

Salud y Medicina Tradicional*

Los pueblos indígenas de Michoacán 2012

Para iniciar esta investigación, lo primero que debemos hacer es definir cuál es la población indígena, su territorio en Michoacán y su número. Para ello, contamos con los datos del Censo General de Población del INEGI, en los que se determinó la pertenencia a este grupo, basándose en las preguntas de la 12 a la 15 del cuestionario que se aplicó hasta antes del año 2010, que interroga únicamente sobre la lengua, agregándose en este último Censo la pregunta número 16.

- 12.- Si habla algún dialecto o lengua indígena (SI o NO)
- 13.- ¿Que dialecto o lengua indígena habla? (_____)
- 14.- ¿Habla también español? (SI o NO)
- 15.- ¿Entiende alguna lengua indígena? (SI o NO)
- En 2010 se incluyó la pregunta
- 16.- De acuerdo con la cultura _____ (nombre)
- ¿Ella o él, se considera indígena? (SI o NO)

En cuanto al número de indígenas, encontramos grandes variaciones según las fuentes consultadas, ya que se aplicaron diferentes criterios, uno de ellos es la clasificación de hablantes de lengua indígena (HLI) utilizado por el INEGI que para 2005 nos da 137 693, 121 846 para la Secretaría de Pueblos Indígenas de Michoacán (SPIM), 140 820 para el INEGI en 2010, 179 922 para el Programa IMSS-Oportunidades en 2011, 470 258, para la SPIM en 2010 y un Programa de Nutrición y Salud para Pueblos Indígenas de 2010 con 1 310 828.

* Dr. Hiram Ballesteros Olivares (†). Especialista en Medicina Familiar, Maestro en Salud Pública y Jefe del Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina, UMSNH



Cuadro 1. Población indígena del estado de Michoacán

Población Total de Michoacán. 4 429, 356 INEGI 2010				
Indígenas	%	Municipios indígenas	Fuente	Año
113,166	2.9	22	COESPO (de 5 años y más)	2005
121,849	3.1	-	Secretaría de Pueblos Indígenas	2005
140,820	3.2	19	INEGI (de 3 años y más)	2010
179,922	4.0	15	IMSS-Oportunidades	2011
470,258	10.6	39	Secretaría de Pueblos Indígenas	2010
1310,828	29.5	28	Nutrición Y Salud SSM	2010

Fuente: COESPO, INEGI, IMSS Oportunidades, Secretaría de Pueblos Indígenas, Nutrición y Salud SSM.

De este criterio de HLI del INEGI y tomado por el Programa Universitario México Nación Multicultural de la Universidad Nacional Autónoma de México (PUMC, UNAM) del Censo de Población y Vivienda 2010, tenemos para Michoacán un total de 190 820 HLI población mayor de 3 años de los que el 51.8 % eran mujeres y el 48.2 % hombres. Los otros datos serán analizados más adelante.

Cuadro 2.

Población de 3 años y más, que hablan lengua indígena, 2010.		
Lengua	No. de hablantes	%
Purépecha*	117 221	83.2
Nahuatl	9 170	6.5
Mazahua	5 431	3.8
Mixteco	1 160	0.8
Otomí	592	0.4
Otros	3 799	2.6
No especificado	5 457	3.8
Total	140 820	100

Fuente: Censo INEGI 2010.

* En adelante respetando las fuentes Purhépecha y Tarasco se refieren a la misma etnia.



En el cuadro anterior, mostramos los datos de las diferentes etnias y destacamos que predominan los purépechas.

El Programa IMSS-Oportunidades en Michoacán, reporta sin considerar edades una población indígena de 179 922 para el año 2011, que están registrados en sus Unidades Médicas. Esta cifra es resultado del censo que anualmente hacen sus 365 Unidades Médicas Rurales (UMR) y 7 Hospitales Regionales (HR). Se consideran con población indígenas a 25 municipios michoacanos, con 54 localidades en las que hay una UMR, además de los hospitales de Tuxpan al que acuden los mazahuas y otomíes; Paracho, Ario de Rosales y Villamar que cubren a los purépechas; y Coalcomán a los nahuas de la costa.

Aunque en las estadísticas del Consejo Estatal de Población (COESPO) en 2011 se reconocen 113 166 HLI en Michoacán, la Directora del Consejo Estatal de Población considera, con criterios culturales, que van más allá de lo solo lingüístico, había en Michoacán 380 000 indígenas en el 2011. Esto coincide con los datos manejados por la Secretaría de Pueblos Indígenas de Michoacán que da una cifra de 470 258, misma que resulta de la suma de los habitantes de 22 municipios purépechas, 3 municipios de nahuas de la costa, 8 del pueblo matlatzinca (pirinda) no referidos en otros reportes; con un total de 39 municipios y 629 localidades.

Es importante destacar que a la población otomí, no la ubican geográficamente ninguna de las fuentes revisadas, ni siquiera en las unidades de salud. El INEGI en 2010 reporta 592 personas y el Atlas Geográfico de Michoacán (Correa, 2003: 133) los ubica en el municipio de Ocampo, junto al de Zitácuaro y colindantes con el estado de Guanajuato, en donde se encuentran en mayor número que en el nuestro.

Cuadro 3.

Población Indígena Hablante		
Lengua	Número de hablantes	%
Purhépecha	109,361	91.79
Náhuatl	4,706	3.95
Mazahua	4,338	3.64
Otomí	732	0.62



Población Indígena Hablante		
Lengua	Número de hablantes	%
Originarios del estado	119,137	100.00
Fenómeno de inmigración	2,712	
Total de indígenas hablantes	121,849	

Fuente: Secretaría de Pueblos Indígenas de Michoacán 2010.

En 2005 los HLI en Michoacán eran 121 849 (Cuadro 3) a los que llama “Lenguas Indígenas Vivas de Michoacán”, pero al referirse al Universo de atención de la Secretaría de Pueblos Indígenas de Michoacán y detalla los municipios por pueblo indígena; purépecha, nahua, mazahua, otomí y agrega el de matlatzinca. Esta es una consideración cultural y no solo lingüística con el fin de obtener apoyos gubernamentales denominándolos pueblos indígenas. Ver cuadro y mapa número 4. Este Universo incluye las cuatro etnias o pueblos con un total de 470 218 personas.

Estos criterios, orientados más a la cultura que solamente a la calificación de hablante o no de lengua indígena, coinciden con apreciarla como un conjunto complejo de elementos de diversa índole, otorgándoles valor a ciertos símbolos, objetos y prácticas como propone Bonfil (1994:10) “la cultura está formada por todos aquellos que un grupo humano pone en juego para realizar su propósito social. Estos recursos son los *elementos culturales*, entre los que podemos distinguir:

- a. *Materiales*, tanto recursos *naturales* como los que han sido transformados por el trabajo humano.
- b. De *organizaciones*, son las relaciones sociales sistematizadas a través de la cual se realiza la participación.
- c. *Del conocimiento*, experiencias asimiladas y capacidades creativas (Argueta. 2008: 57).
- d. *Simbólicos*, lengua, códigos de comunicación y representación, signos y símbolos. Arte.
- e. *Emotivos*, sentimiento, valores y motivaciones compartidas; la subjetividad como recurso: y se agregarían las *prácticas, creencias y tradiciones* que dan cohesión a la comunidad.



Todo esto puede apreciarse, desde la preparación de la comida, ceremonias (como las bodas indígenas), compadrazgos, la obediencia a las personas mayores, las festividades, la música, las danzas, vestidos, artesanías y el arte popular.

Otro aspecto a considerar, que influye de forma importante en la vida de los pueblos indígenas, es *la propiedad comunal*, ya que han resistido la intensa colonización e invasión de tierras.

En el Atlas Geográfico del Estado de Michoacán (Correa, 2003:132) encontramos que el mayor porcentaje de la superficie censada de propiedad comunal se encuentra en la región de Uruapan 40%, principalmente en la zona del lago de Pátzcuaro, en la Meseta Purépecha y en las comunidades y municipios con mayor porcentaje de población indígena, seguidos de la región de Zacapu y Zitácuaro y la Costa Nahua, Aquila, con un 30%.

En muchos lugares coincide esta propiedad comunal con la ejidal, como es el caso de Chilchota, Tzintzuntzan. Zitácuaro etc. Estas estructuras de comisariados ejidales o comunales favorecen el establecimiento de una organización interna, que con las fiestas religiosas mantiene el tejido social de estas comunidades, para defender sus intereses: tierras, recursos naturales y turísticos, identidad étnica, etc., como se ha manifestado últimamente en las comunidades de Cherán, Zirahuen y Aquila.

Otro aspecto a considerar, es la utilización de *la medicina tradicional*, aunque se cuenta con establecimientos de salud pública y privada.

Apreciaciones como la del COESPO y de la Secretaría de Pueblos Indígenas de Michoacán, se basan más en el aspecto cultural y en recuperar pueblos originarios que no son hablantes de lengua indígena, porque la perdieron en los últimos siglos.



