

Conferencia Interamericana de Seguridad Social



**Centro Interamericano de
Estudios de Seguridad Social**

Este documento forma parte de la producción editorial del Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS), órgano de docencia, capacitación e investigación de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS)

Se permite su reproducción total o parcial, en copia digital o impresa; siempre y cuando se cite la fuente y se reconozca la autoría.



CIESS

*El futuro
de la Medicina
Tradicional
en la atención
a la salud
de los Países
Latinoamericanos.*

CENTRO INTERAMERICANO DE
ESTUDIOS DE SEGURIDAD SOCIAL
JESUS REYES HEREALES



CIESS

*El futuro
de la Medicina
Tradicional
en la atención
a la salud
de los Países
Latinoamericanos.*

**CENTRO INTERAMERICANO DE
ESTUDIOS DE SEGURIDAD SOCIAL
JESUS REYES HEROLES**

EDICION A CARGO
DEL CENTRO INTERAMERICANO DE ESTUDIOS DE SEGURIDAD SOCIAL,
CALLE SAN RAMON, SIN NUMERO, UNIDAD INDEPENDENCIA,
SAN JERONIMO LIDICE,
C.P. 10100, APARTADO 99087; MEXICO, D.F.

INDICE

| | |
|---|----|
| INTRODUCCION | 7 |
| TALLER: EL FUTURO DE LA MEDICINA TRADICIONAL EN LA ATENCION A LA SALUD DE LOS PAISES LATINOAMERICANOS | |
| — Plan de Trabajo | 11 |
| — Programa de Trabajo | 13 |
| — Coordinación General y Coordinación Académica. | 15 |
| — Participantes | 17 |
| — Mensaje de Bienvenida Dr. Carlos Campillo Sainz | 21 |
| TRABAJOS PRESENTADOS | |
| — La Asistencia Médica Primaria y el Retorno a la Medicina Popular Dr. Gonzalo Aguirre Beltrán | 27 |
| — “Medicina Tradicional” o Sistemas Práctico-ideológicos de los Conjuntos Sociales, como primer nivel de atención Dr. Eduardo L. Menéndez | 37 |
| — Medicina Tradicional y Sistemas de Atención a la Salud Lic. Carlos Zolla | 63 |
| — Las Prácticas Médicas Alternativas en la Atención de la Salud en Buenos Aires, Argentina Dra. Eleonora M. Smolensky de Tanzer. | 75 |
| — Un intento de usar la Medicina Tradicional en la Atención de la Salud en el Perú: El caso del Sur Andino Dr. Carlos Roersch y Dra. Liesbeth van der Hoogte. | 91 |

| | |
|--|-----|
| — La Revaloración y promoción de las Culturas Médicas Tradicionales. Un quehacer Académico en la Universidad de Panamá Dra. Mirla C. de Correa y Dra. Abril de Méndez | 107 |
| — Chamanismo Sibundoy y Red de Curanderos: Una alternativa para la óptima utilización de la Medicina Tradicional en Colombia Lic. Carlos E. Pinzón Castaño y M. Clemencia de Jara. | 117 |
| — La Medicina Tradicional en México: “Balance de una Década y Perspectivas” Dr. Xavier Lozoya Legorreta. | 135 |
| — Medicina y Cultura Popular en México Biól. Arturo Argueta Villamar. | 151 |
| — Medicina Indígena en la Península de Yucatán Dr. Gilberto Balam | 163 |
| — Experiencias de la Interrelación de la Medicina Tradicional y el Programa IMSS—COPLAMAR Dr. Ricardo Moreno Santos. | 173 |
| CONCLUSIONES | 183 |

Introducción

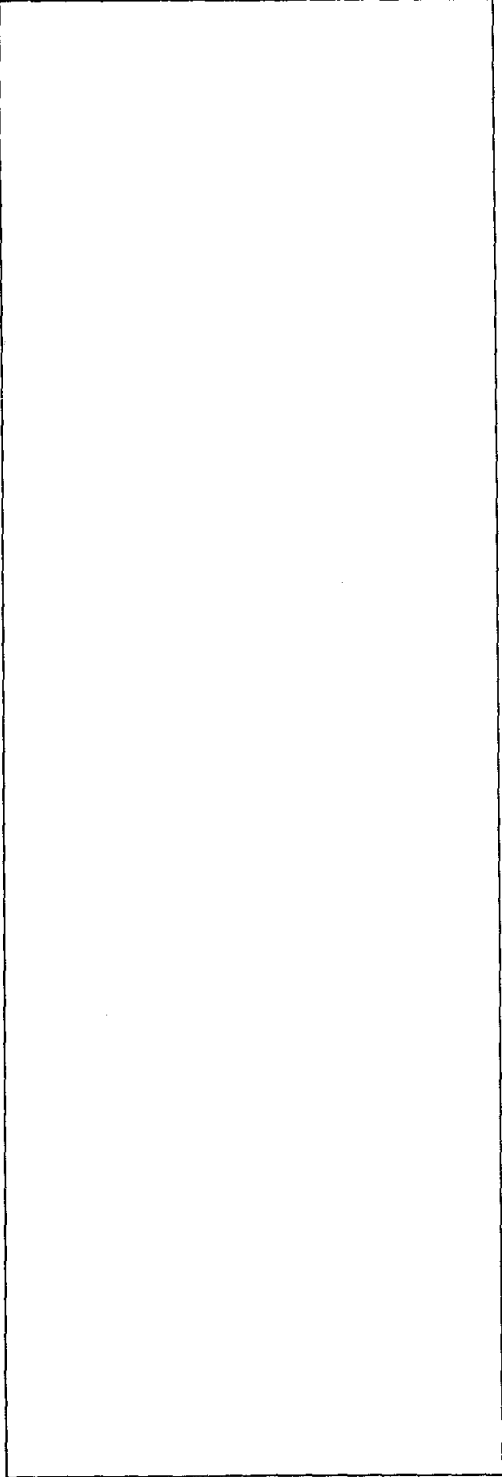
Durante los días 8 a 12 de septiembre de 1986 se llevó a cabo en la Ciudad de México una reunión de trabajo sobre el tema: "El Futuro de la Medicina Tradicional en la Atención a la Salud de los Países Latinoamericanos". Estuvo organizada por el Area de Investigación y Asistencia Técnica del Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social con la colaboración de la Unidad de Investigación en Medicina Tradicional y Desarrollo de Medicamentos del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Un grupo selecto de investigadores latinoamericanos dedicados al estudio de la medicina tradicional en sus respectivos países, mediante una agenda de temas previamente seleccionados, analizaron el futuro de tan importante expresión de la cultura popular. Se discutieron las circunstancias que facilitan y dificultan la supervivencia de estas prácticas ancestrales en el campo de la salud, así como las propuestas concretas para su estudio y mejor utilización.

El presente documento reúne las ideas sustanciales que fueron aportadas por los participantes durante los trabajos de la mencionada reunión y tiene como propósito difundirlas entre los colegas de las diversas disciplinas vinculadas a la promoción y desarrollo de la medicina tradicional en América Latina. Asimismo, se pretende hacerlas llegar a las autoridades sanitarias de los gobiernos de los países latinoamericanos con el fin de que sean tomadas debidamente en cuenta al formular las políticas de salud.

Este documento refleja la opinión de los participantes en los diferentes grupos de trabajo, quienes la externan como expertos en la materia y a título personal sin que ésto implique la representación oficial de sus respectivos países de origen.





*Taller:
El futuro de la
Medicina Tradicional
en la
atención a la Salud
de los países
Latinoamericanos*

Plan de trabajo

Fundamentación

Los sistemas nacionales de salud conceden cada vez mayor importancia al pleno aprovechamiento de los recursos institucionales y comunitarios, tras el objetivo de mejorar la salud de la población.

En las últimas décadas ha tenido lugar una revaloración mundial de los conceptos y las prácticas de la medicina tradicional, y la corriente actual busca articular las acciones de las medicinas tradicionales con las de la medicina occidental oficial.

Las Instituciones de Seguridad Social de América Latina han secundado plenamente este movimiento, como bien lo demuestra el hecho de haberse aprobado por unanimidad en la 29a. Reunión de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (Buenos Aires, 1985) la propuesta formulada por el CIESS de emprender un programa de investigación y promoción de la medicina tradicional en el Continente Americano.

Uno de los puntos de este programa es precisamente la celebración del taller El Futuro de la Medicina Tradicional en la atención a la Salud de los países Latinoamericanos .

Propósito

Propiciar el intercambio sistemático de información y experiencias entre los países del Continente, en materia de medicina tradicional.

Objetivos

1. Conocer el panorama actual de la medicina tradicional en América Latina.
2. Precisar la significación de la medicina tradicional en América Latina.
3. Definir las acciones futuras por emprender en los diferentes países de América Latina, respecto al papel que ha de jugar la medicina tradicional en la atención a la salud.

Dinámica del Taller

- Exposición de las ponencias a cargo de los expertos invitados.
- Discusión de los diferentes temas del programa.
- Visita a la Unidad de Investigación en Medicina Tradicional y Desarrollo de Medicamentos del IMSS.
- Elaboración y presentación del informe final.

Programa de trabajo

- 8 de Septiembre de 1986

Inauguración

- Presentación de las experiencias de los países invitados.

9 de Septiembre de 1986

- Balance de una década de promoción y desarrollo de la medicina tradicional en México.
- Significación de la medicina tradicional en la atención a la salud: conceptos básicos y corrientes dominantes.

10 de Septiembre de 1986

- Visita a la Unidad de Investigación en Medicina Tradicional y Desarrollo de Medicamentos del IMSS en Xochitepec, Mor.

11 de Septiembre de 1986

- Significación de la medicina tradicional en la atención a la salud: Factores involucrados y metodología.
- Futuro de la medicina tradicional en la atención a la salud de la población de América Latina: acciones por emprender.

12 de Septiembre de 1986

- Informe final y clausura.

COORDINACION GENERAL

DR. CARLOS CAMPILLO SAINZ
Jefe del Area de Investigación y Asistencia
Técnica
Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social

DR. XAVIER LOZOYA LEGORRETA
Director de la Unidad de Investigación en
Medicina Tradicional y Desarrollo de Medicamentos
Instituto Mexicano del Seguro Social

COORDINACION ACADEMICA

LIC. SOFIA DEL BOSQUE ARAUJO
Asesor Académico de la División de Medicina Social
Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social

LIC. CARLOS ZOLLA
Investigador de la Unidad de Investigación en
Medicina Tradicional y Desarrollo de Medicamentos
Instituto Mexicano del Seguro Social

Participantes

Argentina

Dra. Eleonora M. Smolensky de Tanzer
Docente. Escuela de Salud Pública
Universidad de Buenos Aires

México

Dr. Eduardo L. Menéndez
Investigador
Centro de Investigaciones y Estudios
Superiores en Antropología Social
México, D.F.

Dr. Gonzalo Aguirre Beltrán
Director del Centro de Investigaciones
y Estudios Superiores en Antropología Social
Jalapa, Veracruz.

Biól. Arturo Argueta Villamar
Subdirector de Vinculación
Dirección General de Culturas Populares
Secretaría de Educación Pública
México, D.F.

