona: Gedisa, 13-24, 181-202.
- _____ (2005). Todos tienen cultura: ¿quiénes pueden desarrollarla? Conferencia para el Seminario sobre Cultura y Desarrollo, en el Banco Interamericano de Desarrollo, Washington.
- Gasché, J. (2008). La motivación política de la educación intercultural indígena y sus exigencias pedagógicas ¿Hasta dónde abarca la interculturalidad? J. Gasché, M. Bertely y R. Podestá (coordinadores), Educando en la diversidad. Investigaciones y experiencias educativas interculturales y bilingües. Quito: Abya-Yala, 367-400.
- Goicochea, Ríos E. (2012) Interculturalidad en Salud. Escuela de medicina – UCV- Scientia 4 (1). Perú. Pp. 1-4
- Gómez, C. (2010). “Se atiende el primer parto vertical en el Hospital de las Culturas” Informador Chiapaneco. Diciembre 01. Chiapas.
- Gómez García, I (2017) Hechar valor. Parteras tradicionales en el contexto biomédico del sector salud. Tesis para obtener el grado de maestra en Antropología. Chiapas. P.p.36-75
- Gossen H. (1980) Los Chamulas en el mundo del Sol. Tiempo y espacio en una tradición oral maya, México, Consejo Nacional para la cultura y las artes / Instituto Nacional Indigenista. pp. 37-69
- Gúzman, Y Sur, M. (2016) “Parteras del Hospital de las Culturas se quejan por la falta de apoyo”. Revista Enheduana de Leonas y Libelulas. En: www.revistaeneduanna.cc

-Hersch (2006) Diálogo de Saberes ¿Para qué? ¿Para quién? Algunas experiencias desde el programa de investigación de actores sociales de la flora medicinal en México del INAH. . En. Argueta, V., Corona M. y Hersh, P. (coordinadores). Saberes colectivos y diálogo de saberes en México. Universidad Nacional Autónoma de México. Centro regional de Investigaciones multidisciplinarias. Universidad Iberoamericana/Puebla. Cuernavaca Morelos. P.p. 173-200

(2013) Epidemiología sociocultural: una perspectiva necesaria. Salud Pública de México, Instituto Nacional de Salud Pública vol. Cuernavaca, México 55, núm. 5, pp. 512-518

-Holland R. W. (1963) Medicina maya en los altos de Chiapas: un estudio del cambio socio-cultural. México. Instituto Nacional Indigenista. pp. 68-117.

-Insa, J. R. (2008). La realidad cultural de las ciudades. La cultura como estrategia para el desarrollo, s/e.

-INEGI. Censo de Población y vivienda, 2000 y 2010

-Kliksberg, B. (1999). Capital social y cultura, claves esenciales del desarrollo. Revista de la CEPAL 69.

-Long, N. (2007). Sociología del desarrollo: una perspectiva centrada en el actor. Colección de investigadores. CIESAS, EL Colegio de San Luis. P.p. 43-72, 107-126

-Magaña J. (2002) Enfermedad y tratamiento entre la población indígena migrada en la ciudad de San Cristóbal de Las Casas, Chiapas. Lo médico como campo social. Relaciones. Estudios de historia y sociedad, vol. XXIII, num. 92. El Colegio de Michoacán A. C. Zamora México.

-Mateos, L. y Dietz, G. (2015). ¿Qué de intercultural tiene la “universidad intercultural”? Del debate político-pedagógico a un estudio de caso veracruzano. Relaciones. Estudios de historia y sociedad, vol. XXXVI, núm. 141. El Colegio de Michoacán, A. C. Zamora, México, 13-45.

-Menéndez, E. (1992). La antropología Médica en México. México: Universidad Autónoma Metropolitana, 97-113.

_____ (2009). De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva. Buenos Aires: Ed. Lugar, 25-35.

_____ (2016). Salud Intercultural: acciones, propuestas y fracasos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21 (1), 109-118.

-Morales, D., M (2017). Un acercamiento a las Condiciones de las parteras tradicionales en relación a las intervenciones en salud en zonas rurales de Chiapas. En: García, Ch. y Trujillo, O. (Coordinadores). ECOSUR. Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. P.p. 79-90