Mapa 1.
Secretaría de Pueblos Indígenas de Michoacán

UNIVERSO DE ATENCIÓN



Fuente: Secretaría de Pueblos Indígenas de Michoacán

Pueblo P'urhépecha

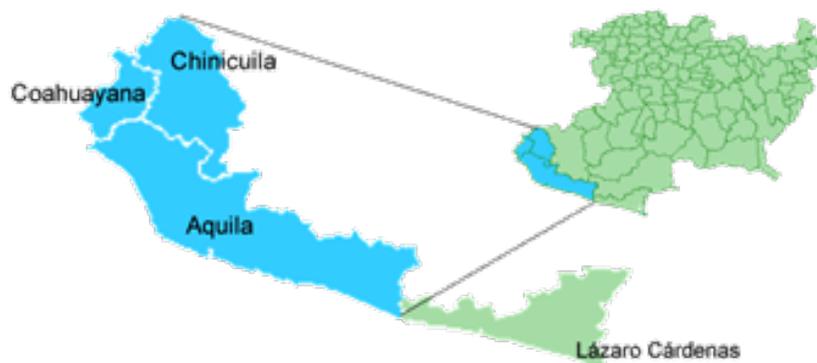


Localidades	162
Municipios	22
Habitantes	279,532

Fuente: Secretaría de Pueblos Indígenas de Michoacán



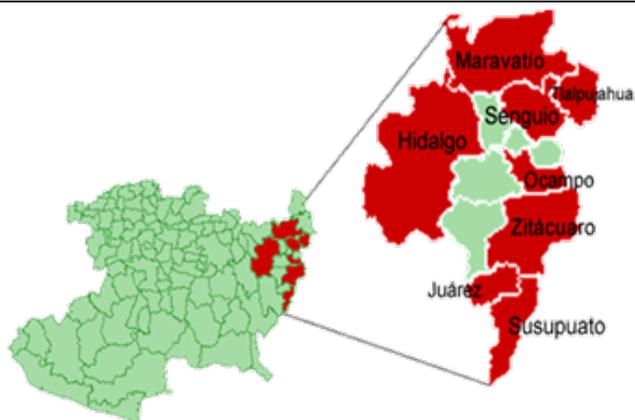
Pueblo Nahua



Localidades	56
Municipios	3
Habitantes	24,651

Fuente: Secretaría de Pueblos Indígenas de Michoacán

Pueblo Mazahua-Otomí



Localidades	78
Municipios	8
Habitantes	63,431

Fuente: Secretaría de Pueblos Indígenas de Michoacán

Pueblo Matlaltzinca (Pirindas)



Localidades	33
Municipios	6
Habitantes	102,604

Fuente: Secretaría de Pueblos Indígenas de Michoacán



El total son 4 regiones indígenas con 39 municipios, que totalizando toda su población resultan 470 218 personas, según esta Secretaría. Nos falta conocer la justificación para considerar en esta institución al pueblo Matlatzinca.

Me parece necesario efectuar un censo intencionado, para establecer realmente, ¿dónde se encuentran los pobladores indígenas en Michoacán? Deberán participar en su elaboración: lingüistas, antropólogos, etnólogos, economistas, personal de salud, artesanos y artistas. Que se parta de las zonas conocidas y se asista a los pueblos como a los de la Ciénega de Zacapu, de los municipios de Hidalgo, Maravatío, Juárez y Ocampo, yendo a sus fiestas, donde se exhiben sus manifestaciones culturales como artesanía, comida etc., que nos dará una visión más acertada de la realidad y así poder programar acciones.

Unos ejemplos de la percepción que se va logrando en los propios pueblos indígenas son los que se han dado entre los purépechas: el reconocimiento de la región de Zacapu que se agregó desde hace años a las ya identificadas regiones de La Cañada de los Once Pueblos, la Meseta Purhépecha y la lacustre del Lago de Pátzcuaro y Zirahuén que están representadas en la bandera de cuatro colores (regiones) del pueblo purépecha.

También, desde hace 25 años se logró el autoreconocimiento de las comunidades purépechas, por el renacimiento de la festividad del Año Nuevo Purépecha, asignando como símbolo “La Piedra” que cada año se lleva a la comunidad designada como sede de la celebración de la ceremonia del Fuego Nuevo con los rituales prehispánicos y que se efectúa entre el primero y 2 de febrero.

Este ceremonia se realizó siempre en comunidades de las cuatro regiones, pero en el 2011 “La Piedra” viajó a una población distante en el norte del estado, al municipio de Angamacutiro, la comunidad de Conguripo, que al saber de esta celebración la solicitó por sus antiguos antecedentes indígenas, ya sea porque cerca de allí fue asesinado Tanganxuan II, último rey purépecha, o porque se hayan trasladado familias purépechas en los años 40’s, cuando hizo erupción el volcán Parícutín que originó un involuntario éxodo a otros lugares como San Juan Nuevo y Caltzontzin.

Este fue un acto de autoreconocimiento de toda una comunidad para rescatar una de sus tradiciones perdidas.



La *migración* de purépechas dentro del estado se da por el desplazamiento de trabajadores como jornaleros. De 100 000 según el CONAPO, aproximadamente el 17% son de poblaciones indígenas.

También hay varios municipios que se consideran exportadores de migrantes a los Estado Unidos de Norte América.

A las zonas agrícolas del estado, también llegan a trabajar indígenas de otros estados como Hidalgo, Guerrero, Oaxaca y Chiapas; por eso, en el último censo, los hablantes de mixteco y zapoteco, superan a los hablantes de otomí. A este fenómeno se agrega, el del sector educativo, pues desde hace años están llegando alumnos indígenas, a la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo (UMSNH), provenientes de otros estados y a otros centros educativos como la Normal Indígena, Tecnológicos Indígenas y la Universidad Indígena Intercultural de Michoacán (UIIM).

La salud de los pueblos indígenas en Michoacán

A la clásica definición de salud de la Organización Mundial de la Salud, “es el estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones enfermedades o incapacidades”, se le ha calificado de utópica porque no es una condición estable, ya que la salud y la enfermedad son un mismo fenómeno dinámico. (Mares y Hersch 1984: 34). Además en esta definición no se le da una categoría de fenómeno social e histórico, su cuantificación es difícil y es por ello que son más fácilmente medibles la enfermedad que el bienestar, por lo que para medir aquella se recurre al daño, a la incapacidad y a la muerte.

Además de los aspectos biológicos, en la salud se consideran los psicológicos y los sociales. Esta visión de la salud y la enfermedad en nuestro particular universo a estudiar, los pueblos indígenas en Michoacán, nos lleva a considerar tanto las *condiciones*, como las *respuestas*, respecto a este fenómeno, ya que

...las condiciones de salud se refieren a los procesos biológicos, psicológicos y sociales, que definen el nivel de salud de un individuo o una población, independientemente de las acciones organizadas que se emprendan para mejorar dicho nivel. Estas acciones representan lo que aquí se llaman “respuesta”. Es decir, no se trata de la respuesta fisiopatológica interna, sino de



las respuestas externas que la sociedad organiza para alterar las condiciones de salud (Frenk, et al, 1986: 477-490).

Los índices de marginación y de bienestar social, se refieren a las condiciones concretas de vida del individuo, de las poblaciones o comunidades. En ellos, se califican aspectos como acceso al agua, drenaje, electricidad, nutrición, etc., que están estrechamente relacionados con la salud y la enfermedad, haciendo evidentes las deficiencias que nos permiten pronosticar mayores daños, o en caso de ser aceptables, su participación en una mejor salud de los indígenas en Michoacán, por lo que los datos que describiremos y analizaremos se refieren a los sistemas de salud o a los municipios, ocho de los cuales tienen más del 25 % de su población como hablantes de lengua indígena.

Por ello debemos reconocer, que hasta que no tengamos datos más precisos de las poblaciones indígenas y del número de indígenas en cada comunidad, este será un macroanálisis de los municipios, en el que quedan incluidos estos individuos, pero que pudieran sesgarse estadísticamente y no permitirnos conocer completamente su realidad.

Para abordar el análisis de los factores sociales que influyen en la salud y la enfermedades de estas poblaciones, debemos considerar los citados índices de marginación y bienestar, los estilos de vida, que “representan los hábitos, las practicas diarias y actividades que realiza el individuo y que influyan en su salud y que se convierte en un asunto de responsabilidad individual, familiar y colectiva”, (Tapia 2006: 845)

Con esta perspectiva, encontramos que se han clasificado como “municipios con índice de marginación” (Cuadro 4), tenemos que de los municipios con más población indígena, dos están con índice de marginación muy alto, 4 en alto, 10 en medio y 5 en bajo.



Cuadro 4.

Municipios con población indígena clasificados por su índice de marginación				
Muy Alto	Alto	Medio	Bajo	Muy bajo
Aguila Susupuato	Chinicuila Nahuatzen Chilchota Charapan	Tangamandapio Tangancícuaro Tinguindin Tinganbato Paracho Cherán Angamacutiro Coeneo Quiroga Erongarícuaro	San Juan Nuevo Uruapan Los Reyes Patzcuaro Zacapu	Ninguno
Matlaltzincas				
Churumuco Nocupétaro	Huetamo Tiquicheo San Lucas Carácuaro			

Fuente: Carpeta de información básica Secretaría de Salud en Michoacán (SSM), 2011.

Desarrollo humano

En el Cuadro 5 se ubican los municipios con índice bajo de desarrollo humano, donde vemos que 9 de los 21 municipios con mayor población indígena están con bajo índice, y el total (6) de los correspondientes al pueblo Matlaltzinca.

Cuadro 5.

Ubicación consecutiva de los municipios con población indígena, según su índice de desarrollo humano.	
Consecutivo	Municipio
3	Nocupétaro*
5	Aguila
6	Tiquicheo*
7	Churumuco*
10	Charapan
11	Carácuaro*
12	Nahuatzen
14	Chinicuila
15	Ocampo
21	Tangamandapio
23	Salvador Escalante
25	Chilchota
26	San Lucas*



Ubicación consecutiva de los municipios con población indígena, según su índice de desarrollo humano.

Consecutivo	Municipio
27	Huetamo*
35	Cherán

Fuente: Carpeta de información básica del SSM 2011

*Población matlatzinca

En este análisis municipal, estamos encontrando la mitad, un tercio o un cuarto de esta población de HLI que, puede o no coincidir con los índices de marginación o bienestar. Tenemos varios municipios con índices alto y muy alto de marginación que se relaciona con condiciones sociales y estilos de vida no favorables a la salud.

Al pueblo matlatzinca lo encontramos en índices de alto y muy alto, lo que indica que indígenas o no, se encuentran entre la población de mayor marginación y con bajo desarrollo humano.

Daños a la salud

Los altos índices de marginación y los bajos índice de desarrollo humano, sitúan a las comunidades calificadas como indígenas entre los que tienen mayores riesgos de salud, principalmente a los matlatzincas.

Al revisar las principales causas de morbilidad en Michoacán del año 2010 (Cuadro 6), encontramos lo que epidemiológicamente se denomina Transición Epidemiológica, aunado también a la Transición Demográfica, aspectos ampliamente analizados en la obra Economía y Salud. (Frenk, 1994: 110- 116).

Cuadro 6.