Dr. Carlos Viesca Treviño
Jefe del Departamento de Historia y
Filosofía de la Medicina
Facultad de Medicina
Universidad Nacional Autónoma de México
México, D.F.

Dr. Ricardo Moreno Santos
Jefe del Departamento. Sección de
Acción Comunitaria
IMSS—COPLAMAR
México, D.F.

Dr. Fernando Martínez Cortés
Coordinador General de Historia de la
Medicina en México
Facultad de Medicina
Universidad Nacional Autónoma de México
México, D.F.

Dr. Gilberto Balam Pereira
Investigador en Medicina Tradicional
Instituto Nacional Indigenista
México, D.F.

Panamá

Dra. Mirla C. de Correa
Dra. Abril de Méndez
Facultad de Medicina
Universidad de Panamá

Perú

Dr. Carlos Roersch
Investigación del Area de Farmacognosia
Centro de Medicina Andina

Brasil

Dr. José Ma. Tavares de Andrade
Ministerio de Previdencia e Assitencia Social

*Organismos
Internacionales*

Dr. Olayiuola Akerele
Director del Programa de Promoción y
Desarrollo de la Medicina Tradicional
Organización Mundial de la Salud
Ginebra, Suiza

Observadores

Dr. Roberto Campos Navarro
U.M.F. No. 7. Delegación No. 6
Instituto Mexicano del Seguro Social
México, D.F.

Dra. Leticia Margarita Cano Asseleih
Instituto de Recursos Bióticos
Jalapa, Veracruz

Dra. Thelma Denton Navarrete
U.M.F. No. 1. Delegación No. 6
Instituto Mexicano del Seguro Social
México, D.F.

Dr. Samuel Dickerman K.
Instituto Hondureño de Seguridad Social
Tegucigalpa, Honduras

Dr. Miguel Angel Garza Ibarra
U.M.F. 28
Instituto Mexicano del Seguro Social
Monterrey, Nuevo León

Dra. Laura Rosa González
IMSS—COPLAMAR
México, D.F.

Dr. José de Jesús González Antuna
IMSS—COPLAMAR
Aguascalientes, Aguascalientes

Lic. Ma. del Consuelo González Garza
IMSS—COPLAMAR
Tepic, Nayarit

Sr. José Luis Granados C.
IMSS—COPLAMAR
Oaxaca, Oaxaca

Lic. Antonio Loeza Lozada
Instituto Mexicano del Seguro Social
México, D.F.

Dr. José de Jesús López Gudiño
IMSS—COPLAMAR
Tepic, Nayarit

Dra. Rocío Luna Salazar
Facultad de Filosofía y Letras
Universidad de Guadalajara
Guadalajara, Jalisco

Dr. Carlos Maqueo Jiménez
Instituto Mexicano del Seguro Social
Puebla, Puebla

Dr. Alfonso Mascareñas Ponce
IMSS—COPLAMAR
Xalapa, Veracruz

Antrop. Nelson Arístides Mejía González
Instituto de Investigaciones Socioeconómicas de Honduras
México, D.F.

Dra. Zoanilda Mendoza González
UMF 21. Delegación No. 4
Instituto Mexicano del Seguro Social
México, D.F.

Dr. Oscar Pérez Canales
IMSS—COPLAMAR
Pachuca, Hidalgo

Dra. Elia Magdalena Pliego Pérez
UMF No. 8. Delegación No. 6
Instituto Mexicano del Seguro Social
México, D.F.

Dr. Rubén Poot Salazar
Centro de Investigación y de Estudios
Avanzados del
Instituto Politécnico Nacional
Mérida, Yucatán

Dr. Carlos Rodríguez Sánchez
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales
de los Trabajadores del Estado
México, D.F.

Dr. Alberto Turrubiarte Vega
Jefatura de Medicina Preventiva
Instituto Mexicano del Seguro Social
México, D.F.

Dr. Ramón Dagoberto Troncoso Muñoz
Coordinación de Enseñanza e Investigación
Instituto Mexicano del Seguro Social
Zacatecas, Zacatecas

Q.F.B. Imelda Zarza Fernández
Dirección General de Control de Insumos
para la Salud
Secretaría de Salud
México, D.F.

MENSAJE DE BIENVENIDA

Dr. Carlos Campillo Sainz

Mi bienvenida más cordial a los dignos representantes de organismos internacionales, a nuestros distinguidos colegas de las naciones hermanas de América Latina, a los compatriotas estudiosos del tema a quienes hemos invitado para escuchar sus autorizadas opiniones y a los trabajadores de la salud procedentes de distintas partes de nuestro país que con entusiasmo han acudido a participar con nosotros en este foro de discusión. A todos, repito, mi más cordial bienvenida en nombre del CIESS, del IMSS y del mío propio.

Es esta una ocasión que considero afortunada y aún digna de asombro porque congrega un grupo de personas con el afán común de abordar un tema cuya importancia hemos reconocido desde tiempo atrás y que ahora nos proponemos analizar y escudriñar con el fin de precisar conceptos, esclarecer dudas y obtener conclusiones valederas. Hay coincidencia de inteligencias y voluntades, hecho que no es frecuente en este mundo convulso que vivimos: de ahí mi complacencia y mi asombro. Nos une y nos reúne la misma preocupación en torno a viejos problemas todavía no resueltos que incitan nuestra curiosidad y estimulan nuestro esfuerzo. Existen ahora más que nunca sobradas razones para ocuparse de la medicina tradicional, algunas de ellas podrían calificarse de desinteresadas y son de orden intelectual y moral, y otras no menos poderosas, de carácter práctico, entrañan aspectos económicos y sociales de innegable importancia.

Séame permitido exponer, a grandes trazos, algunas ideas muy personales sobre la medicina tradicional, considerada desde el punto de vista de los objetivos que se persiguen en el Taller que ahora se inicia y a guisa de reflexiones preliminares sobre su orientación y desarrollo.

Existen dos concepciones contrapuestas de la medicina tradicional. Estimo que la primera es falsa y está cargada de prejuicio, en tanto que considera a la medicina tradicional como cosa muerta, fosilizada, perteneciente al pasado, símbolo de atraso y superstición frente a la ciencia y al progreso.

Me inclino decididamente por la segunda en virtud de la cual la medicina tradicional, realidad tangible viva y actuante, tiene su propio dinamismo con un impulso milenario que se antoja inagotable. Tradición significa, en efecto, un pasado

que en el caso que nos ocupa, es de rancio abolengo. Tradición implica la transmisión ininterrumpida de creencias, prácticas y conocimientos que van de generación en generación y tiene, por tanto, un sentido evolutivo. Ese complejo cultural denominado medicina tradicional no surgió de súbito de una vez y para siempre, tal como ahora lo vemos en sus distintas manifestaciones regionales como resultado elocuente de numerosas transformaciones. La medicina tradicional es fruto de la herencia cultural y por tanto, un fenómeno de la más pura estirpe humana, a la cual modela de continuo. El hombre es obra del hombre, y es él quien constituye la preocupación central de la medicina tradicional empeñada en proteger su salud y en combatir la enfermedad y la muerte que lo asechan.

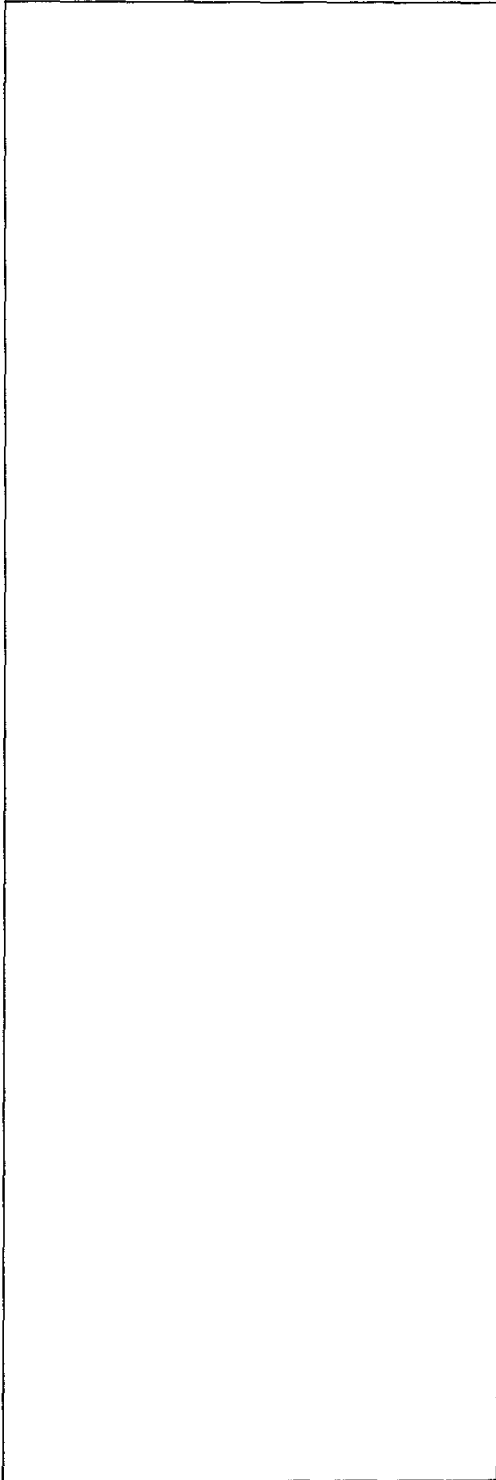
La medicina tradicional, sistema viviente como el hombre mismo del que dimana y a cuyos fines sirve, tiene un pasado muy anterior por cierto a la llamada medicina científica; es más, estoy convencido que esta última nace de aquélla, que ha habido entre ellas constante intercambio de mutuos procederes, unos perjudiciales y otros benéficos. En efecto, es pertinente preguntarse ¿por qué y cuándo empieza a ser científica la medicina? Yo diría que aquello que llamamos científico ya estaba contenido en la medicina tradicional, la cual paulatinamente le entrega a la otra medicina observaciones válidas confirmadas una y otra vez; en muchas ocasiones establece claramente las relaciones causales, e inclusive, algunas concepciones generales son producto genuino de la razón humana, como bien lo prueba el hecho de su notable persistencia a través de los siglos. Por otra parte, es necesario reconocer que siendo mediante la tradición oral como se transmiten los sistemas de medicina tradicional, ésta no alcanza la dimensión que confiere a la ciencia su atributo de universalidad. La ciencia, conocimiento de las cosas por sus causas, formula leyes generales y es por esencia verificable y universal. Y si bien la medicina tradicional no cumple en muchas ocasiones con estos requisitos, de ahí no puede colegirse que sea falsa ni anticientífica. Ya lo dice Platón de manera exquisita en el Simposium, cuando al preguntarle Sócrates a Diótima de Mantinea si hay algo intermedio entre la ciencia y la ignorancia, Diótima responde afirmativamente diciendo que una opinión cierta sin fundamento en la razón ocupa el espacio que media entre la ignorancia y la ciencia. Muchas veces la medicina tradicional ocupa este sitio intermedio. Puesto que la medicina científica se nutre progresivamente de aquello que la tradicional le ofrece y esta última contiene en germen los elementos científicos de que la otra va a valerse, puede concluirse que en ambas lo tradicional y lo científico existen entremezclados. Ni la medicina tradicional es anticientífica ni la medicina científica debe ser antitradicional. Por eso no puede hablarse de medicinas paralelas en el sentido estricto, geométrico del vocablo de no juntarse nunca. Son paralelas en tanto coexistentes, una siempre al lado de la otra en proporciones diversas según los casos; pero juntas en el mundo entero aún en los países desarrollados y en los medios urbanos.