- Navarrete, F. (2004) Las relaciones interétnicas en México. Universidad Nacional Autónoma de México. México, D. F. p.p. 7-19
- Ocampo, M. Martínez, Q Ixtacuy, Q. Flores M. (2011) Estudios Regionales en el siglo XXI. Procesos sociales y políticas públicas en la globalización. UNACH. San Cristóbal de las Casas, Chiapas. P.p. 276,277,278,312
- Organización Mundial de la Salud (2002). “Estrategia de la OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005”. Ginebra. Pp. 1-3, 5,6, 22,23
- Page P., J. (2008) “Vivir en el miedo. La noción de lab en Oxchuc, Chiapas” en Revista Pueblos y Fronteras digital No. 4 PROIMMSE-IIA-UNAM. Diciembre ISSN. 1870-4115 www.pueblosyfronteras.unam.mx Dictaminado por pares, investigación
- (2011) “La noción de persona tzotzil”, en El mandato de los dioses: medicina entre los tzotziles de chamula y Chenalhó, Chiapas. México. programa de investigaciones multidisciplinarias sobre Mesoamérica y el Sureste - Instituto de investigaciones antropológicas de la universidad Nacional Autónoma de México. Serie: científica 11. México. pp. 129-177
- Pichot, P. (1995) DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Masson, S. A. Barcelona, España. P.p.
- Portes, A. (1999) Capital social: sus orígenes y aplicaciones en la sociología moderna, Jorge Carpio e Irene Novacovsky (Comps.). De igual a igual. El desafío del Estado ante los problemas sociales. Buenos Aires, SIEMPRO, FLACSO, FCE, Argentina, Pp. 243-266
- Ramírez Goicoechea, E. (2011). Etnicidad, Identidad, Interculturalidad. Teorías, conceptos y procesos de la relacionalidad grupa humana. Editorial Centro de estudios Ramón Areces, S. A. Madrid, España. P.p. 579-603
- _____(2013) Antropología biosocial. Biología, Cultura y Sociedad. Editorial Centro de estudios Ramón Areces, S. A. Madrid, España. P.p. 195-212
- Rodríguez, C. (2016) “Denuncian parteras de Chiapas obstáculos del Sector Salud”. Página 3, Periodismo Humano con visión social. Agosto 12. En: <http://pagina3.mx/2016/08/denuncian-parteras-de-chiapas-obstaculos-del-sector-salud/>
- Romero, R. (2005). ¿Cultura y desarrollo? ¿Desarrollo y cultura? Propuestas para un debate abierto. Lima: UNESCO/PNUD.
- Salaverry (2010) Interculturalidad en Salud. “Simposio Interculturalidad en Salud. Rev Peru med exp salud pública. 2010; 27 (1): 80-93

- Salazar, C. (2016) El parto natural y sus beneficios. Universidad de los Andes. Facultad de Medicina. Departamento de obstetricia y Ginecología. Servicio de Obstetricia. Mérida.
- Sánchez carrillo, O. (2007) Cuerpo, Ch'ulel y lab. Elementos de configuración de la persona tseltal en Yajalón, Chiapas, en <http://www.pueblosyfronteras.unam.mx> , Pueblos y fronteras digital, n. 4, -IIA-Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Secretaria de Salud (2011) Marco Legal de la Medicina Tradicional y las Medicinas Complementarias. Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural. Subsecretaría de Innovación y Calidad. Dirección de Planeación y Desarrollo en Salud. P.p. 2-28
- Schemelkes, S. (2004). Multiculturalidad e Interculturalidad. Rodríguez, M. (comp.) Foro de educación, ciudadanía e interculturalidad. Memoria del I Foro Latinoamericano de políticas públicas en Educación. Cuetzalan del Progreso, Puebla. SEPCGEIB-Contracorriente-Flape-observatorio Ciudadano de la educación, Pp. 33-35.
- Sen, A. (2004). ¿Cómo importa la cultura en el desarrollo? Letras Libres. Consultado en: <http://www.letraslibres.com/revista/convivio/como-importa-la-cultura-en-el-desarrollo>
- Tubino, F. (2002). Entre el multiculturalismo y la interculturalidad: más allá de la discriminación positiva. Fuller, N. (ed.) Interculturalidad y Política. Desafíos y posibilidades, Lima: Red para el Desarrollo de las Ciencias Sociales en Perú, 51-76.
- UAM-Xochimilco. División de ciencias biológicas y de la salud. Departamento de atención a la Salud (2006). La Medicina tradicional mexicana en el contexto de la Antropología Médica: Experiencias que iluminan la enseñanza y la práctica en las Ciencias de la Salud. Izquierdo Sánchez, T y Aguirre Huacuja, E. (Editores). Área de investigación: Farmacocinética y Farmacodinámia. Núm. 63. México, D.F. p.p. 9-17
- Urióstegui Flores, A. (2015) Síndromes de filiación cultural atendidos por médicos tradicionales. Revista de Salud Pública, vol, 17, num. 2, abril. Universidad de Colombia, Bogota Colombia. P.p. 277-288