Principales causas de morbilidad en Michoacán 2010			
Causas	Casos	Tasa *	%
1.- Infecciones respiratorias agudas	1 048 994	267	63.0
2.- Infecciones intestinales por otros organismos	185 529	47	11.3
3.- Infecciones de vías urinarias	109 580	28	6.6
4.- Ulceras, gastritis, duodenitis.	54 537	14	3.3
5. Intoxicaciones por picadura de alacrán.	31 970	8	1.9
6.- Otitis media aguda.	19 222	5	1.2



Principales causas de morbilidad en Michoacán 2010

Causas	Casos	Tasa *	%
7.- Hipertensión arterial	17 841	5	1.1
8.- Gingivitis y enfermedades periodontales	17 301	4	1.1
9.- Conjuntivitis	16 039	4	1.0
10.- Diabetes mellitus no insulino dependiente	15 042	4	1.0
Resto de diagnósticos	125 751	34	7.8
Total	1 641 806	417.33	100

Fuente. Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica (SUIVE) 2010, Sistema de Salud en Michoacán (SSM) y Consejo Nacional de Población (CONAPO) 2005-2030

*Tasa por 1000 habitantes.

Durante muchos años tuvimos como primeras causas de morbilidad en nuestro país, aquellas enfermedades condicionadas por la falta de servicios básicos, saneamiento, inmunizaciones y por la pobreza, desnutrición, epidemias, etc., a estas se han sumado las condicionadas por una mayor esperanza de vida, como el cáncer, la hipertensión y la diabetes; por los estilos de vida, como el sedentarismo, el stress y la malnutrición.

Así, en este cuadro encontramos que los dos primeros grupos de causas que significaron el 74.4% del total de morbilidad en 2010 en Michoacán, corresponde a infecciones respiratorias altas e infecciones intestinales. En ambos grupos se da la influencia de insuficiente saneamiento, la falta de higiene en la vivienda y en las personas, la atención médica inoportuna y por consiguiente una mayor transmisión de estas infecciones a otras persona.

La tercera causa con el 6.6% es más frecuente en las mujeres en edad fértil y embarazadas, influida por una deficiente atención del embarazo. Las úlceras, gastritis, duodenitis, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus, son influidas por el stress, el sobrepeso y obesidad, los estilos de vida y la herencia. La picadura de alacrán está relacionada con el tipo de vivienda y por las actividades agrícolas. La gingivitis y la enfermedad periodontal, las encontramos con mayor frecuencia en mujeres embarazadas y en personas de la tercera edad, lo que indica una deficiente higiene estomatológica y falta de servicios odontológicos preventivos y curativos.

En los informes de morbilidad de las instituciones de salud, encontramos además una alta incidencia por amibiasis intestinal, tiñas, ascaridiasis, y oxiuriasis, lo que están relacionadas a los mismos factores que originan las dos primeras causas.



Recordamos, que estos datos solo permiten un macroanálisis de la morbilidad en el estado, porque nos falta información por municipio para elaborar un perfil de la morbilidad y de la mortalidad en la población indígena. Suponemos, que si las condiciones de alta marginación y bajo desarrollo humano, determinan mayores problemas por enfermedades infectocontagiosas y a su vez el incremento y el deficiente tratamiento y control de las enfermedades crónico degenerativas, los riesgos de estos grupos son mayores. Además, hay en la tierra caliente y en la costa de Michoacán, nichos ecológicos que hacen más frecuentes patologías como el piquete de alacrán, el paludismo y el dengue.

En el informe anual del programa 2011 del Programa IMSS-Oportunidades de Michoacán, encontramos idénticas causas hasta la sexta, apareciendo después como séptima la candidiasis urogenital, más frecuente en mujeres de 20 a 44 años, mujeres en edad fértil. En octavo lugar, están las heridas relacionadas con las actividades productivas y los accidentes en el hogar y que afectan con más frecuencia a jóvenes y adultos. La otitis media aparece en ambos reportes y es una complicación por los gérmenes de la infecciones de las vías respiratorias alta. La varicela aparece en el decimosexto lugar.

Respecto a la mortalidad, en un análisis muy general (Cuadro 7), nos muestra como primeras causas, en adultos y en la tercera edad, las enfermedades del corazón, la diabetes mellitus, la enfermedad cerebrovascular, la enfermedad obstructiva crónica, las enfermedades del hígado y los tumores malignos. En los jóvenes y adultos, la causa más frecuente son los accidentes, y aunque para el 2009 aparecen agresiones y heridas, sabemos que estas actualmente sobrepasan todas las cifras de años anteriores y seguramente se encuentran entre las primeras causas de muerte.

Las infecciones respiratorias bajas afectan más a los niños, al igual que las malformaciones congénitas y las causas originadas en el período perinatal. Es indudable la disminución de la tasa de mortalidad en el país y en el estado, situación dada por las mejores condiciones de vida y la respuesta social que debe cubrir las necesidades de prevención, detección oportuna, así como de atención médica, hospitalaria y quirúrgica que ofrecen oportunidades de más años de vida, de una mejor calidad de vida, porque no están distribuidas equitativamente en toda la población. Existen en nuestro estado grupos privilegiados que cuentan con una atención



médica de calidad y otro como las poblaciones rurales marginadas, pobres e indígenas que carecen de servicios de salud oportuna, constante y de calidad.

Cuadro 7.

Principales causas de mortalidad general, Michoacán, 2009		
Causas	Casos	Tasa *
1.- Enfermedades del corazón	4 163	1.05
2.- Diabetes mellitus	3 424	0.86
3.- Tumores	2 905	0.73
4.- Accidentes	1 970	0.50
5.- Enfermedades cerebro vasculares	1 263	0.32
6.- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	1 148	0.29
7.- Enfermedades del hígado	1 026	0.26
8.- Agresiones	921	0.23
9.- Infecciones respiratorias agudas bajas	645	0.16
10.- Ciertas infecciones originadas en el periodo perinatal	523	0.13
Las demás causas	5 614	1.42
Total	23 602	

Fuente: Sistema Epidemiológico y Estadístico de Defunciones (SEED); Sistema de Salud en Michoacán (SSM); Consejo Nacional de Población (CONAPO) 2005-2030

* Tasa por 1000 habitantes

Un factor reciente que afecta la salud en México y especialmente en las comunidades rurales e indígenas, es la mayor introducción de los llamados “alimentos chatarra” que han inundado nuestro país a partir del Tratado de Libre Comercio (TLC). Esto favorece un cambio en la dieta tradicional y es un factor de riesgo que condiciona el incremento de peso y la obesidad. En los últimos tres años en el Programa de Salud Comunitaria de la Facultad de Medicina de la UMSNH, se han visitado anualmente 20 localidades rurales, indígenas y de las colonias marginales de Morelia. En los resultados de la medición del Índice de Masa Corporal en niños de escuelas primarias en estas localidades, encontramos desnutrición en 3%, en tanto que el sobrepeso y la obesidad fue del 15%. El gobierno del estado de Michoacán, a través de la Secretaría de Educación ha emitido normas para evitar la venta y consumo de esos productos, sin embargo, además de la concientización de la población y especialmente de los padres de familia y de los maestros, es difícil contrarrestar la influencia de los medios masivos de comunicación. Así en poblaciones rurales y suburbanas de los Municipios de Tarímbaro, Morelia, Erongarícuaro, Pátzcuaro, Zacapu, Cuitzeo, etc., y en localidades indígenas como



Puácuaro, Santiago Azajo, entre otras, encontramos los datos antes señalados. Este aumento en la malnutrición con sobrepeso y obesidad, hace que niños y jóvenes se vean expuestos a morbilidad y mortalidad en edades más tempranas, como diabetes e hipertensión, con sus complicaciones. (UMSNH, 2009-2011).

Los aspectos fundamentales de la salud, de acuerdo con el contexto cultural de la comunidad, de las familias y de los individuos, son dados por la cosmovisión de cada pueblo, estableciendo costumbres, hábitos y conductas favorables. Todos estos aspectos favorables o no a la salud son reforzados en la educación formal (escuela). En Michoacán tenemos alto índice de analfabetismo, insuficientes días de clase en las escuelas de educación básica, posiblemente con incumplimiento de los programas, por ejemplo, con los relacionados con la salud, lo cual aumenta la desventaja en contar con adecuada información, con el seguimiento de los esquemas de vacunación, orientación, etc., que se registran en las cartillas de salud y en los programas de salud establecidos en el Programa de Becas de Oportunidades.

Análisis de la atención de partos institucionales y domiciliarios

De los 100 663 nacimientos registrados en Michoacán en el 2005, 83% fueron atendidos en hospitales y clínicas, el 10% en sus domicilios y un 7% no fue especificado. En los 20 municipios identificados con mayor población indígena, encontramos que los partos atendidos en el domicilio respecto al total fue en promedio 28%, es decir, un parto atendido en clínica u hospital por cada 3.5 en el domicilio.

Cuadro 8.

Población hablante de lengua indígena en municipios de Michoacán, 2005.			
	Población total	Población indígena	%
Michoacán	3 966 073	130 825	3.30
1 Chilchota	30 299	17 050	56.29
2 Charapan	10 867	5 084	46.78
3 Nahuatzen	25 055	10 444	41.68
4 Paracho	31 888	11 154	34.98
5 Cherán	15 734	5 184	32.95
6 Quiroga	23 931	7 357	31.45



Población hablante de lengua indígena en municipios de Michoacán, 2005.

	Población total	Población indígena	%
7 Tangamandapio	24 267	7 378	30.40
8 Erongarícuaro	13 060	2 916	22.33
9 Coeneo	19 478	3 888	19.96
10 Los Reyes	51 788	9 840	19.00
11 Tzintzuntzan	12 259	2 046	16.69
12 Aquila	20 898	3 394	16.24
13 Tingambato	12 630	912	7.22
14 Uruapan	279 229	18 486	6.62
15 Pátzcuaro	79 868	4 664	5.84
16 Tingúindin	12 414	560	4.51
17 Zitácuaro	136 491	4 421	3.24
18 Nvo. Parangaricutiro	16 028	431	2.69
19 Tangancícuaro	30 052	726	2.42
20 Susupuato	7 703	148	1.92

Fuente: PUMC, UNAM, con datos del INEGI.

Nota: Para 2010 se conserva el mismo orden de frecuencia en los municipios con población HLI.

Excluimos aquí a 5 municipios que cuentan con hospitales y una mayor cobertura de atención médica otorgada por las instituciones de salud, como ejemplos: la población de Paracho que tiene un Hospital Rural de IMSS-Oportunidades, servicio del IMSS del régimen ordinario e ISSSTE, y los municipios de Quiroga y Tangancícuaro que cuentan con varias UMR de IMSS-Oportunidades, Centros de Salud, y clínicas del IMSS y del ISSSTE. En todos ellos existen clínicas y hospitales privados.