El progreso es siempre relativo, un paso adelante no significa necesariamente la desaparición del precedente, así por ejemplo, en el caso de la locomoción el hombre sigue trasladándose tanto a pie como a caballo y en los vehículos supersónicos.

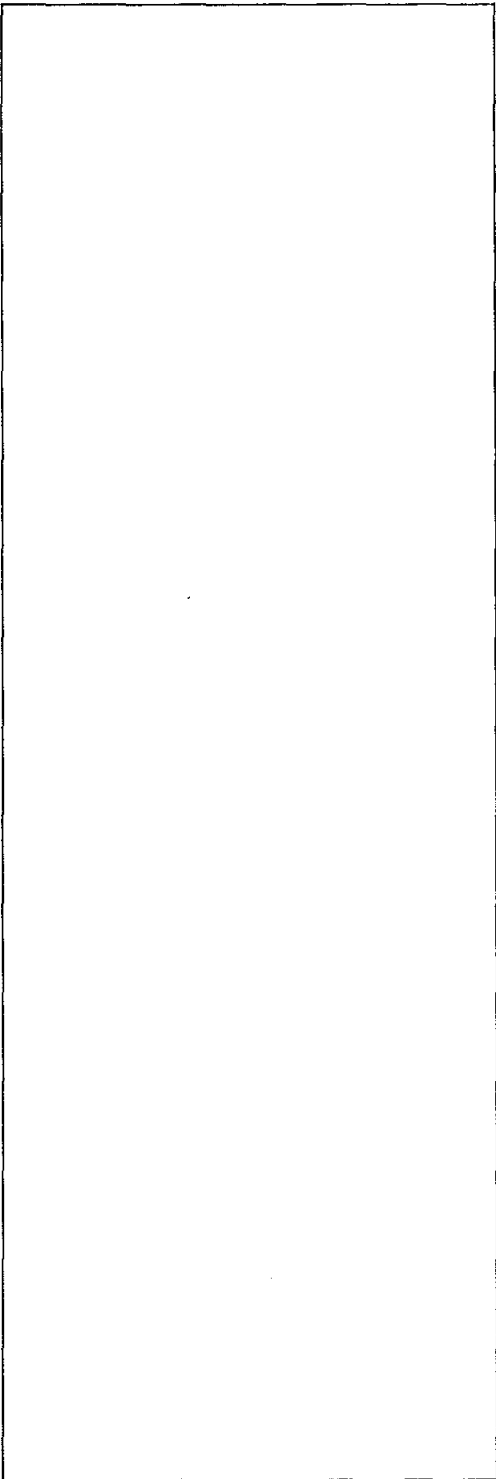
Volviendo al proceso evolutivo de la medicina tradicional y habiendo reconocido que tiene un pasado y como cosa viva un presente del cual damos inequívoco

testimonio, es necesario convenir que tiene también un futuro y hasta varios de ellos o bien uno solo que apunta en distintas direcciones.

Estamos aquí para tratar de encontrar el futuro que a nuestro juicio debe tener desde el punto de vista que nos ocupa. Considero que ese futuro será consecuencia de fomentar y orientar con actitud respetuosa el proceso de mutua transferencia entre las dos medicinas, en forma tal que sin perder su respectiva identidad ambas se beneficien al aceptar cada una lo que la otra pueda darle con el fin de emprender acciones complementarias de atención de la salud individual y colectiva. No debe olvidarse que luchan por la misma causa: mejorar la calidad de la vida humana. Si esto se logra, el Taller habrá cumplido su propósito y nosotros estaremos legítimamente satisfechos.



*Trabajos
Presentados*



*La Asistencia Médica
Primaria
y el Retorno
a la Medicina Popular*

*Dr. Gonzalo Aguirre Beltrán.
Director del Centro de Investigaciones
y Estudios Superiores en Antropología
Social.
Xalapa, Veracruz.*

En 1959 René Dubos, destacado microbiólogo de la Rockefeller University, publicó una obra, más tarde traducida al castellano con el título de *El espejismo de la salud: Utopía, progreso y cambio social (1975)*, que el Fondo de Cultura Económica incluyó en su Colección Popular. En dicha obra, por vez primera, se enjuició el proceso salud-enfermedad valorando los beneficios que derivan de la intervención médica pero también, y muy particularmente, los daños que su mediación produce en el individuo y la sociedad en los países altamente industrializados y en sectores de población de países en desarrollo que han adoptado como estilo de vida el desafortunado consumismo que caracteriza el modo de producción industrial. Dubos, concretamente, puso en duda la aseveración ordinariamente aceptada que hace de los progresos en medicina el factor determinante de la desaparición de las graves epidemias de la época colonial en Europa y América, y en lo general, de la mejoría en el estado de salud de los pueblos que se llaman civilizados. Con suma discreción Dubos decía: “La espectacular disminución de la mortandad debida a infecciones que se logró durante el siglo XIX es testimonio irrefutable de la eficacia de las medidas aplicadas para la erradicación de los microbios. Empero, el papel desempeñado por tales medidas acaso no fue tan determinante como suele creerse. La pérdida de vidas a causa de las infecciones ya había empezado a decrecer varias décadas antes de la aplicación de las primeras medidas profilácticas derivadas de la teoría de los gérmenes y casi un siglo antes de la aparición de las drogas antibacterianas”.

El lúcido enjuiciamiento de Dubos fue la manera como hizo ostensible un cuerpo de opinión que venía tomando forma por tales años y promovió la realización de una suma extraordinaria de investigaciones, conducidas por médicos y sociólogos, que pusieron bajo examen los más distintos aspectos de la práctica médica, evaluando tanto la tecnología que incrementa cada vez más el *armamentarium* de que dispone el profesional para el diagnóstico y la terapia de los males, cuanto la organización social de la asistencia en el consultorio y en el hospital. El coste, y las proyecciones de la medicina institucionalizada fueron objeto de riguroso análisis y se apreció no sólo su efectividad sino también, sus consecuencias indeseables en sanos y enfermos al modificar la actitud de éstos en lo que hace al rol dependiente, acrecentadamente pasivo, que desempeñan en el proceso salud enfermedad. El imperialismo de las transnacionales farmacéuticas; el control y manipulación de medicamentos y patentes; el consumo excesivo de drogas reguladoras de

dolor, placer, sueño o *stress*; la difusión y venta de productos que causan hábito, daño o carecen de utilidad, fueron asimismo motivo de indagación.

Como resultado de tal pesquisa, Thomas McKeown, en su *Introducción a la medicina social* (1981) dejó bien establecido que la experiencia obtenida por el estudio de las estadísticas de mortalidad en Inglaterra y Gales durante los últimos dos siglos, definitivamente “indica que las principales influencias en la salud no son la prevención y el tratamiento de las enfermedades en los individuos”. En la evolución del hombre el siglo XX debe estimarse como un hito que separa las enfermedades infecciosas antes predominantes y los padecimientos de distinto orden hoy prevalentes, pero en el proceso evolutivo la influencia de la medicina, si la hubo, fue tardía. Las observaciones de McKeown fueron comprobadas cuando diversos investigadores las repitieron en dos ó tres países europeos, los Estados Unidos y México. Jesús Kumate (1977) confirmó en nuestro país el decrecimiento de la mortalidad por tuberculosis, tosferina y difteria mucho antes que se implementaran campañas masivas de vacunación y otras medidas de eficacia reconocida.

Las críticas se enfocaron principalmente sobre la medicina de clase, propia de los países capitalistas donde sigue habiendo una medicina para ricos y otra para pobres que pone al descubierto las contradicciones de un sistema que propala el derecho a la salud sin distinciones, para todos, pero difícilmente actualiza el postulado. André Gorz advierte en la medicina occidental un aparato particularmente eficaz y temible para la normalización social del individuo y, por consiguiente, para la represión de toda clase de conductas desviantes o subversivas. Cuando la medicina —dice— trata de suprimir o de atenuar por la medicación el sufrimiento provocado por una situación social intolerable ejerce, de hecho, una función represiva: aplasta una protesta orgánica para reintegrar al inadaptado al estado de cosas establecido. Al llevar hasta el límite esta lógica inconfesada toda protesta es considerada como manifestación patológica. “No sólo en la URSS se psiquiatriza a los disidentes”. La ciencia del experto—médico se transforma así en la cobertura ideológica que legitima la autoridad. La sumisión a la ciencia del médico condiciona a los individuos a someterse a los que saben y a delegar todos los poderes en los expertos. Otros investigadores que estudian aspectos diversos del sistema médico llegan a resultados nada halagüeños al hacer ostensible al carácter opresivo de la asistencia médica y, algunos más, radicalizan sus apreciaciones al punto de impugnar la legitimidad de algunas ramas o especialidades de la profesión como la psiquiatría. Martin L. Cross en *La Sociedad psicológica: un análisis crítico de psiquiatría, psicoterapia, psicoanálisis y revolución psicológica* (1978), lanza un furibundo ataque contra las doctrinas vigentes y las prácticas relacionadas con las enfermedades y trastornos mentales, negándoles condición científica.

Antes de Cross, un eminente humanista vienés, Ivan Illich, mantiene abierto de 1970 a 1976 un seminario sobre “la enfermedad del progreso médico” que recoge y discute, en el CIDOC de Cuernavaca, más de un millar de obras, grandes o menores, ensayos, artículos y discursos cuyo contenido habrá de servirle de apoyo al texto de un libro controversial, demoledor y, en gran medida, convincente, titulado *Némesis médica: la expropiación de la salud* (1984). Las afirmaciones conten-

ciosas se suceden sin descanso en el correr de las 384 páginas del volumen y están respaldadas por la correspondiente cita que anota el nombre del investigador responsable, el lugar y el tópico a las cuales alude Illich y a menudo comenta. Una verdadera obra de romanos a la que los antropólogos contribuyen en muy pocos casos —se mencionan unos veinte en el millar—, lo cual se explica porque el contendiente pone el interés en la medicina institucionalizada y en el “enfermo administrado”, como productos de la cultura industrial.

Illich se introduce al tema con una grave aseveración. La medicina institucionalizada —dice— ha llegado a convertirse en seria amenaza para la salud; el daño causado por médicos y medicamentos en el tratamiento de enfermedades cada vez cobra mayor relevancia en conferencias, informes y prontuarios médicos. Aún más, el monopolio sobre la asistencia a la salud se expande sin freno y coarta la libertad del hombre respecto a su propio cuerpo. La sociedad continúa transfiriendo en los médicos el privilegio de prescribir qué constituye la enfermedad, quién está enfermo o podría enfermarse y qué cosa es preciso hacer en tal eventualidad. Daños crecientes e irreparables acompañan al desarrollo industrial en todos los sectores y en todos los países, cualquiera que sea su signo político. En medicina esos daños reciben el nombre de *yatrogénesis*; ésta es clínica cuando la asistencia médica genera dolor, enfermedad o muerte en la persona; es social cuando la policía y orden en el gobierno refuerzan la organización industrial que engendra riesgo, contaminación y salud precaria; “es cultural y simbólica cuando, apoyadas médicamente la conducta y las ilusiones, restringe la autonomía vital del pueblo minando su competencia para crecer, atenderse uno a otro y envejecer, o cuando la intervención médica incapacita reacciones personales al dolor, la invalidez, el impedimento, la angustia y la muerte”.