Difiere la situación de los municipios de Cherán y de Zitácuaro, en los que, aun existiendo hospitales de la Secretaría de Salud de Michoacán (SSM) y con UMR, IMSS-Oportunidades, clínicas del IMSS régimen ordinario y del ISSSTE, la cuarta parte de sus partos es atendieron en el domicilio, auxiliados por parteras tradicionales y sus familiares.

Estas estadísticas nos dicen, que en tanto los partos atendidos en domicilio son del 10%, en los municipios con población indígena, es tres veces mayor. Esta proporción alta de partos domiciliarios se da también en los municipios con población mayoritariamente rural, no indígena, en condición de marginación alta y muy alta, en varios de los cuales el porcentaje de partos atendidos llega al 50%, como aconteció en los municipios de Turicato, Chinicuila,



Tzizio, Nocupétaro, Tumbiscatío, Nuevo Urecho, etc. Por razones diferentes e interesantes a investigar, pero donde indudablemente influyeron los aspectos sociales y culturales, tenemos dos municipios con menor marginación que los anteriores, muy cercanos a la capital del estado, con antecedentes de haber sido importantes pueblos prehispánicos que sobrepasan el 50% de partos domiciliarios, como Santa Ana Maya (93%) y Tarímbaro (43%).

Todo ello nos indica, que además de contarse con una adecuada infraestructura de servicios de salud, es necesario que la población, mayoritariamente indígena o no, haga uso de ella y de que se mantenga el adiestramiento de las parteras tradicionales, identificadas por la medicina institucional como “parteras empíricas o rurales”, ya que además sabemos de su participación en la atención de las enfermedades de niños y adultos, con herbolaria y otros recursos de diagnóstico y tratamiento tradicionales y recientemente también en el manejo de anticonceptivos y consejería reproductiva.

En las unidades médicas de IMSS-Oportunidades, tanto en su primer nivel (UMR), como en los Hospitales Rurales que cuentan con servicio de ginecoobstetricia, de 8 425 partos atendidos en el 2011, las parteras atendieron a 322, que equivale al 4%, algunos con apoyo de los médicos en el domicilio y otros por ambos en las unidades médicas, haciendo ellas el cobro correspondiente y contando con la atención gratuita de esas unidades.

Existe ya atención médica institucional, complementándose con la tradicional, como se ha iniciado en los Hospitales de la SSM en Pátzcuaro y Cherán.

Identificación de las enfermedades por la población indígena de Michoacán

Consideramos anteriormente los reportes de las enfermedades por las instituciones de salud de acuerdo a nuestra medicina alopática, occidental, pero, por la influencia familiar y cultural, entre la población general, entre los indígenas y también en las zonas marginadas de poblaciones urbanas, no se tiene una sola manera de entender el fenómeno salud-enfermedad.

En estos grupos humanos, además de la información adquirida sobre la medicina occidental, moderna o científica, se conserva por tradición oral o por la experiencia, conceptos mágicos, religiosos y empíricos. Este conjunto de creencias y saberes los denominamos medicina tradicional. Aunque abordaremos este tema en un apartado especial, por ahora



diremos que entre la población referida se identifican algunas enfermedades no relacionadas con agentes etiológicos o desequilibrios fisiológicos, sino que la salud entre los purépechas remite a la armonía con la naturaleza, la eliminación de agresiones y al cumplimiento con las normas comunitarias o familiares (Argueta, 2008:57). Siguiendo a este autor, con estos saberes, esta población indígena o no, recurre por convencimiento o necesidad a esta medicina tradicional, ya sea en su hogar o con especialistas de esa medicina.

Una vez que el paciente define y clasifica su padecimiento, busca el terapeuta adecuado según sus saberes tradicionales. Así, en la identificación de algunas enfermedades en el área purépecha del Lago de Pátzcuaro tenemos: “caída de mollera”, “mal de ojo”, sujeto o afectado por “brujería”, “empacho”, “pérdida del alma” enfermedad por conflicto de “frio-calor”, (Meza, 1984: 34-35), “calenturas”, “frío”, “tiricia” y un largo etcétera.

Instituciones y establecimientos médicos en los municipios y localidades con mayor porcentaje de población indígena.

Los servicios de salud prestados a la población del estado de Michoacán, por las diferentes instituciones se clasifican como en todo el país en establecimientos de primer nivel y segundo nivel.

La atención de primer nivel se refiere a unidades médicas que proporcionan servicios preventivos, de detección oportuna, curativa y de rehabilitación, que pueden resolver el 85% de los problemas de salud de la población. Estos establecimientos tienen diferente denominaciones, aunque su función es la misma, así, en la Secretaría de Salud corresponden a Centros de Salud, Módulos y Brigadas; en el IMSS Régimen Ordinario y en el ISSSTE son las Unidades de Medicina Familiar, algunas con camas hospitalarias y para atención de parto eutócicos; en el Programa IMSS-Oportunidades son las Unidades Médicas Rurales (UMR) y los consultorios de Medicina Familiar de los Hospitales Rurales. Existen algunos servicios de consulta externa de Medicina General proporcionados en algunos municipios por el DIF con médicos contratados por el propio municipio, estos servicios no tienen horarios ni lugares definidos, más bien, actúan como asesores del gobierno municipal.

Las unidades del primer nivel de atención proporcionan servicios directos a la población de medicina general, medicina familiar, medicina preventiva, odontología, laboratorio, farmacia,



rayos X, medicina del trabajo, trabajo social y servicios domiciliarios a través de médicos, enfermeras, trabajadores sociales y otros. La mayoría lleva el registro de actividades de su población adscrita y usuaria requerida en las Cartillas Nacionales de Salud y de Prevenirms y participan en programas especiales como vigilancia del embarazo, nutrición, control de enfermedades crónico degenerativas e infecciosas y especialmente en la actualización de las cartillas de salud de los becarios del Programa Oportunidades, para la educación básica y media.

En las instituciones de salud del estado, la mayoría de estos servicios son proporcionados por pasantes de medicina, enfermería, odontología, trabajo social y por químicos farmacobiólogos.

En la Secretaría de Salud de Michoacán los pasantes en servicio social de medicina cubren dos horarios, uno matutino (media beca) y otros, semanal completo. En esta institución se dan cambios de adscripción de las unidades por las necesidades del servicio o por otras razones.

En el programa IMSS Oportunidades tienen beca completa del lunes a sábado por la mañana, en algunas UMR se cuenta con médicos titulados.

Importante para nosotros, es la atención primaria a la salud, en el que según la OMS considera no solamente al personal médico, de enfermería, odontología, sino también a las parteras y a los auxiliares y trabajadores de la comunidad que practican la medicina tradicional (Ballesteros y Argueta, 1983: 2).

El segundo nivel de atención lo ofrecen los Hospitales, con diferentes denominaciones según la institución, para resolver el 12 a 13 % de los problemas de diagnóstico o tratamiento que no fueron solucionados en el primer nivel de atención. Cuentan con las cuatro especialidades básicas de ginecoobstetricia, pediatría, medicina interna y cirugía con el apoyo de anestesia y farmacia, pudiendo tener otras especialidades que se establecen de acuerdo a la morbilidad y mortalidad de la región. Además disponen de servicios de laboratorio clínico, radiodiagnóstico, quirófanos etc. En varios de estos, también encontramos atención del primer nivel.

En todas las instituciones de salud se establece una regionalización de estos dos niveles, de tal suerte que las unidades de primer nivel envían a sus pacientes a los hospitales que les corresponden geográficamente. Esto lo hacen el IMSS y el ISSSTE, así como de los Centros de Salud a los Hospitales Generales de la Secretaría de Salud, en donde está contemplado el Seguro Popular. Para el programa de IMSS-Oportunidades, las UMR envían a sus pacientes para



atención de segundo nivel a los Hospitales Rurales de Tuxpan para la región Mazahua-Otomí, a Paracho, Ario de Rosales y Villamar para la purépecha y a Coalcoman para la nahua de la costa. Para esta misma región se tiene al Hospital General de Maruata, de reciente construcción, que pertenece a la SSM pero que no se encuentra totalmente equipado y tampoco cuenta con todos los especialistas necesarios para dar esta atención.

La relación entre estos niveles de atención interinstitucionales se da a través de referencia y contrareferencia, que consiste en el envío documentado de los pacientes del primer al segundo nivel, para su estudio y tratamiento y una respuesta también escrita del segundo nivel al primer nivel, para continuar en caso necesario con el control de paciente.

En los Hospitales Generales de la SSM de Cherán y de Pátzcuaro, se cuenta con áreas de consulta y de tratamiento para médicos tradicionales. Uno de los problemas existentes, es la aceptación mutua de sus diferentes paradigmas.

Al describir la organización de los niveles de atención en las instituciones de salud de nuestro país, nos referimos exclusivamente a un subsistema, el cual parte de un primer nivel con su segundo nivel, ampliamente descritos arriba, y un tercer nivel constituido por institutos nacionales (Nutrición, Cardiología, Neurología, Oncología, Psiquiatría, etc.,) todos ellos en el Valle de México, y que reciben pacientes de todos los estados del país, especialmente enviados por la Secretaría de Salud. El IMSS, ISSSTE, SEDENA, PEMEX y SEMAR cuentan con sus centros médicos en varias partes del país y también en el centro de la República, en los que se cuenta con la más alta tecnología médica para diagnóstico y tratamiento, aunque es la atención médica más cara y que sólo cubre del 2 al 3% de esa población, resuelve los problemas más difíciles de atención: estudios sofisticados de imagenología, laboratorio, patología y tratamientos como radio y quimioterapia, trasplantes de órganos, cirugías de alta especialidad, etcétera.

Para investigar los servicios médicos de las comunidades indígenas del estado de Michoacán, recurrimos a la información de la Secretaría de Salud de Michoacán, al Programa IMSS-Oportunidades y a la información de las unidades del IMSS Régimen Ordinario y del ISSSTE. Como se ha consignado en el análisis de las estadísticas por parte del PUMC de la UNAM con datos del INEGI, la cobertura de derechohabiente puede duplicarse al pertenecer un mismo individuo a más de un sistema de salud.