La vigorosa y extrema contradicción al sistema médico occidental, en su etapa industrial, formulada por Ivan Illich, es un toque de atención ante una catástrofe previsible que se advierte próxima. Fraseada a la manera de las imprecaciones pronunciadas por los profetas bíblicos, su impacto en la mente de quienes la leemos sacude pasividad y condescendencia; actitudes generalmente asumidas ante la magnitud de un problema cuya solución se antoja más allá de nuestras fuerzas. La tecnocracia médica industrial no es sino eslabón de una cadena que concentra el poder en *élites* o clases hegemónicas. Otros tecnócratas, en otras esferas de la vida, están llevando al mundo a situaciones de grave riesgo en política, economía, educación, arte y demás aspectos estratégicos de la convivencia humana. Pero el campo de la actividad médica —como bien lo apunta Irving Kenneth, citado por Illich— es “ejemplo por excelencia de la crisis de identidad contemporánea; el área donde la banalidad del mal se disfraza mejor como un proceso técnico, científico y objetivo diseñado para nuestro propio bien”.

Asustado ante el tamaño descomunal de la denuncia Ivan Illich no ofrece alternativas de solución, a la medida de una medicina para masas, en el trance de una crisis de liquidez; denominación eufemística, esta última, que nuestros técnicos dan a la debacle económica, política y moral vigente. El notable humanista vienés habla de restaurar la categoría de lo sagrado, de reconocer el poder de una dimen-

sión simbólica que no debe ser rebasada sin que sobrevenga el condigno castigo, la ruina y el aniquilamiento como respuesta a nuestra codicia radical, a nuestra arrogancia sin límites. Propone recobrar la ética que por sí sola permita a la humanidad aceptar límites que circunscriban y validen prácticas que no excedan la condición humana. Incita a recuperar la acción autónoma, la responsabilidad personal por la asistencia a la salud, al manejo de la propia intimidad; en fin, a incrementar la capacidad de adaptación a medios cambiantes, como reacción genuina culturalmente configurada frente a la realidad social. Nacer, madurar y envejecer; curarse, sufrir y esperar pacíficamente la muerte. Bellas palabras que, como las de Piotr Kropotkin o las de Enrico Malatesta sucumben ante la tiranía de los hechos.

México, como país dependiente, comparte mucho de los puntos en disputa que ventila, al nivel de los países industriales, la medicina institucionalizada; a menudo, sus problemas se agravan porque la tecnología, los modelos de organización asistencial y los medicamentos son en gran medida importados y no siempre se ajustan a nuestra estructura social ni a la ideología que la valida. En la metrópolis y en ciertos polos de desarrollo la medicina industrial parece adquirir carta de naturaleza y aun llega a congregarse una clientela que le sirve de apoyo, según lo hacen notar los estudios de sociología médica recién inaugurados en nuestro medio universitario. De este sector de la población nacional no hemos de ocuparnos porque nuestro interés y la esfera de nuestros conocimientos están puestos en el otro México, el constituido por el campo, rezagado en su producción y productividad, y en él, específicamente, las regiones interculturales de refugio, donde viven los descendientes de pueblos étnicos originalmente americanos que participan en comunidades de habla y cultura diferentes a las del mundo occidental y nacional.

En esas regiones una ciudad primada habitada por ladinos o gente de razón rige la interacción con las comunidades indias que giran social y políticamente en su alrededor. No obstante el contacto de primera mano que los pueblos étnicos mantienen con los ladinos y con la sociedad envolvente de cultura y lengua occidentales y a pesar de la explotación y el persistente proceso de aculturación a que se encuentran sometidos, aún conservan, con la lengua vernácula, un estilo de vida discreto, es decir, distintivo. De él forma parte un sistema de creencias y prácticas en lo que concierne a la oposición salud-enfermedad que les ha permitido sobrevivir, bien es cierto, en situación subalterna, como extranjeros en su propia patria. El sistema médico indio está basado en el conocimiento empírico de una variedad de yerbas medicinales, disponibles localmente, y en un conjunto de manipulaciones, ritos y ceremonias de carácter mágico-religiosos que acopian la sabiduría simbólica heredada del pasado prehistórico y colonial, celosamente custodiada por *tiachcas*, parientes mayores, y por médicas y médicos nativos. Por demás está decir que en tal escenario sería una temeridad innovar la medicina industrial y su costoso y complejo *armamentarium*. Sin embargo, así se hizo cuando, en 1979, el gobierno federal puso en marcha el programa IMSS—COPLAMAR para las zonas marginadas, entre las cuales comprendió a las regiones de refugio indias.

En mi obra *Antropología médica: sus desarrollos teóricos en México (1986)* hago un pequeño comentario sobre el proyecto IMSS—COPLAMAR en el que ad-

vierto la ausencia de criterio antropológico en la planeación, en la implementación y en la operación. La urgencia de realizar actividades que abarcan el ámbito nacional y proyecciones al futuro con temporalidad de un cuarto de siglo hizo elegir el método y los procedimientos de la sociología médica, basados en encuestas y estadísticas, como el enfoque a propósito para cuantificar el problema. Para el caso, COPLAMAR inició en 1977 el programa de estudios para conocer mejor el estado actual de la realidad de los grupos marginados en zonas deprimidas de la geografía patria. Fueron investigadas las necesidades esenciales de alimentación, educación, salud y vivienda en los niveles nacional, estatal y municipal, así como las tendencias hasta el año 2000, término estimado para satisfacer esas necesidades en su totalidad. Las investigaciones se publicaron en coedición con Siglo XXI Editores, con el agregado de las fuentes de información estadística que ocupan un poco menos de la mitad del volumen cuarto dedicado a salud. Al leerlo, pronto se advierte la orientación socio-económica que los autores dan a la pesquisa. El conocimiento y la interpretación de las estadísticas vitales es el fundamento que legitima la operación de los programas en toda la República, incluyendo las zonas indias que, por cierto, constituyen el grueso de los sujetos de asistencia en el proyecto. Consecuentemente, las clínicas hospital de campo, las unidades médico rurales; la administración, el personal y la supervisión están diseñados en modelos válidos para todo el país, sin que hagan distinción entre población de cultura nacional y pueblos étnicos. Los problemas implicados en la diversidad de sistemas de habla que tanto dificultan la comunicación médico-paciente en las regiones de refugio, se resuelven mediante auxiliares médicos de bajo status, pero bilingües, localmente reclutados, que sirven de intérpretes.

No sé si a últimas fechas el proyecto IMSS—COPLAMAR ha sido evaluado ni si las metas que se propuso a corto plazo fueron alcanzadas. De cualquier manera, acontecimientos de gran significación originados inmediatamente después de ser lanzado el proyecto, pero que no parecen haber sido previstos, inciden en sus posibilidades de expansión y prosperidad; me refiero a la crisis económica y a la desconcentración en los servicios. El financiamiento de los programas de salud para grupos marginados estuvo en su inicio a cargo del IMSS y del gobierno federal; en el presupuesto de la institución figuraba un rubro intitulado *Solidaridad social* que le permitía cubrir el 40% del coste de los programas. Cuando éstos se dilataron a la extensa superficie del país la hacienda pública corrió con el gasto total; carga que no le resultó onerosa durante el auge petrolero. Hoy en día las condiciones han cambiado; son de conocimiento general las reducciones presupuestales que afectan inversiones, gasto corriente y salarios reales. Esto quiere decir, simplemente, limitación en la operación de los programas al nivel vegetativo. Los medicamentos, instrumental y otros insumos producidos en el extranjero por las transnacionales que dominan la medicina industrial se encuentra fuera del alcance presupuestal de clínicas y unidades médicas que otorgan asistencia abierta, es decir, tratamiento, sin exigir remuneración alguna a marginados y no marginados residentes en la región de refugio.

Quienes se habían habituado a recibir graciosamente los servicios médicos han vuelto, o están volviendo, a considerar el uso de los procedimientos tradicionales;

ahora resuelven los sufrimientos derivados de la enfermedad con yerbas medicinales de bajo costo y fácil adquisición, mediante la consulta con especialistas de la medicina popular. Un número todavía no cuantificado de la clientela de clínicas y unidades médicas abiertas busca la solución a los problemas que plantea la crisis en la conversión al protestantismo, particularmente en su afiliación a las denominaciones del tipo de la *Christian Science*, que confían en el poder de la fe y la oración como bastantes para la cura del dolor y los males. Angel Palerm solía decir a sus discípulos que, en épocas críticas para el capitalismo, los pueblos étnicos de cultura y tecnología simples, articulados a la sociedad nacional, vuelven por sus fueros y retornan a las formas de vida tradicionales que la experiencia milenaria les muestra con garantía de supervivencia. Un proceso de retorno, que no es de retroceso, está ocurriendo como respuesta a la situación aciaga; un proceso que incluye a las regiones interculturales de refugio, pero también a los cinturones de miseria de las urbes, donde asientan campesinos y trabajadores no calificados atraídos por el espejismo de un desarrollo industrial dependiente.

La otra variable que afecta la filosofía y la operación del proyecto es la desconcentración administrativa puesta en marcha desde el pasado sexenio, como una forma de simplificar las funciones de gobierno centralizadas por un monstruoso aparato burocrático en la ciudad de México y su zona metropolitana. Las secretarías de Estado establecieron, donde no las había, delegaciones que asumieron autoridad en la toma de decisiones en cuanto concierne a las funciones ejercitadas en la jurisdicción de las entidades federativas. La política de desconcentración abarca a la totalidad de los organismos e instituciones federales; ésto hace suponer que toca también al proyecto IMSS—COPLAMAR. En la prensa diaria se habló un poco a este respecto, pero la discusión se apagó al penetrar en el círculo inescrutable del silencio. De cualquier manera, tarde o temprano, el problema pendiente tendrá que abordarse; los científicos sociales, para entonces, serán llamados a expresar sus juicios como expertos, y a la manera de siempre, en plazo perentorio. La evolución del proyecto, desde su concepción a nivel nacional hasta su coyuntura en la coordinación regional permitirá construir la teoría y práctica de la institución nueva en el ámbito restringido de una comarca. ¿Quién debe asumir la responsabilidad de realizar la tarea? ¿La sociología médica que pensó y diseñó el proyecto cuando nuestros planificadores soñaban administrar riqueza al año 2000; la antropología médica, cuyos intereses parecen estar más cerca de los pueblos étnicos y de sus aspiraciones; o la conjunción de ambas en una empresa de mutua participación?

Además, bueno es considerar críticamente la investigación y el trabajo médico-antropológico realizado pacientemente por las instituciones indigenistas, sin excluir a las misiones culturales. Debe también valorarse con particular solicitud el proyecto de hospital de campo que inicia Pedro Daniel Martínez cuando se desempeña, al correr la mitad de la década de los setenta, como asesor del INI. Finalmente, es obligado aprovechar con discernimiento la abundante literatura producida sobre las creencias y prácticas médicas por antropólogos nativos y foráneos de la cual da cuenta Alfonso Villa Rojas en *Seis años de acción indigenista (1970—1976)*.

Bibliografía.

AGUIRRE BELTRAN, Gonzalo. 1986
Antropología médica, CIESAS. México.

COPLAMAR, 1982.
Necesidades esenciales de México, Tomo 4:
Salud, Siglo XXI México.

CROSS, MARIN L., 1978.
The Psychological Society. A critical Analysis of psychiatry, psychotherapy, psychoanalysis and psychological revolution, Random House, Nueva York.

DUBOS, René, 1975.
El espejismo de la salud: Utopías, progreso y Cambio Social, FCE, México.

GORZ, André.

ILLICH, IVAN, 1975.
Medical Nemesis: The expropriation of health.
Calder & Beyards, Londres (hay ed. esp: *Némesis Médica La expropiación de la salud*, Barral Editores, Barcelona, 1975 y también en Editorial Joaquín Mortiz, México, 1978).

KUMATE, Jesús, 1977.
“Las enfermedades infecciosas del hombre: evolución civilización y adaptación”,
en: *Gaceta Médica de México*: 263—272.

MCKEOWN, Thomas y C.R. LOWE, 1981.
Introducción a la medicina social. Siglo XXI, México.

VILLA ROJAS, Alfonso.
Seis años de acción indigenista (1970—1976).

*Medicina Tradicional
o Sistemas
Práctico-Ideológicos
de los
conjuntos sociales,
como primer nivel
de atención*

Dr. Eduardo L. Menéndez
Investigador
Centro de Investigaciones y Estudios
Superiores en Antropología Social
México, D.F.

I

1. En esta ponencia partimos acotadamente de los puntos que explícitamente se han propuesto para el taller y que, aunque sea obvio recordar, son a nuestro juicio cuatro: futuro, medicina tradicional, atención a la salud y países latinoamericanos. Es dentro de los límites que establecen dichos puntos que nos manejaremos para así evitar caer en una suerte de dispersión en la cual solemos entrar cuando de hablar de “medicina tradicional” se trata.

Abordaré estos puntos a partir de algunos trabajos desarrollados en México y, en consecuencia, mis comentarios no los considero generalizables sino para las condiciones específicas de las comunidades en las cuales he trabajado.

Considero además que el eje del taller lo constituye el uso de la “medicina tradicional” en la atención institucional a la salud y que por ello, la problemática está planteada desde los objetivos del sector salud. Además, y tal vez para continuar con las obviedades, aparece casi como implícito que el universo sociodemográfico sobre el cual se pensará a la “medicina tradicional” es el de aquéllos sectores que experimentan una menor cobertura institucional pública y respecto de los cuales dicha “medicina tradicional” constituiría un instrumento que contribuiría a proveer y/o a ampliar la cobertura institucional de los mismos.

Para poder definir la pertinencia de los grupos sociales en cuestión y las funciones de lo que se denomina “medicina tradicional”, es preciso que estos puntos de partida sean referidos al contexto real de la situación mexicana. En principio, debe reconocerse que México constituye un país que tiende dinámicamente a la urbanización; la población de radicación urbana no sólo es la mayoritaria, sino que los sectores denominados “marginales urbanos” constituyen el grupo de mayor crecimiento demográfico. Por otra parte, si bien México está conformado por un numeroso sector de grupos étnicos de origen amerindio, la tendencia opera hacia la integración de esos grupos a través de relaciones de dominación, de explotación, de estigmatización, etc., pero que conducen de hecho a la eliminación de su aislamiento geográfico y cultural. Esta tendencia no la señalo en términos de positividad, sino como un proceso dominante y que aparece como irreversible. La mayoría de los grupos étnicos amerindios constituyen en México una parte sustancial del campesinado, ya sea en términos de minifundistas, de jornaleros rurales o de ambas inserciones productivas a la vez. Son estos dos sectores los que de hecho

aparecen como relacionados con la necesidad de instrumentar la utilización de la denominada "medicina tradicional".⁽¹⁾ Además de éstos, podrían señalarse otros conjuntos sociales, pero que aparecen como teniendo los recursos necesarios de cobertura, ya sea a nivel público (seguridad social) o privado, aun cuando esta aseveración implicaría una discusión pormenorizada.

Serían entonces los sectores rurales y urbanos de menores ingresos económicos, con menor nivel de vida (en términos de alimentación, vivienda, infraestructura, educación, etc.) con mayores fluctuaciones en su inserción y período ocupacional aquellos que evidenciarían el menor nivel de cobertura institucional médica, pública y privada.⁽²⁾ Serían además los sectores donde se darían las mayores tasas de mortalidad general y etárea (cfr. Bronfman y Tuiran 1983; Jiménez y Minujin 1983; IMSS—COPLAMAR 1982).

Estas constataciones empíricas ocurren además dentro de un proceso de crisis económica y ocupacional que de prolongarse tenderá a repercutir no tanto en las características del perfil epidemiológico, sino en la letalidad del mismo, así como en la eficacia y eficiencia de los servicios de salud. (cfr. E.L. Menéndez 1985).⁽³⁾ Todos los indicadores económicos constatan que para el conjunto de los países latinoamericanos, incluidos países que como Brasil siguen evidenciando un notable crecimiento en su producto bruto interno, se ha dado una creciente limitación del consumo individual de los trabajadores rurales e industriales. Este proceso, iniciado precisamente en Brasil a fines de los 60 y continuado en los países del Cono Sur, es actualmente la tendencia dominante en todos los países de América Latina. Este descenso de la capacidad de consumo a nivel de los sectores subalternos debe ser relacionado tanto con una política que centra en esta compulsión uno de sus principales recursos de generación de inversión interna como con la factibilidad de descargar en ellos el peso actual de la crisis. Un factor ya mencionado y que operará en la mayor parte de nuestros países será la crisis, o previsible crisis, de financiamiento que operará en los sistemas de seguridad social estatal y que tendrá repercusiones sobre el funcionamiento de los servicios de salud. Algunas previsiones son realmente graves (cfr. C. Mesa Lago 1985) y es respecto de esta posibilidad que deben ser leídas las políticas de descentralización que comienzan a operar en algunos de nuestros países (cfr. E.L. Menéndez 1984a).

Estos procesos son los que deben ser tomados en cuenta, además de los habitualmente señalados (redescubrimiento de esta práctica, falta de cobertura, falta de recursos humanos, materiales y financieros, eficacia comparativa, recepción positiva comunitaria, etc.) para entender el proceso de recuperación de las estrategias tradicionales dentro de las políticas del sector salud. Pero, además, estos procesos deben ser relacionados por lo menos con dos hechos que operan respecto de la incorporación de dichas prácticas. La oposición de la "medicina tradicional" por parte del Modelo Médico Hegemónico en términos ideológico-científicos y la creciente producción de médicos, así como de otros miembros del equipo paramédico (en particular trabajadores sociales), por lo menos en algunos países de América Latina entre los cuales incluyo a México.

En consecuencia, las tendencias dominantes y que debemos articular con la posibilidad de utilización de la “medicina tradicional” son un creciente proceso de urbanización, de reducción de grupos sociales aislados, de reducción de la capacidad de consumo de los conjuntos mayoritarios subalternos (sobre todo jornaleros y minifundistas y población “marginal urbana”), de una creciente oferta de profesionales médicos concentrados sobre todo en el área urbana y de un proceso de descentralización de servicios asociados posiblemente con una crisis de financiamiento de los organismos de seguridad social.

1.1. Ahora bien, planteado el contexto general en el que debe ubicarse la utilización de la “medicina tradicional” por el sector salud, la pregunta inmediata se refiere a especificar de qué “medicina tradicional” estamos hablando y ésto preguntado no desde una discusión sobre el significado de la misma en términos abstractos sino desde la posibilidad de su utilización por parte del sector salud, o, si se prefiere, por parte de éste en relación a los conjuntos sociales que practican dicho tipo de “medicina”.

Si proponemos aclararnos el término “medicina tradicional”, si nos planteamos tratar de precisarlo a partir de su utilización para actuar sobre los problemas de enfermedad es justamente para recuperar lo más integralmente posible las prácticas curativas y preventivas que utilizan los conjuntos sociales y para evitar entrar en discusiones interesantes pero que no tienen que ver con el problema central. Como lo hemos planteado en algunos trabajos anteriores (cfr. E.L. Menéndez 1980, 1981, consultar en particular Lozoya 1982 y C. Zolla 1983), la definición en abstracto de la denominada “medicina tradicional” no sólo aparece como difícil, sino que de hecho nos puede llevar a algunas discusiones que generalmente no aclaran demasiado el significado teórico de este término y de hecho convalidan la utilización empírica de la que se partía. Esto ocurre porque en gran medida el término “tradicional” fue desarrollado dentro de determinados marcos teóricos que necesitan ser explicitados, ya sea para usarlo concientemente o para eliminarlo a partir de una concepción alternativa. Usar la categoría “tradicional” significa de hecho integrarla dentro de un esquema tipológico planteado en torno a lo “moderno” y lo “tradicional” pensados como polos de un *continuum*. Desde esta perspectiva, lo “tradicional” ha sido casi siempre definido a partir de lo “moderno” o de la “modernidad”, es decir, a partir de una concepción donde lo determinante está puesto en el polo “desarrollado”. Pasaría a ser tradicional todo aquello que no es considerado moderno. Esta manera de concebir los polos acarrearía por lo menos cuatro peligros: primero, la tendencia a homogeneizar abstractamente todos los contextos ignorando las particularidades; segundo, acumular y sintetizar homogénicamente, prácticas diferenciadas, interpretándolas como pertenecientes a uno de esos polos; tercero, limitar dichas prácticas a uno de los polos del *continuum* y no poder dar cuenta a nivel teórico de las mismas prácticas cuando operan en el sistema opuesto y, cuarto, la tendencia a considerar los polos como realidades históricas y no justamente como construcciones metodológicas.

La forma más frecuente en que funciona la utilización de lo “tradicional” es la de considerar tradicional lo que los sujetos definidos como *tradicionales* practi-

can.⁽⁴⁾ Desde esta perspectiva se da una notoria gama de posibilidades; los sujetos “tradicionales” serían los grupos étnicos amerindios, sería el campesinado indígena, criollo o mestizo, serían los denominados grupos folk, etc. y, por supuesto que en sentido relativo, unos podrían ser más tradicionales que otros.⁽⁵⁾

Esto se puede coordinar con una segunda forma y es la de considerar tradicional a toda práctica que no es codificada como científica. Ambos modos suponen generar algunos problemas que no se despejan ni por el procedimiento empírico y menos por el uso tipológico de lo “tradicional”. Los principales problemas que podemos enumerar son: a) se deja de lado que tanto este “sector”, como otros grupos, sectores o estratos reconocibles (proletariado industrial, sectores medios y altos), practican actividades e ideologías “tradicionales”; b) se deja de lado que todos estos sectores potencialmente practican mezclas y a veces síntesis de prácticas tradicionales y científicas; c) se tiende a desconocer de hecho el presupuesto teórico de que las prácticas, por más referencia científica que tengan, en la medida que son usadas por los conjuntos sociales se ideologizan y culturizan. Por otra parte, habría que establecer con claridad cuales son las prácticas “científicas” y “no científicas”: ¿acaso la homeopatía y la quiropraxia no lo son? ¿acaso la aromoterapia y la acupuntura no lo son? ¿acaso la herbolaria y la fisioterapia no lo son? Pero, además, si no son “científicas”, ¿habría que considerarlas “tradicionales” o constituirían un paso intermedio en el continuum?