Aunque algunas instituciones de salud no informan de la proporción de población indígena usuario de sus servicios, creemos que las localidades aquí anotadas sin población indígena deben ser censadas para verificar el porcentaje de esta población que pertenezca a su área de influencia. Además de las comunidades que incluimos en los centros de salud de la SSM y algunas de IMSS-Oportunidades, sabemos de comunidades indígenas bien reconocidas que no entran en ninguno de las instituciones de salud, como un ejemplo encontramos las de Puácuaro y Napízaro (mas o menos 3 000 habitantes) en el municipio de Erongarícuaro o las de Ichupio y Tarerio del de Tzintzuntzan, todas ellas con más del 80% de su población hablante del purépecha y consideradas en los centros de salud municipales, pero que no se contemplan en ningunos de los registros de HLI de los censos ni de las instituciones de salud.



Cuadro 9.

Municipio *	Localidad	SSM	ISSSTE	IMSS Régimen Ordinario	IMSS Oportunidades	% de Población Indígena.
Angamacutiro	Stgo.Conguripo				UMR	¿?
Aquila	Aquila	C. S.				¿?
	Coire					100
	Colola					100
	Pomaro				UMR	100
	Ostula				UMR	100
	Ticla			Clínica	UMR	100
	Maruata	Hosp. General			UMR	¿?
	Huhaua	C.S			UMR	¿?
	San Pedro N	CS			UMR	¿?
	Tizupan	CS				¿?
Cofradía Ostula	CS				¿?	
Cuilala	CS				¿?	
Charapan	Cocucho				UMR	100
	Ocumicho				UMR	100
	San Felipe de los Herreros	CS				
Cheran	Cheràn				UMR Barrio 1º	100
		Hos. Gral	Clínica		UMR Barrio Paricutin	100
	Tanaco				UMR	100
Chilchota	Chilchota	CS				¿?
	Acachuen					100
	Carapan					100
	Ichán					100
	Huáncito	CS	Clínica		UMR	¿?
	Zopoco	CS			UMR	¿?
	Huécato	CS				¿?
	Tanaquillo	CS				¿?
Tacuro	CS				¿?	
Chinicuila	Huizontla				UMR	100
Coeneo	Coeneo	CS			UMR	0
	Zipiajo			Clínica	UMR	81
	Comanja				UMR	¿?
	Stgo.Azajo	CS				¿?
Erongarícuaro	Erongarícuaro	CS				¿?
	Arócutin				UMR	0
Nahuatzen	Nahuatzen	CS				¿?
	Mojonera					100
	Sevina					100
	Turícuaro			Clínica	UMR	100
	Arantepacua	CS			UMR	¿?
	Comachuen	CS			UMR	¿?
San Isidro	CS				¿?	
Nvo. Parangaricutiro	Parangaricutiro				UMR Micro XXIII	100
						100
Paracho	Paracho					2
	Aranza				Hospital Rural	100
	Cheranástico					100
	Nurio			Clínica	UMR	100
	Urapicho			UMF	UMR	99
	Pomocuarán	CS			UMR	¿?
	Quinceo	CS				¿?
	Ahuiran	CS				¿?



Municipio *	Localidad	SSM	ISSSTE	IMSS Régimen Ordinario	IMSS Oportunidades	% de Población Indígena.
Patzcuaro	Pátzcuaro					¿?
	Cuanajo	CS				100
	Janitzio				UMR	100
	S. Ana Chapiro		Clínica	UMF	UMR	17
	S. Ma Urapicho				UMR	99
	Huirimangaro	CS			UMR	¿?
	San Juan Tumbio	CS				¿?
Peribán					Micro XXIV	17
Quiroga	Quiroga					¿?
	Ziróndaro	CS	Clínica		UMR	100
	Purenchécuaro				UMR	100
	S. Fe de la Lagu.				UMR	82
Los Reyes	Los Reyes					¿?
	Diaz Zirio				UMR	100
	Pamatácuaro				UMR	100
	San Isidro		Clínica	H.G	UMR	100
	Zacán				UMR	60
	Atapan				UMR	30
	Zicuicho				UMR	100
Morelia	Morelia	CS HG				0.6
	Teremendo	CS	HG	H.G		¿?
	Ichaqueo	Módulo				¿?
	Aracurio	Módulo				¿?
Salvador Escalante	Zirahuen **				UMR Micro XXI	¿?
Susupuato	Rancho Viejo				UMR	100
Tangamandapio	La cantera				UMR	100
	Tarecuato	CS			UMR	100
Tangancícuaro	Tangancícuaro	CS	Clínica		UMR	0
	Patamban					100
Tingambato	Pichátaro	CS				¿?
Tzintzuntzan	Tzintzuntzan					¿?
	Ihuatzio	CS			UMR	88
	Cucuchucho				UMR	¿?
Uruapan	Uruapan	CS				¿?
	Nvo.Zirosto					100
	San Lorenzo					100
	S. Ana Zirosto				UMR	¿?
	Capacuaro		HG	UMF H	UMR	100
	Corupo				UMR	100
	Angahuan	CS			UMR	¿?
	Caltotzin	CS			UMR	¿?
Zitácuaro	Zitácuaro					¿?
	Cresencio Morales				UMR	100
	Donaciano Ojeda				UMR	100
	Macho de agua				UMR	100
	Rincón de Nicolás		HG	UMF		100
	Romero				UMR	100
	San Felipe de los Alzati				UMR	100

Fuente: IMSS y SSM, 2012.

*Todas las cabeceras municipales cuentan con Centros de Salud de la SSM.

** Esta comunidad, que cuenta con una UMR, en los últimos años ha organizado la resistencia para evitar la pérdida de las tierras comunales y la tala de árboles, se auto reconoce como purépecha y sin embargo el censo último reporta 0% de población indígena, aspectos que revisaremos.



En casi todas las UMR y HR del Programa IMSS-Oportunidades se reporta el porcentaje de población indígena de acuerdo a las encuestas que anualmente se efectúan, las que consignamos con cero o signo de interrogación, es por faltar ese dato, y que en nuestra experiencia y la de otras personas del sector salud consideramos que en esos lugares hay población indígena. Es el mismo caso en los centros de salud de la SSM. Por ello en las localidades con interrogantes será necesario efectuar una encuesta para determinar estos datos, algunos solamente por corroborar, como los de Aquila, Charapán, Chilchota, Erongarícuaro, Nahuatzen, Paracho, Pátzcuaro, Tingambato, Morelia, etc. Con ello lograríamos una información más apegada a la realidad.

Cuadro 10.

Institución	No. De habitantes	%
Secretaría de Salud de Michoacán	2 163 740	48.85
IMSS-Oportunidades	872 583	19.70
IMSS	1 016 980	22.96
ISSSTE	363 650	8.21
SEMAR	9 302	0.21
SEDENA	3 101	0.07

Fuente: SSM, 2011, Carpeta de Información Básica.

Aunque en la información de la Secretaría de Salud de Michoacán para el 2011, se cubre al 100% de la población por las diferentes instituciones a que nos hemos referido anteriormente, esta cobertura de establecimientos médicos en las comunidades indígenas debe valorarse según la población que las diferentes instancias oficiales reportan. Por ejemplo: si consideramos como adecuada una población de 3 000 habitantes X médico (los nuestros serían indígenas), aceptada por órganos nacionales e internacionales, obviamente se refiere a una atención de 24 horas por siete días de la semana y no solamente por algunas horas del día y de lunes a viernes, tendríamos según los muy diversos universos de esta población una cobertura de:

Cuadro 11.

Población indígena Michoacán		
113 166	1 médico por	1 130 habitantes.
121 846	"	1 218
140 820	"	1 408



Población indígena Michoacán

179 222	“	1 792
380 000	“	3 800*
470 258	“	4 702*
1 310 828	“	13 108

Fuente: Elaboración estadística del autor.

* No están consideradas unidades médicas de varios municipios, además de los señalados en los cuadros anteriores, para elaborar una cobertura completa de habitantes indígenas en Michoacán, debería verificarse su número y ubicación y su pertenecía a las instituciones de salud.

De acuerdo a los datos anteriores tendríamos teóricamente cubierta a la población indígena si la población fuera la anotada en los primeros cuatro lugares, pero si se aplica el criterio cultural, más que el de HLI, la inequidad es evidente, además si se analizan los sentimientos de insuficiencia, de falta de calidez y calidad, de oportunidad, etc., es evidente que estos servicios no satisfacen las necesidades y expectativas de los pueblos indígenas en nuestro estado. Asunto que analizaremos más adelante, donde percibiremos los problemas en la SSM en que la adscripción del personal no es definitiva, tampoco el horario y hay cambios de personal, en algunos CS en los cinco días de la semana los pacientes son atendidos por pasantes en servicio social, algunos con solo horario matutino, hay mucha inasistencia y muy probablemente sin ubicarse en el contexto cultural y médico de su población, en algunos los fines de semana por médicos titulados, cuando la población solo acude a urgencias.

Sobre el Seguro Popular con la información disponible encontramos que en 13 municipios con mayor porcentaje de población indígena (Cuadro 9), sólo reporta el 17 % de integrantes a su sistema, sobre la población indígena y el 3.5% en la población general de ellos. Sin hacer una evaluación de su cobertura general y menos en las poblaciones indígenas, sabemos de algunas de sus deficiencias en el país según el análisis efectuado en 2009 por el Instituto Nacional de Salud Pública, la Universidad Autónoma del Estado de Morelos y la Universidad de Harvard, que tiene vigencia en la actualidad (González, *et al*, 2011: 414-424.) en que concretamente encuentran “un estado de inercia que impide completamente cumplir sus funciones, y persisten obstáculos normativos, técnicos, políticos y gerenciales para cumplir su separación de funciones”. Sistema para los que no cuentan con seguridad social en nuestro país y que incluye teórica y legalmente, servicios ambulatorios y hospitalarios del primer y



segundo nivel de atención (a los que nos referimos arriba). En este estudio se mencionan entre sus problemas más serios, la “discrecionalidad en las decisiones por grupos restringidos de personas, contratación de personal, por referencias personales, recomendación o compromiso político y no por un perfil étnico. Como sabemos los servicios de este seguro voluntario se efectúan en los establecimientos de la SSM. En su primer nivel (Centros de Salud) y en sus Hospitales (segundo nivel), sin embargo, como lo señala el Informe de Evaluación Específica de Desempeño 2010-2011, del Consejo Nacional de Evaluación de la Política del Desarrollo Social, el cual sólo hemos podido consultar en la versión de diario *La Jornada* del 10 de abril de 2012, en cuanto a salud advierte “que la infraestructura y equipamiento de las unidades médicas de zonas rurales que atienden a los beneficiarios de Oportunidades es pobre y heterogénea, así también su abasto de medicamentos. En general señala, las clínicas de IMSS-Oportunidades están mejor equipadas y tienen mejor abasto que las clínicas del sector salud”. Esto genera además otros problemas para la población, porque al acudir a las clínicas y hospitales de la SSM, no las quieren atender en IMSS-Oportunidades y a la inversa, cuando son enviados a esa Secretaría, frecuentemente se les niega el servicio, además que por falta de acreditación-certificación, muchas unidades médicas en el país y en Michoacán no son autorizadas para atenciones de segundo nivel, como las complicaciones de diabetes, hipertensión, cánceres, etc. Un ejemplo es que el Hospital Infantil de Morelia, el de más alta especialidad en el estado, no está autorizado por la SSM para proporcionar medicamentos oncológicos para los niños, aunque se encuentran entre las terapias que debe otorgar el Seguro Popular.