Hay otro uso de lo “tradicional” planteado en términos de antagonismo, diferencia y/o contradicción respecto de lo “moderno” y cuyas procedencias teórico-ideológicas son múltiples (cfr. E.L. Menéndez 1981: 386 y ss). En su versión funcionalista sus propuestas casi no se distinguen de la de los planteos académicos de la antropología médica culturalista, pero en otras tendencias las prácticas médicas “tradicionales” son planteadas como núcleos ideológicos de cuestionamiento, resistencia y hasta enfrentamiento a las prácticas hegemónicas. Estas últimas tendencias no han jugado un rol relevante en el campo de la antropología médica, aunque sí han utilizado información para ejemplificar sus hipótesis ideológico-políticas. Consideramos que la carencia de aportes específicos se relaciona en parte con las limitaciones que los objetos de la antropología médica plantean crudamente. Cuando se pretende que la enfermedad y la cura pueden ser identificadores culturales (lo cual puede ser correcto), pero nos hallamos ante tasas elevadas de mortalidad infantil, preescolar o materna; cuando la cantidad de muertes “evitables” son las que constituyen las principales causales de mortalidad, la posibilidad de usar ideológicamente estas identificaciones por lo menos se reduce.

Consideramos que el uso del término “medicina tradicional” tiende no concientemente a la exclusión de prácticas y/o de sujetos históricos, tanto desde una perspectiva empírica como desde la perspectiva teórica revisada. Por otra parte, del análisis del material antropológico sobre “medicina tradicional”, por lo menos para Yucatán (cfr. E.L. Menéndez 1981), surge que la mayoría de los autores tienden a pensar ahistóricamente a la “medicina tradicional”, pareciera que suponen una suerte de inmovilidad, que los conjuntos sociales permanecen más o menos idénticos a sí mismos, lo cual pareciera implicar que teóricamente piensan que los sujetos históricos, pese a que se desenvuelven dentro de estructuras que cambian,

no cambiarían demasiado en sus prácticas ideológicas, y como un ejemplo de ésto seguirían desarrollando sus prácticas médicas “tradicionales”.

Nosotros partimos de presupuestos inversos; consideramos que las condiciones económico-políticas e ideológicas son potencialmente dinámicas y que, en consecuencia, sus sistemas curativos y preventivos también lo son; los mismos se modifican, se sintetizan, desaparecen, etc.

Justamente, si partimos de la denominada “medicina tradicional” nos aparecerán problemas de los que no puede dar cuenta esta conceptualización, o si da cuenta no puede explicarlo. Así, la constatación etnográfica señala que no sólo los conjuntos sociales, sino los curadores denominados tradicionales utilizan cada vez con mayor frecuencia fármacos de patente, que pueden incluir drogas psicotrópicas que en el caso de las parteras empíricas se ha detectado no sólo la utilización de instrumental y procedimientos científicos, sino incluso que realizan parto inducido. Ya I. Press y Gutiérrez Pineda habían descrito procesos similares para comunidades colombianas en los 60; inclusive documentaron el costo relativamente alto de la atención “tradicional” privada.⁽⁶⁾

Las investigaciones desarrolladas por nosotros y por investigaciones orientadas por nosotros han detectado reiteradamente esta síntesis en numerosos contextos mexicanos.

Esta constatación, realizada en los últimos años (desde 1977 hasta la actualidad) nos conduce a otro problema, que aparece explícita o larvadamente planteado sobre todo por la antropología médica. Y es el de ¿a quiénes vamos a considerar como los sujetos relevantes, casi diríamos determinantes, del uso de las prácticas curativas y preventivas, pero también de las prácticas que cumplen funciones de integración ideológica? ¿A los curadores tradicionales, a los conjuntos sociales, a ambos, a todos en relación con el desarrollo, expansión y apropiación de la “medicina científica”?

2.1 Quiero volver a subrayar que mi preocupación por tratar de aclararnos la expresión “medicina tradicional” no radica en una suerte de necesidad conceptual *per se*, sino que está guiada por una preocupación aplicativa, por una preocupación no referida tal vez a la eficacia, pero sí al posible uso de las prácticas e ideología tanto por parte del sector salud organizado, como, sobre todo, por parte de los conjuntos sociales.

Desde hace algunos años me planteo que la expresión “medicina tradicional” tiende a excluir o por lo menos a dejar en una suerte de campo de nadie a otras prácticas que no son consideradas tradicionales, pero tampoco científicas, y que, sin embargo, operan constantemente en algunos contextos, siendo frecuentemente los más dinámicos, como ocurre por ejemplo con el espiritismo o espiritualismo. Me he planteado también recurrentemente que el enfoque ideológico dominante en la consideración de la “medicina tradicional” conduce a dejar de lado las prácticas e ideologías que el proletariado industrial, o los sectores “medios” o los sectores “altos”, desarrollan respecto de sus padecimientos.

Que la recuperación de estas prácticas constituya un problema de mayor o menor urgencia dadas sus coberturas o condiciones socioeconómicas, constituye un problema secundario en el intento de precisar lo que puede llegar a ser implementado y no implementado desde el campo de lo “tradicional”.

Como ya hemos señalado, el hecho de poner en primer plano a la “medicina tradicional” tiende a excluir y seleccionar determinados grupos, sectores o estratos, así como determinadas prácticas e ideologías; la legitimidad de esta exclusión es por lo menos dudosa tanto en términos teóricos como aplicativos.

Personalmente, más que hablar de medicina tradicional o de medicina científica o de medicina “intermedia” —y así de hecho lo vengo poniendo en mis trabajos—, me planteo referirme al conjunto de las prácticas curativo/preventivas/enfermantes que utilizan los diferentes conjuntos sociales que reconozco en una sociedad determinada. Enfatizo lo de *todos* los conjuntos, ya que para determinados tipos de padecimientos, por ejemplo el alcoholismo que, como sabemos, constituye la primera causa de muerte en varones en edad productiva en México (incluidos, por supuesto la mayoría de los grupos indígenas), la práctica científica ha demostrado notables limitaciones a nivel de *todos* los conjuntos sociales, tengan o no cobertura institucional pública. Son las prácticas curativas y preventivas, son las prácticas enfermantes, son los reconocimientos de los perfiles epidemiológicos por los conjuntos sociales, lo que me aparece como nuclear y no la necesidad de detectar lo “tradicional”, lo “folk”, “lo popular”, lo “científico” en términos de exclusión y no sé si de estratificación cultural. No niego que desde una perspectiva etnológica histórica tenga valor de detectar los universos simbólicos diferenciados sobre la enfermedad; pero desde la perspectiva de las acciones en torno a la salud lo determinante es cómo dicha discriminación puede operar en el abatimiento de los daños, sobre todo si estos grupos son los que presentan las tasas más altas de mortalidad. Discutir el origen americano o no de la relación frío/caliente puede ser importante y de utilidad teórica y empírica en la medida que lo remita a la categorización actual de lo frío y lo caliente, a los cambios generados en dicha categorización respecto de las relaciones con la enfermedad, la alimentación, la atención del parto, etc. Todos los que tenemos alguna experiencia investigativa con esta relación sabemos de la adjudicación de esta categorización a nuevos fármacos, a cómo la relación cambia al opuesto en función del contexto, o al tipo de elemento que ha modificado y sigue modificando sus propiedades. Pero, además, necesitamos rastrear el uso de estas categorías en *todos* los conjuntos sociales, así como en relación con la práctica médica hegemónica. Necesitamos inclusive no sólo ver la resistencia sino también la rápida modificación en circunstancias explicitadas por esta categorización.

Resumiendo, en nuestras investigaciones nosotros no partimos del término “tradicional” (en gran medida por no poder precisarlo como concepto), sino que partimos de las prácticas, saberes e ideologías que los conjuntos sociales producen. Partimos del supuesto teórico de que la mayoría de los conjuntos sociales practican sintetizadamente o no toda una serie de creencias y saberes curativos y preventivos respecto de las enfermedades, padecimientos, problemas y/o desgracias

que padecen. Dichas prácticas son dinámicas; se transforman, se sintetizan con otras prácticas, se modifican parcialmente, desaparecen. Dichas prácticas, saberes e ideologías no pueden ser definidas a través del mantenimiento intencional y/o funcional de elementos exclusivamente “tradicionales” (?), sino que deben ser entendidas como un proceso dinámico cuyos parámetros serían el “padecimiento” ocurrido, las estrategias de acción y las consecuencias en la integración socioideológica. Estos parámetros están sobredeterminados por la dinámica del perfil epidemiológico, por las condiciones de desarrollo de los servicios privados y públicos, por las condiciones socioeconómicas de los conjuntos, por las condiciones ideológicas y sociales generales que establecen relaciones y posibilidades diferenciales de apropiación y síntesis. Estas prácticas, saberes e ideologías funcionan a nivel de todos los estratos y/o conjuntos sociales y no sólo en los estratos subalternos. Todos los estratos y conjuntos tienen unidades grupales básicas (el grupo familiar es el más inclusivo y extendido) que procesan acciones estructuralmente necesarias para la reproducción del microgrupo y de la sociedad, convirtiendo de hecho a las prácticas estos grupos en el real primer nivel de atención.

Desde la perspectiva señalada consideramos importante, tanto desde los objetivos del sector salud como de los conjuntos sociales, la recuperación y utilización de las prácticas, saberes e ideologías que producen los conjuntos sociales respecto de los problemas de salud/enfermedad. La recuperación no sólo la planteo en términos de extender la cobertura y/o lograr una disminución en los costos de la atención, sino también por otras razones entre las cuales las más relevantes serían las limitaciones del Modelo Médico Hegemónico respecto de determinados problemas, y las funciones socioideológicas que pueden cumplir las prácticas generadas por los conjuntos.

Al referirnos al último punto, entramos en un campo que frecuentemente ha diferenciado a los profesionales del sector salud de los antropólogos. Mientras que los primeros se han preocupado centralmente por la eficacia, incluida a veces la eficacia simbólica,⁽⁷⁾ que puede representar la incorporación de las prácticas “tradicionales” con el objetivo de limitar o abatir los daños a la salud, en el caso de los antropólogos este objetivo no aparece propuesto con la misma especificidad. En una parte de la práctica antropológica a veces parecería que la ponderación de los rituales curativo/preventivos tienen como objetivo central procurar la integración ideológica del grupo, más que lograr abatir o disminuir la incidencia negativa de las enfermedades (cfr. E.L. Menéndez 1981:373 y ss.). Se asume dentro del esquema tipológico citado que la medicina moderna” . . . amenaza la organización social tradicional” (cfr. Holland 1963:247) y en consecuencia debieran rehabilitarse, mantenerse las prácticas “tradicionales”, sobre todo cuando las mismas constituyan uno de los ejes de la integración y continuidad cultural de los grupos.