Estos problemas son percibidos por la población y retomados por los actuales candidatos a la Presidencia de la República, quienes han tomado como bandera además de la seguridad y el empleo, la salud y la seguridad social.

Otro aspecto crucial para la población indígena y rural en nuestro estado es la permanente falta de medicamentos y materiales de curación, los que al ser negados, deben adquirirse en farmacias comerciales, las cuales, por cierto, han proliferado en todo el país, tanto en las zonas urbanas como rurales, como son las Farmacias del Ahorro, Similares, Primer Nivel, grandes centros comerciales, etc., en algunos de los cuales se da consulta gratuita o a bajo



precio. Todo este gasto debe hacerlos el paciente y sus familiares, aunque tengan la seguridad social del IMSS o del ISSSTE, y más frecuentemente la SSM.

La Medicina Tradicional.

Cuando nos referimos al primer nivel de atención en todas estas instituciones del sector salud de México, describimos los servicios que proporcionan a sus usuarios y derechohabientes, sin embargo, aquí no incluimos un aspecto que la Organización Mundial de la Salud y otros órganos internacionales, conceptualizan como Atención Primaria de Salud, y que en varias reuniones en diversos países, incluida una en el nuestro en 1980 (Ballesteros y Argueta 1983:2), en la que se establecía que esta atención se “basa en personal de salud que incluya, médicos, enfermeras, parteras, auxiliares y trabajadores de la comunidad, así como personal que practica la medicina tradicional que puedan trabajar en un equipo de salud que atienda las necesidades de la comunidad” A esta reunión a la que asistieron funcionarios de los organismos mencionados estuvieron representantes de nuestro país como Xavier Lozoya , Carlos Viesca y Carlos Zolla del Imeplan.

Ello llevó a los expertos de esta y otras reuniones internacionales, a ponderar que en nuestros países hay millones de personas sin acceso a los servicios de salud proporcionados por las instituciones públicas y privadas, que ellas recurren a los recursos disponibles en la comunidad, entre ellas las plantas medicinales, todas conocidas desde la época prehispánica y algunas con amplios estudios farmacológicos recientes; que en los estudios de las diversas carreras de la salud no se incluían temas sobre medicina tradicional y se ignoran los saberes de las comunidades indígenas y campesinas sobre el aprovechamiento de sus recursos naturales para la salud.

De aquí surge la necesidad de reconceptualizar los niveles de atención de las instituciones médicas, para incorporar en ellas esta atención primaria que incluye, con o sin la aceptación oficial, a los saberes que utiliza la familia urbana, rural e indígena, para atender de inicio los problemas de salud que cree resolver con sus propios recursos, que se ha llamado recientemente medicina doméstica. Esto es que al percibirse un trastorno físico o psicológico, el ya entonces auto catalogado como enfermo, tiene un instinto iatrotrópico, es decir, la búsqueda de resolver sus problemas como dolencias, heridas, fiebre, angustia, disfunción de algunos de



sus aparatos y sistemas, etc., y así la búsqueda de solución a su percepción de enfermedad. Dolencia, enfermedad “buena o mala”, de origen natural o no y otras clasificaciones que se dan habitualmente con sus conocimientos y en la opinión de sus familiares. Individuo y familia buscarán la solución de acuerdo a su cosmovisión, a su cultura y su primer recurso pueden buscarlo en ellos mismos, con recursos terapéuticos empíricos, mágicos, religiosos o de la medicina occidental. Así puede recurrirse en esta atención primaria a la automedicación (individual o familiar), a la búsqueda de soluciones en su entorno sociocultural, a la invocación religiosa católica, a la búsqueda de quitar el mal posiblemente proveniente de influencias mágicas o de recurrir a algunas de las medicinas paralelas o alternativas, como la acupuntura, etc., todo esto antes de decidirse por recurrir a la medicina alopática en su primer nivel de atención o el que sea necesario en casos de urgencias.

En la última mitad del siglo XX, los organismos internacionales, OMS, UNESCO, OPS, etc., consideraron que un alto porcentaje de personas en el mundo y en nuestro país recurría a varias alternativas para la atención de su salud. Ya no se hablaba de un solo sistema de salud, occidental, alopático, sino de diferentes subsistemas. Si tan sólo el hablar de un único sistema de salud institucional es problemático en la mayoría de los países, ya que como sabemos, son pocos los que han establecido uno que ofrezca atención universal a sus ciudadanos, como la Gran Bretaña, Canadá, Cuba y Costa Rica, En tanto otros muchos, como el nuestro, tiene varias instituciones de seguridad social y otras para la atención por instituciones públicas y además las privadas, lo que hace que se dupliquen varios esquemas de atención médica en los individuos y por otro lado queda una parte de la población sin cubrir sus necesidades básicas de salud.

Así, el modelo médico como conjunto de prácticas, conocimientos, teorías, en las diferentes sociedades, reconoce más a uno sobre los otros, como ocurre con el occidental, como predominante y que designa a los otros como alternativos, llámese medicina tradicional, acupuntura, herbolaria, brujería, etc. Un avance en este sentido es el reconocimiento de subsistemas de salud en un país, por ejemplo, en el nuestro, en que la población indígena, rural y marginada de las ciudades, recurren a sus cuatro subsistemas: el tradicional (de matrices culturales como purhépecha, nahuas, mazahua u otomí ejercido por especialistas); el doméstico o familiar (por amas de casa); el oficial (alopático, institucional) y el complementario o



alternativo (conformado por un conjunto de terapias entre las que se encuentran el naturismo, la homeopatía, la acupuntura y otras muchas (Argueta, 2008: 55).

El Secretario de Salud de nuestro país ha reconocido a la medicina tradicional al decir, “Los mexicanos tenemos un apego a la medicina tradicional que no sólo es tradición, es un verdadero modelo médico que destaca el valor de lo mágico y de lo subjetivo, que cuenta con una estructura y un sistema simbólico a través del cual busca preservar y restaurar la salud, es una cosmovisión de nuestro mundo, es una alternativa, no exenta de riesgos, a la que se acercan muchas personas, algunas por falta de acceso a los servicios de salud y otras porque no encuentran respuesta afectiva en la medicina occidental. Es una medicina centenaria que se practica no solamente en las comunidades indígenas, sino que penetra hasta en ámbito familiar de la sociedad en general, donde el remedio es habitual para varias enfermedades.”(Córdova, 2007: 7).

Indagar las influencias que se ha tenido en el último medio siglo en nuestro país el estudio de la medicina tradicional, es motivo de un trabajo pendiente para historiadores, antropólogos, biólogos, artistas, etc. Pero aunque sea superficialmente podemos proponernos el análisis de algunas atapas cruciales para este propósito. Por ejemplo, los estudiosos de la historia desde fines del siglo XIX, donde se destacó nuestro Nicolás León, los esfuerzos de Instituto Médico Nacional para el estudio de la geografía médica de México, escrita por Orvañanos, y el estudio de las múltiples variedades de plantas originarias de nuestro país. En la primera mitad del siglo XX, continuaron estudios sobre las prácticas médicas no occidentales y sobre las plantas curativas, ya sea con Maximino Martínez, Ignacio Chávez sobre la digital, los estudios de otras plantas en el Instituto de Salubridad y enfermedades tropicales, en la UNAM, en el IPN, la Secretaría de Salud, etcetera.

Nos parece importante destacar la labor que por más de 50 años ha realizado el Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina, de la Facultad de Medicina de la UNAM , tanto con publicaciones de Francisco Fernández del Castillo, Fernando Martínez Cortés, Carlos Viesca T, y tantos otro académicos que además han impartido los cursos de Historia de la Medicina y Bioética, conferencias en el país y en el extranjero, así como cursos formales para profesores de las escuelas de medicina, como el que se impartió, en la UMSNH en 1995-96 y que van desde las ideas prehispánicas de la salud, hasta las avanzadas y modernas técnicas



utilizadas en el siglo XXI. También, ha sido importante la elaboración de los programas videograbados, difundidos dentro y fuera del país, y que periódicamente son transmitidos por TVUNAM, con el título de “Historia de la Medicina en México” y cuyos capítulos son autoría de los profesores de la UNAM.

Al inicio de los años ochenta del siglo pasado, se contaba en nuestro país con diversas instituciones que efectuaban investigación sobre las plantas medicinales, mexicanas como el Instituto Mexicano para el Estudio de las Plantas Medicinales, que reunió un importante grupo interdisciplinario para ahondar en otras facetas del conocimiento de la medicina tradicional, “es un conjunto de conocimientos y prácticas generados en el seno de la población, transmitidos generacionalmente y que, basada en un saber empírico, ofrece e intenta ofrecer soluciones a diversas manifestaciones de la enfermedad, buscando propiciar la salud entre la comunidad. Este acervo de conocimientos y prácticas forman parte de la cultura popular y por lo tanto está sujeto a los cambios y desarrollo de la misma” (Lozoya, 1978:1-2). En esta misma publicación se insiste en la necesidad de estudiar desde el punto de vista histórico y antropológico los diferentes tipos de medicinas tradicionales que existen en México y “ tener en cuenta los elementos tanto prehispánicos y europeos del siglo XVI, como los modernos, que han contribuido a su integración... tomar en consideración cosmovisiones y contextos socioculturales precisos” (Viesca, 1978:19-32) e invita que para valorar estos conocimientos y prácticas, se integren equipos multidisciplinarios.