La expansión de las prácticas médicas hegemónicas sobre comunidades tribales o campesinas conduce a la transformación, desplazamiento o inclusive eliminación no sólo de las prácticas étnicas, sino de la significación de identificación e integración cultural que dichas prácticas tienen.⁽⁸⁾ En torno a las prácticas curativo/preventivas se pueden efectivizar representaciones ideológicas que contribuyen a la

reproducción étnica; estas prácticas suponen frecuentemente la realización de rituales colectivos que tienden a asegurar la cohesión y la continuidad. Estas aseveraciones pueden ser correctas, pero las mismas deben ser *realmente* contrastadas con los procesos de morbilidad que afectan a grupos sociales concretos (sean grupos étnicos, obreros, “marginales”, etc.) y ver la significación y consecuencias que esta ponderación puede tener. Consideramos que al respecto el caso del “alcoholismo” constituye un fenómeno relevante. Como sabemos, dicho problema constituye la primera causa de mortalidad en varones mayores de quince años en numerosos grupos étnicos amerindios; en algunos contextos constituye además la principal causa de encarcelamiento de dichos grupos; además, en numerosos contextos constituyó y aún sigue constituyendo la principal causa de enganche laboral, de despojo de tierras y de empobrecimiento. Pero, sin embargo, la ingesta de alcohol excesiva constituye para algunos de estos grupos el principal o uno de los principales instrumentos de identificación e integración cultural.⁽⁹⁾

Propuesto nuestro enfoque y reiterando que lo que suele denominarse “medicina tradicional” nosotros lo integramos como parte de las prácticas, saberes e ideologías de los conjuntos sociales (clases sociales, estratos sociales, grupos étnicos, grupos ocupacionales, etc.), debemos puntualizar que el relativo énfasis actual en la recuperación de dichas prácticas tienen objetivos que pueden ser diferenciados y aparecer como complementarios o conflictivos según sean los sectores sociales que se hagan cargo de los mismos.

- a) Desde la perspectiva del sector puede suponer: extensión de cobertura, recuperación de prácticas eficaces respecto de determinados problemas, abaratamiento de costos, extensión del control epidemiológico, descarga parcial de la crisis de financiamiento, legitimación ante los conjuntos sociales;
- b) Desde la perspectiva de la práctica médica, tanto privada como pública, puede suponer competencia en el mercado urbano sobre todo para los sectores médicos de formación reciente y cuya incorporación al mercado laboral se hace cada vez más dificultosa;
- c) Desde la perspectiva de los conjuntos sociales puede suponer lograr una mayor cobertura, abaratamiento en la atención y obtención de determinados servicios, supervisión de las prácticas de los conjuntos, revalidación ideológica de sus propias prácticas, apropiación de instrumentos eficaces;
- d) Desde la perspectiva de algunos autores y algunos conjuntos sociales puede suponer la validación de mecanismos de identidad e integración cultural, de generar una alternativa autogestionaria en salud;
- e) Desde la perspectiva de la industria químico-farmacéutica puede suponer la inducción permanente a una de las prácticas más extendidas de los conjuntos: la automedicación.

Los objetivos (e intereses) pueden complementarse y ello puede observarse en los casos de a y c, así como de c y e; pero puede haber conflicto y hasta contradicción en los casos de b respecto de a y c, y puede haber contradicción en el caso de d respecto de a, b y c. Dadas las características de la ponencia no podemos extenderlos, pero señalamos que el desarrollo posible de estas prácticas en México está en estrecha relación con las complementaciones y conflictos entre los objetivos, según sean llevados a cabo por los diferentes sectores. Esto debe ser relacionado además con las políticas de descentralización y de radicación de actividades en niveles de decisión municipal, que de hecho incluyen problemas no necesariamente relacionados con el abatimiento de los daños ni con la integración comunitaria (cfr. E.L. Menéndez 1984a).

II

1. En la primera parte planteamos algunos problemas y propusimos un enfoque según el cual son las prácticas, saberes e ideologías desarrolladas por los conjuntos sociales, los que constituyen el objetivo de nuestro trabajo. En las investigaciones realizadas hemos podido constatar que los conjuntos sociales tienden a generar una serie de estrategias comunes y recurrentes, cuya diferenciación está dada por las condiciones ideológicas y económicas que establecen posibilidades y alternativas tanto a nivel epidemiológico como de atención a la salud. Los puntos básicos de esta estrategia serían:^(1º) a) la existencia de lo que denominamos epidemiología popular unificada; b) la existencia de una carrera del enfermo que integra la acción respecto de los padecimientos; c) la detección de la autoatención como la práctica más frecuente y como núcleo articulador de las prácticas e ideologías respecto de los procesos de salud/enfermedad a nivel microgrupal. Estas constataciones son las que nos han conducido a considerar que son las actividades de estos grupos las que constituyen el real primer nivel de atención y que es sobre esta realidad relativamente autónoma que debe trabajar el sector salud.

En nuestro análisis de la situación yucateca intentamos dar cuenta de estos procesos a nivel histórico; tratando de demostrar que las prácticas realizadas por los conjuntos sociales son síntesis constantes que implican el uso de determinadas prácticas e ideologías como dominantes, y otras como alternativas subalternas a partir de un proceso de apropiación en continua transformación. En un trabajo reciente y para un contexto notoriamente diferenciado hemos podido relevar nuevamente estas tendencias sintéticas y que se expresan a través de los puntos previamente enumerados. En consecuencia, lo propuesto hasta ahora vamos a ejemplificarlo esquemáticamente a través de la información obtenida en una investigación que realizamos sobre mortalidad infantil y preescolar y estrategias curativo-preventivas en una comunidad del noreste del Estado de Guanajuato de alrededor de 1,000 habitantes.

De un trabajo intensivo con grupos familiares se obtuvo que los principales padecimientos que operan en la comunidad respecto de los niños menores de cinco años son: diarreas, lombrices, anginas, tos-catarro-resfriado, gripe, bronquitis, pulmonía, dolor, sarampión, escarlatina, disentería, amibas, accidentes. Junto con éstas, las principales causas de morbilidad "tradicional" fueron, en orden de incidencia, las siguientes: mal de ojo, empacho, susto, héticos, lagartijiento, diarrea por lastimadura, enfermedad del estómago-torzón-entripamiento, malora, mal de orín, relajamiento.⁽¹¹⁾ Cada uno de los padecimientos enumerados fue organizado a través de una serie de categorías epidemiológicas para poder establecer con la mayor precisión posible los caracteres dominantes en el registro y estrategia de acción. Las categorías a través de las cuales se organizó cada padecimiento fueron: causalidad, tipos distinguibles, gravedad, características estacionarias, grupos etéreos en los cuales incide, signos y síntomas, diagnóstico, contagio, prevención, tratamiento.

La descripción y análisis de cada uno de los grupos de padecimientos condujo a establecer las siguientes conclusiones.

Enfermedades "no tradicionales"⁽¹²⁾

- a) *Causalidad*: en cuatro cuadros en forma explícita (angina, tos-catarro-resfriado, gripe y bronquitis-pulmonía) y en dos en forma larvada (sarampión, escarlatina) la causalidad es referida a la relación frío/caliente. En esta concepción causal domina un fuerte sentido mecanicista respecto de los cambios de temperatura y de la exposición a "aires" y da lugar a una clara discriminación de enfermedades estacionarias que guardan una estrecha relación respecto de fenómenos climáticos que operan objetivamente en la comunidad. No pudimos detectar concepciones que profundicen o amplíen esta explicación. En otros tres casos (diarreas, lombrices, disentería) la etiología es referida a la calidad, cantidad y oportunidad de ingesta de alimento.

Estas dos causalidades darían cuenta de los principales cuadros; siendo las otras causalidades detectadas secundarias respecto de éstas e inclusive cuando aparecen, son concebidas como subordinadas.

- b) *Tipos*: para algunos padecimientos se distinguen tipos, pero no pueden extraerse generalizaciones.
- c) *Frecuencia e incidencia*: salvo sarampión y escarlatina, el resto de los padecimientos analizados se dan en todos los grupos etéreos; no obstante, todos ellos alcanzan la mayor frecuencia y gravedad en niños de edad preescolar y en particular en menores de un año.
- d) *Gravedad*: son consideradas graves las diarreas, lombrices, gripe, bronquitis-pulmonía y sarampión. La disentería y los accidentes pueden ser inicial-

mente graves o no, y las anginas, tos-catarro y amibas no son consideradas graves inicialmente pero pueden llegar a convertirse en padecimientos mortales. Es decir que prácticamente toda enfermedad infantil puede llegar a ser mortal; toda enfermedad constituye una “amenaza” y la concreción dependerá del proceso evolutivo de la misma. La catalogación como “grave” de una enfermedad dependerá de la codificación inicial, así como de otros procesos complementarios: la emergencia de nuevos síntomas que son indicadores de agravamiento, la concepción de incurabilidad y la rapidez con que el padecimiento puede desarrollarse. Estos procesos suponen una graduación o, mejor dicho, una reformulación constante de la consideración de gravedad de cada enfermedad.

- e) *Signos y síntomas:* en general hallamos un repertorio de síntomas relativamente restringido. Para los padecimientos descritos detectamos 19 síntomas y signos, de los cuales cinco son los que se manifiestan en la mayoría de los padecimientos: calentura en ocho enfermedades: diarrea y vómitos en seis; tos, catarro y falta de apetito en cinco de cada uno. Los otros signos tienen mayor especificidad y, articulados con éstos, permiten la formulación del diagnóstico. El escaso repertorio de signos a través de los cuales la población codifica la enfermedad está en relación directa con el reducido número de enfermedades que ellos consideran más frecuentes y graves; pero también con las posibilidades de plantear diagnósticos ambiguos y con potencialidad de rápida reformulación de los mismos.
- f) *Diagnóstico:* los criterios anteriores, junto con los indicadores de agravamiento, permiten organizar los padecimientos en una serie de ordenamientos diagnósticos, de los cuales los principales son:
 - i) *Enfermedades respiratorias agudas:* tos/catarro/resfriado/gripe/bronquitis sorda/pulmonía-pulmonía sorda. Entre todos estos padecimientos se da una continuidad que va desde un síntoma leve que permanece como tal (tos) hasta desencadenarse en pulmonía sorda, que está considerada como la más grave enfermedad. El *crecimiento* de la gravedad está dado por el incremento de la calentura y del “dolor”, así como por la rapidez de avance y desenlace.
 - ii) *Gastroenteritis y otras diarreas:* esta serie implicaría el ordenamiento de enfermedades científicas y tradicionales, y es justamente uno de los procesos que evidencian el cuestionamiento de esa escisión. Estos padecimientos pueden ordenarse de la siguiente manera: diarrea/dolor de estómago-torzón-entripamiento/diarrea por lastimadura/ojo/empacho/disentería/amibas. Este agrupamiento no implica la misma continuidad que en la primera serie; aquí la diarrea constituye el signo central que otros signos complementarios tienden a precisar y, según sean estas características globales asociadas a la gravedad, se establece uno u otro diagnóstico.