Como sabemos, años después desapareció este instituto, pero la mayoría de sus investigadores se integraron a una unidad de investigación con los mismos propósitos, pero, en el IMSS y en la UNAM, en tanto se generaron otros proyectos de investigación en varias partes del país sobre esta medicina, la herbolaria, etc., siendo Michoacán uno de los más receptivos y que conjuntando trabajos de varias instituciones de salud y educativas, se efectuaron investigaciones, estudios y publicaciones sobre la medicina purhépecha.

Antecedentes de los Servicios de Salud en los Pueblos Indígenas de Michoacán.

- Proyecto Carapan, coordinado por Moisés Sáenz, con la participación de Aguirre Beltrán, Othon de Mendizábal, Dr.Pablo González Casanova (lingüista), padre. 1932-33



- Clínica de Tanaquillo, Cañada de los Once Pueblos, gestionado y operado por egresados de la Escuela de Medicina Rural del IPN, originarios de esta región purépecha años 50'
- Proyecto Tarasco 1974-78, Pátzcuaro.
- Comisión del Tepalcatepec, 1955- 1965
- Plan Lerma de Asistencia Técnica, 1967-1974
- Servicios Ejidales Cooperativos
- Comisión del Balsas
- Misiones Culturales
- Centros de Salud 1960-70
- Centro Coordinador del Instituto Nacional Indigenista en Cherán, con clínica médica, posta veterinaria, aulas, etc. Años 70
- IMSS COPLAMAR 1981
- Programa de Estudios de la Cultura P'ure UMSNH 1981
- Universidad Intercultural de Michoacán, 2006.

La medicina tradicional en Michoacán

Creo importante reseñar brevemente mi contacto profesional con la medicina tradicional purépecha, que fue en 1972 cuando efectué mi servicio social de medicina en el centro de salud de la Secretaría de Salud en el municipio de Tzintzuntzan y mi esposa en Quiroga. Participábamos en los programas de vacunación, vigilancia del embarazo, atención de partos, nutrición de niños y embarazadas, de saneamiento etc.

Visitamos las localidades indígenas de nuestros municipios: Ihuatzio, Cucuchucho, Ucasanastacua, Tareri, Ichupio, Santa Fe de la Laguna, Ziróndaro y Purechécuaro, además de las comunidades rurales mestizas. También participamos con el Plan Lerma de Asistencia Técnica en los programas de enseñanza a parteras tradicionales e inyecciones y curaciones. En la Isla de Janitzio coincidimos con la famosa enfermera Alicia Amezcua, (más conocida como "Male Lichita", título de una pirekua muy cantada entre los purépechas) quien nos ayudaba en



promoción de las campañas de salud traduciendo al idioma local; también nos apoyaban los sacerdotes de la zona, las autoridades municipales y sanitarias.

Otra experiencia importante fue la convivencia en los años 1971-72, con el Dr. George Foster y su esposa Mary, ambos con sus alumnos de la Universidad de Berkeley, California, que realizaron amplios estudios en la región lacustre tocando en ellos los aspectos de salud y las diversas concepciones de las poblaciones sobre ella. El diálogo y algunos desacuerdos se mantuvieron por muchos de los años siguientes, en las estadías anuales del Dr. Foster en la región y a través de sus publicaciones.

Con el antropólogo purépecha Gildardo González, representante del gobierno estatal y yo por el programa IMSS-COPLAMAR, nos coordinamos para ubicar las UMR en localidades con mayor población indígena y en las de más alta marginación, quedando de aproximadamente 300 unidades medicas, 64 en comunidades indígenas purépechas, mazahuas, otomís y de los nahuas de la costa michoacana.

Estas UMR iniciaron sus servicios con una auxiliar de área médica (enfermera) previamente capacitada, que en su mayoría era bilingüe y de acuerdo a la región, para que ayudara al médico a comunicarse con los pacientes que hablaran solo la lengua local. También dio principio el adiestramiento de parteras empíricas que hasta la actualidad interactúan en las clínicas, junto con los huertos de plantas medicinales en esas unidades médicas.

Se iniciaron estudios sobre la medicina tradicional purépecha en colaboración con la Dirección General de Culturas Populares, Unidad Regional Michoacán que tuvo en ese tiempo como jefe al biólogo Arturo Argueta, que con un equipo de colaboradores de varias instituciones educativas y sobre todo de indígenas purépechas promovió investigaciones sobre diferentes aspectos de esta cultura y que fueron publicadas por esa dirección y por el Centro de Estudios de la Cultura Purépecha, al principio en mimeógrafo pero con buena portada y después en una colección impresa y finalmente integrado a capítulos de libros sobre el tema a los que nos referiremos al final.

En 1982 inicia en edición rústica la colección Xurhijki (curandero), recordemos que de las historias de la medicina prehispánica purépecha, se identifican dos grupos de terapeutas, los sikuames y los xurhijki o xurhica los primeros catalogados entonces como hechiceros y brujos



y los segundos como curadores de enfermedades (León, 2000:7-9). Uno de los ejemplares de esta colección se titula “Recetario medicinal de Comachuén” (Piñón, 1982) pueblo de la meseta purépecha en el que efectuó una amplia investigación entre las curanderas y parteras del lugar, identificando las enfermedades atendidas por ellas y los recursos para atenderlas, con recetario medicinal para 50 enfermedades, en el que se describen las plantas y otros recursos utilizados y su preparación y la forma de tomarlas.

Otro número “Informe a las comunidades” escrito en español por Xóchitl Prado y Evangelina Macías y traducido al purépecha, se refiere a varias orientaciones sobre la salud y a esquemas anatómicos en ese idioma, además de un recetario de plantas medicinales usadas en la región en edición purépecha- español de 20 plantas con la descripción de cada una, indicaciones, preparación, modos de usarse y lugar de origen de la información. Esta misma colección “Xurhijki” fue publicada por la UMSNH, con títulos como: “La investigación etnobotánica en las plantas medicinales de Carlos Zolla; La investigación en plantas medicinales: farmacología de Santiago Oberti; La medicina tradicional en México: Etnopsiquiatría de Axel Ramírez; Papel de la etnobotánica en los estudios de medicina tradicional de Ángel Martínez; Prácticas médicas entre los purhépechas prehispánicos de Teresa Sepúlveda; Técnicas de curación tradicional en México de Lina Odena, entre otros. Los títulos mismos nos orientan sobre su contenido y la importancia que entre la comunidad académica de Michoacán tuvieron, además de llegar directamente o a través de traducciones y pláticas a la población indígena, profesores y personal de salud.

En esos años la Dirección General de Culturas Populares de la SEP, en coordinación con la UMSNH y otras instituciones, publicó una serie que denominó: “Cuadernos” y cuyo número rondó el medio centenar, sobre muy diversos temas de agricultura, costumbres, fiestas y varios de ellos sobre salud en las comunidades indígenas. Así tenemos: Sociología medica, atención primaria y medicina tradicional de Hiram Ballesteros y Arturo Argueta y Medicina purhépecha en la región del Lago de Pátzcuaro de Arturo Argueta, Xóchitl Prado, Rocío Reyes e Hiram Ballesteros. En estos trabajos se analizan los sistemas de salud en relación con la medicina tradicional purépecha.



Estas publicaciones se presentaron para su análisis y discusión en el “Seminario de Medicina Tradicional” en el que participaron casi todos los autores de las colecciones citadas e investigadores de diversas instituciones como la UNAM, UMSNH, INI, SEP y médicos tradicionales, profesores, promotores, parteras, etc., analizando y discutiendo sobre cada tema propuesto.

En 1983 se efectúa una investigación sobre la medicina tradicional en el Lago de Pátzcuaro y su rivera, (Meza, 1984) por el IMSS, en que aprovechando la ubicación de 8 UMR con mayoría de población indígena del Programa IMSS-COPLAMAR (hoy Oportunidades). De las encuestas aplicadas dos terceras partes lo fueron por la auxiliar de área médica (enfermera bilingüe). Entre los datos importantes para este trabajo que del total de recursos terapéuticos identificados en estas comunidades, uno era institucional y tradicionales y en relación a cuatro. Casualmente esta proporción coincide con la dada en 1999 de proporción promedio de terapeutas herbarios respecto a médicos en áreas rurales marginadas: 4 a 1 (Lozoya, 1999). En esta investigación se presenta un cuadro con las enfermedades más frecuentemente reconocidas por la población con su nombre en purépecha, en español y vulgar y otro con las plantas medicinales utilizadas como primer recurso terapéutico con su nombre científico, el vulgar en español, uso dado y lugar donde se colecta. Esta información se utilizó también para la capacitación de médicos en servicio social, que son los que atienden esas unidades médicas.

Evidentemente que por falta de espacio y por falta de ubicación no consideramos una gran cantidad de artículos y publicaciones sobre la medicina tradicional en Michoacán en los años siguientes, por ello trataremos de reseñar los que consideramos más importantes.

Una obra de larga gestación y de muchos años venideros para estudiarla y difundirla es la que publicó en 1994 como *Biblioteca de la medicina tradicional mexicana* (Zolla, et al, 1994) proyecto iniciado en 1989, que comprende las obras siguientes: 1.- *El Atlas de las plantas de la medicina tradicional mexicana*; 2.- *La medicina tradicional de los pueblos indígenas*; 3.- *El Diccionario enciclopédico de la medicina tradicional mexicana*; 4.- *La nueva bibliografía de la medicina tradicional mexicana* y 5.- *La Flora medicinal indígena*, que además de sus muchos volúmenes y millares de páginas recogen toda esta tradición epistemológica sobre la medicina tradicional en relación con las otras medicinas de México en este siglo XXI.



Sólo revisaremos los aspectos relacionados con los pueblos indígenas de Michoacán. Encontramos en la primera obra *El Atlas de las plantas de la medicina tradicional mexicana* que para buscar la planta de nuestro interés, el nombre común, por ejemplo “cardosanto”, su nombre científico y familia, botánica y ecología, etnobotánica y antropología, historia, química, farmacología, toxicidad, comentario, herbarios y literatura consultada. Además una fotografía o dibujo cuando es posible, y al final un mapa de la República Mexicana en la que se marcan las áreas de uso. Toda esta metodología se sigue en el estudio de 3 000 plantas una buena parte ubicada en nuestro estado y cuya consulta es obligada para médicos alópatas y tradicionales.

La obra *La medicina tradicional de los pueblos indígenas* nos informa sobre cuatro aspectos explorados en sus cuestionarios: Los recursos humanos en la medicina tradicional indígena, los procedimientos y métodos diagnósticos y terapéuticos, las causas de las demandas de atención y los recursos terapéuticos (materiales y simbólicos). En esta obra en lo referente al pueblo purépecha, se encuestaron a 64 terapeutas, se presenta una información general sobre el territorio michoacano en que se asienta, las poblaciones y regiones que cuentan con mayor cantidad de terapeutas, el 70% de los cuales eran mujeres. Ellos además son campesinos, artesanos, pescadores, comerciantes y las mujeres a labores del hogar. Entre ellos y en orden decreciente se encontraron: curanderos, parteras, sobadores, brujos, hueseros, hierberas, especialistas en caída de la mollera. De las causas de demanda de atención los médicos purépechas reconocen y tratan los síndromes de filiación cultural, a los que nos referimos arriba, agregando el latido, el espanto y el mal de aire, con los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, entre estos últimos encontramos las limpias, “sacar el maleficio”, “regresar el mal”, “regresar al marido”, “defensa contra el maleficio”. En segundo lugar afecciones que atañen al sistema musculoesquelético: torcido, quebrado, zafado, falseado, reumas. Por ello la sobada es la práctica común. En tercer lugar padecimientos del aparato gastrointestinal, como la tifoidea, la bilis, el torzón de niños, la fiebre intestinal, la diarrea, el vomito, la congestión, la infección y frío en el estómago, los parásitos, la disentería. Las causas relacionadas con el embarazo y el parto, que incluyen caída de matriz y esterilidad. Las afecciones respiratorias: resfriado, bronconeumonía, angina y tras como irritaciones en diversas partes del cuerpo, varices, punzadas, etc.



Respecto a las causas de muerte los terapeutas señalaban a la vejez y las afecciones que la afectan más: del aparato digestivo, además, mal de ojo, maleficio, caída de la mollera, bronquitis, operaciones, hemorragia, males relacionados con el corazón, diabetes, accidentes de carretera, borrachera, golpes, embolia. Otros como la asfixia del recién nacido.

Existe información sobre las etnias mazahua, otomí y nahuas en estas obras, pero además de ser semejantes con la Purépecha, se ubican en los estados de la república donde hay más hablantes de estas lenguas.

En esta obra se describen con amplitud estas causas y en cuanto a su tratamiento se describen las limpias, con todos sus aspectos diagnósticos, como de los mágicos y religiosos (Zolla y Argueta, 1994: 666-689).

En las últimas dos obras de esta biblioteca, tenemos las referencias bibliográficas encontradas sobre estos temas, y en la otra, en orden alfabético, los diversos términos encontrados en las otras obras.

Además de estas obras que estudian a mayor profundidad la medicina tradicional en los pueblos indígenas de nuestro país en 1994 encontramos la edición del *Florilegio Médico Mexicano* que da cuenta de crónicas, documentos y relatos de la época colonial. *Xiuhplati* obra en que se nos ofrece toda la información disponible de 18 plantas mexicanas, su conocimiento antiguo, los resultados de investigaciones actuales, incluyendo las farmacológicas, contando con fotografías de ellas y de sus usos (Lozoya, 1999), la mayoría de la cultura nahuatl, pero con grandes semejanzas con la purépecha. La Revista *Arqueología mexicana*, dedica algunos de sus números a las plantas medicinales, como en 1999 y en 2005, la obra *Historia de la medicina en México*, 2007, en la que hay varios capítulos dedicados a la medicina prehispánica, especialmente saberes y prácticas médicas entre los tarascos prehispánicos (Sánchez, 2007: 59-71), *Medicina Prehispánica* de 2007 en que se tocan los saberes médicos en varias culturas, entre ella la de los tarascos.

Sobre la medicina tradicional en Michoacán en los años recientes tenemos obras como *Ser curandero en Uruapan* de Teresita de Jesús Ruiz Méndez en la que se hace un estudio de los terapeutas tradicionales en esta ciudad y la autora nos ofrece una clasificación de los mismos en: Médicos magos, brujo o adivino. Médicos que no hacen uso de la magia: herbolarios,



como yerbero, sobados, huesero y comerciante y los médicos integradores, como yerbero-comerciante, el yerbero-sobador y la yerbera- partera- sobadora. La mayor proporción de estos son mujeres (Ruiz, 2000: 103), identifica los lugares de origen de animales y plantas para estas prácticas encontrando que son traídas de la ciudad de México y de Guadalajara, además de los materiales traídos de cada comunidad, cercanas a esta ciudad, da cuenta además de otros recursos curativos: animales, minerales, aceites, bálsamos, pomadas, alopáticos, naturistas, alimenticios. Describe también más de 60 plantas medicinales con su nombre común, científico, tipo de planta, uso medicinal, forma de uso, fitoquímica y farmacología. Finalmente nos da una lista de 15 curanderos, con sus nombres, especialidad, edad y tiempo ejerciendo.

Otra obra publicada en 2002 y 2005 es *Medicina tradicional P'urhépecha*, es producto de entrevistas a 16 especialistas de la población de Cherán, Michoacán y de algunas poblaciones vecinas, este autor nos plantea que esta medicina tradicional, en este contexto específico no sólo propone soluciones a las necesidades de salud, también parece responder a las demandas de seguridad y otras expectativas de quienes acuden a ella; responde a necesidades culturales específicas (Gallardo, 2005:15), aspecto más que demostrado con la lucha de esta población desde hace un año por su autonomía política y por el reclamo de mayor seguridad. Es importante el análisis que hace a profundidad sobre brujería y hechicería. Algunos de estos aspectos coinciden con estudios efectuados recientemente en la región de Pátzcuaro.

En el 2008 se publica *Los Saberes P'urhépecha* aunque esta obra se refiere a los animales y el diálogo con la naturaleza, en un apartado sobre salud y educación, se refiere a la medicina tradicional de este pueblo.

Este último recuento de algunas obras muestra que se mantiene el interés de diversos tipos de científicos, por esta realidad y que como analizamos arriba, contribuye a resolver los problemas de salud de gran parte de la población indígena, rural y de poblaciones suburbanas, que debe ser considerada, estudiada y apoyada por las instancias gubernamentales como todo un subsistema de salud, que además no sólo tiene recursos para funcionar en un primer nivel de atención médica, sino que va más allá de los malestares físicos de la enfermedad; este trabajo pretende mostrar la realidad de esta práctica en nuestras comunidades en el siglo XXI, para que sea revalorada.



Bibliografía.

Argueta, Arturo, 2008, *Los saberes P'urhépechas*, México, Naciones Unidas, UNAM, Gobierno de Michoacán y UMSNH.

_____, *et al*, 1983, *Medicina p'urhépecha en la región del Lago, Pátzcuaro*, Dirección General de Culturas Populares. SEP.

Ballesteros, Hiram y Argueta, Arturo, 1983, *Sociología médica, atención primaria y medicina tradicional*, Pátzcuaro, Dirección General de Culturas Populares, SEP.

Bonfil, Guillermo, 1994, *Pensar nuestra cultura*, México, Alianza Editorial.

Córdova, José, 2007, "Presentación" en Carlos Viesca (coord.), *Medicina Prehispánica*, México, Secretaría de Salud.

Correa, Genaro (Ed.), 2003, *Atlas Geográfico del Estado de Michoacán*, 2a. ed. México, Gobierno del Estado, UMSNH.

Enciso, Angélica, 2012, *Oportunidades deja a 30% de alumnos con carencias*, en La Jornada, México, 10 de abril.

Frenk, Julio, *et al.*, 1986, "Un modelo conceptual para la investigación", en *Boletín de la OPS*, Washington, núm. 101, marzo-abril, pp. 477- 496.

____ (Director), 1994, *Economía y salud*, México, Fundación Mexicana para la salud.

Gallardo, Juan, 2005, *Medicina tradicional purépecha*, Zamora, Michoacán, El Colegio de Michoacán/ Universidad Indígena Intercultural de Michoacán. p. 15.

González, Luz, *et al*, 2009, *Separación de funciones en el Sistema de Protección Social en Salud*, México: avances y retos. *Salud pública de México*. 2011, vol.53, suplemento 4, pp. 416-424.

León, Nicolás, 1886, *Apuntes para la Historia de la Medicina en Michoacán*, Morelia, UMSNH.

Lozoya, Xavier, 1978, "Editorial", en *Medicina tradicional*, México, núm.5

_____, 1999, *Xiuhpatli*, México, Secretaría de Salud y UNAM.

Mares, Fernando y Hersch, Paul, 1984, *Introducción a la Medicina Social*, México, UAM.

Meza, Jorge, 1984, "Estudio descriptivo de la medicina tradicional en el área de influencias de las Unidades Médicas Rurales, de la Región del Lago de Pátzcuaro, Mich.", tesis de la especialidad en Medicina Familiar, Morelia, IMSS-UNAM.

Piñón, Irais, 1982, *Recetario medicinal de Comachuén*, Pátzcuaro, DGCP, SEP.

Prado, Xóchitl y Macías Evangelina, 1982, *Informe a las comunidades*, Pátzcuaro, DGCP. SEP.

Ruíz, Teresita, 2000, *Ser curandero en Uruapán*, México, El Colegio de Michoacán.

Sánchez, Gerardo, 2007, "Saberes y prácticas médicas entre los tarascos prehispánicos" en Carlos Viesca (coord.), *Historia de la medicina en México*, México, UNAM.

Tapia, Roberto, 2006, *El Manual de Salud Pública*, México, Intersistemas.

UMSNH, 2009-2011, *Informes del Programa de Salud Comunitaria*, Michoacán, Facultad de Medicina, UMSNH.



Viesca, Carlos, 1978, "El papel de la historia y la antropología en el estudio de las medicinas tradicionales mexicanas". *Medicina tradicional*, México, núm. 5.

Zolla, Carlos y Argueta Arturo, 1994, *Biblioteca de la medicina tradicional mexicana*, México, Instituto Nacional Indigenista.