El incremento de la gravedad y la ineficacia del tratamiento, que puede a su vez constituir un indicador de gravedad, pueden conducir a la reformulación del diagnóstico.

Tanto en este caso, como en el anterior, el diagnóstico supone la existencia de una determinada causalidad, que en la primera serie es la relación frío/caliente y en la segunda el alimento. La reformulación del diagnóstico opera de distinta manera en una y otra serie; en la primera supone la reformulación basada casi únicamente en el agravamiento; en la segunda, el agravamiento puede conducir a rever la causalidad. Esta no se busca entonces en el alimento sino en otros comportamientos (golpes, lastimaduras), los cuales pasan a constituir nuevos indicadores que “antes” no fueron tomados en cuenta y que inclusive son descubiertos “ahora”.

La manera de formular el diagnóstico puede aparecer como una suerte de hiperempirismo en los grupos analizados, pero lo que expresa a nuestro entender es sobre la necesidad de operar dentro de tiempos limitados sobre enfermedades agudas.

- g) *Contagio*: Si bien es reconocido el contagio para algunos padecimientos graves, no aparece considerado respecto del complejo pulmonía-bronquitis ni respecto de las diarreas. La causalidad frío/caliente y alimenticia tienen una fuerza explicativa y preventiva que tiende a limitar la consideración operativa de las nociones de contagio.
- h) *Prevención*: para las dos series básicas de enfermedades la prevención supondría la modificación o evitación de determinados comportamientos, unos referidos a la relación frío/caliente y la otra al tipo, calidad, cantidad y momento del consumo de alimentos. La prevención por vacuna sólo aparece considerada para el sarampión.
- J) *Tratamiento*: todos estos padecimientos son inicialmente tratados mediante autoatención, con una síntesis o yuxtaposición de medicina herbolaria y fármacos de patente. Según el proceso de agravamiento todas las enfermedades pueden implicar la demanda de un curador especializado, así como una carrera del enfermo donde se consulte sucesivamente a los diferentes especialistas. La elección del primer curador, está condicionada por diferentes factores, incluido el reconocimiento de habilidades particulares, así como de una percepción que ve al médico como la solución para las enfermedades graves.

Enfermedades “tradicionalas”

- a) *Causalidad*: la información analizada permite detectar tres causas básicas de las cuales dos aparecen evidentes: alimento (empacho, héticos, estómago),

golpes o caídas (parcialmente caída de mollera, lastimadura y relajamiento) y la tercera referida a la relación frío/caliente es fácil de identificar en el caso del mal de orín y aparece latente respecto del “ojo” y los lagartijientos. La causal de la malora sería “la noche”, y aquí el factor determinante sería el control del comportamiento, además de otros significados posibles.

- b) *Tipos*: los tipos tienen significación solamente en dos de las principales enfermedades y la diferenciación en ambas está dada por la existencia o no de diarrea.
- c) *Gravedad*: el ojo, empacho, susto y relajamiento son considerados graves; las enfermedades del estómago, lastimadura y héticos pueden llegar a serlo en la medida que continúe la diarrea; mientras que no son considerados graves ni el mal de orín, ni los lagartijientos. Las enfermedades relacionadas o evidenciadas a través de diarrea, “golpes” y alimentos, aparecen como las más peligrosas.
- d) *Frecuencia e incidencia*: todos estos padecimientos se dan con alta frecuencia, pero son el ojo, empacho, susto, estómago y mal de orín los que operan con mayor frecuencia. Excepto en el caso del mal de orín, todos los demás afectan sobre todo a menores de cinco años, y en particular adquieren gravedad con los menores de un año.
- e) *Síntomas y signos*: distinguimos también 19 signos, pero hay tres que se manifiestan en varios padecimientos: diarrea (6), calentura (4), hinchazón (4); y otros cuatro que constituyen signos de tres enfermedades en forma relevante: vómitos (3), falta de hambre (3), golpes/lastimaduras (3) y llanto continuo (3). Al igual que en el caso de los padecimientos “no tradicionales”, el número de signos y síntomas es relativamente reducido y alrededor de siete son los indicadores reiterados de la mayoría de los padecimientos más frecuentes. Al respecto, es relevante señalar que la diarrea y algunos signos asociados con la misma aparecen como síntomas que expresan a las enfermedades más graves y frecuentes: mal de ojo, empacho, susto y también héticos, lastimadura y torzón.
- f) *Diagnóstico*: la práctica dominante identifica síntomas iniciales a partir de los cuales construye un diagnóstico provisorio. La no curabilidad de los síntomas conduce a la reformulación y propuesta de un nuevo diagnóstico que puede ser ojo, empacho o héticos, los que iniciados como diarrea se reformulan ante la ineficacia farmacológica y/o herbolaria. Tanto el susto como la malora son también redefinidos a partir de la no curabilidad. La mayoría de estas reformulaciones, implica la identificación de nuevos indicadores en la historia inmediata del comportamiento infantil.
- g) *Contagio*: Ninguna de estas enfermedades es considerada contagiosa.
- h) *Prevención*: respecto del mal de ojo, empacho, susto, lagartijiento, torzón, malora y mal de orín se identificaron criterios de prevención. Salvo en el

caso del “ojo”, la prevención se basa en la no realización de determinados comportamientos: no comer determinados alimentos, no caminar al sol, no salir de noche, no colocar la ropa en determinados lugares, no sentarse al calor, es decir, que implican en última instancia controles sociales de comportamientos que *pueden* convertirse en negativos. Además, en casos como el susto, lastimadura, relajamiento, se reconoce que determinados comportamientos son de difícil control: sueños, caídas cuando el niño está dormido, golpes durante el proceso de trabajo, etc.

- i) *Tratamiento*: todos estos padecimientos suponen inicialmente la autoatención, pero una vez reformulado el diagnóstico algunos pueden implicar tratamientos con curadores especializados. Así, la caída de mollera y el relajamiento suponen concurrir a la sobadora; el lagartijiento puede ser tratado por su familia, pero implica frecuentemente el trabajo de un curador. Mal de orín, malora, héticos, ojo, empacho, susto, lastimadura, torzón, aún re-diagnosticados, pueden seguir siendo tratados por autoatención, aunque la evolución de la enfermedad (sobretudo del “ojo” y del susto y en segundo lugar del empacho y lastimadura) pueden implicar el tratamiento especializado, que en estos casos es también una sobadora o una curandera. Esta carrera no opera necesariamente así en todos los casos, ya que la consulta —cuando el padecimiento aparece como incurable— también supone el tratamiento médico.⁽¹³⁾

El análisis diferencial y unificado (ver Cuadro 1) de estos dos conjuntos de padecimientos indicaría la existencia de un modelo práctico-ideológico dominante que expresaría una percepción y práctica unificada y no dicotómica, como generalmente se propone.

Observando la causalidad de las enfermedades detectamos que son los mismos factores básicos los que operan en ambos grupos, excepto el caso de golpes, caídas y similares que sólo aparecen determinantes para el segundo grupo de padecimientos. No obstante, serán estos síntomas los que posibiliten la transformación de una enfermedad del primer grupo en “otra” del segundo.

Respecto de la gravedad, los dos grupos presentan enfermedades graves y en proceso de agravamiento cuyas referencias explícitas e implícitas son hacia las respiratorias agudas y diarreas, en el primer caso, y hacia estos mismos cuadros, pero planteados menos explícitamente en el segundo, excepto en el caso del susto.

Ambos tipos de enfermedades se dan más frecuentemente en los niños pequeños, en los cuales, por otra parte, inciden con mayor gravedad.

En los dos grupos contamos con un reducido número de síntomas y signos que dan cuenta de los principales padecimientos, siendo casi los mismos en uno y otro grupo. Al respecto podemos decir que no es el mero “arreglo” de las partes (en este caso síntomas y signos) lo que daría el significado de la estructura de cada padecimiento por referencia a una estructura matriz, sino que es el proceso social en el cual se implican el que les da su significado.

Cuadro 1

| Categoría | Padecimientos Científicos | Padecimientos Tradicionales |
|-----------------------|--|--|
| Causalidad | frío/caliente/alimentación | alimentación/golpes/caídas frío/caliente |
| Gravedad | graves/pueden agravarse diarreas y respiratorias agudas | graves/pueden agravarse diarreas/ojo/susto |
| Frecuencia Incidencia | en niños pequeños (-5 años y sobre todo -1 año) | en niños pequeños (-5 años y sobre todo en -1 año) |
| Síntomas y Signos | calentura/diarrea/vómitos tos—catarro/falta de hambre | diarrea/calentura/hinchazón vómitos/llanto/falta de hambre/golpes |
| Diagnóstico | cadena de gravedad | cadena de gravedad, reformulación del diagnóstico inicial |
| Contagio | las enfermedades graves no son consideradas contagiosas | ninguna es contagiosa |
| Prevención | control de conductas (no realizar comportamientos) | control de conductas (no realizar comportamientos) |
| Tratamiento | carrera del enfermo iniciada por autoatención y luego médico o curandera | carrera del enfermo iniciada por autoatención y luego médico o sobadora y posteriormente médico, que puede operar al principio |

Fuente: Información socioantropológica Estación Luján 1983—1984.

Los signos y síntomas más frecuentes en el primer grupo son calentura/diarrea/vómitos y, en el segundo: diarrea/calentura/hinchazón. Un conjunto de síntomas secundarios sería: tos-catarro/falta de hambre, por un lado, y vómito/llanto continuo/falta de hambre/golpes, por el otro, es decir, básicamente los mismos.

En ambos conjuntos se detectan “cadenas de gravedad” que vinculan un diagnóstico posible con otros ordenados a través de síntomas en proceso de agravamiento; es el proceso, el contexto social y determinados indicadores los que permiten la reformulación diagnóstica. En el caso del segundo grupo esta reformulación es casi permanente, y el diagnóstico es casi siempre propuesto a posteriori.

La noción de contagio existe, pero no funciona como mecanismo preventivo y aparece secundarizada respecto de prácticas ideológicas que la limitan. Es de subrayar, por otra parte, que la noción de contagio sólo existe respecto de las enfermedades del primer grupo, pero ni en éste ni en el “tradicional” opera respecto de los padecimientos graves.

Hay criterios de prevención para prácticamente todas las enfermedades, siendo el elemento unificador de los mismos el control de comportamientos, sin el cual pueden desencadenarse los padecimientos.

Respecto del tratamiento, todos se inician por la autoatención, suponiendo ulteriormente carreras del enfermo que pueden conducir a la atención del médico, de la sobadora o de la curandera, actuando ésta como articuladora dada su apropiación de ambas prácticas.

Consideramos que hay un modelo similar para percibir y actuar en ambos tipos de padecimientos, lo cual no pretende negar la existencia de problemas de selección y de conflicto ideológico y práctico en el proceso de apropiación colectivo. Pero nuestro análisis tiende a subrayar la “continuidad” de las prácticas y no a plantearlas como dos órdenes opuestos y escindidos.

Creemos haber demostrado en nuestro análisis dicha continuidad, cuya principal evidencia la hallamos en el proceso continuo que opera entre las prácticas “científicas” y “tradicionales”, sobre todo respecto de los dos principales tipos de padecimientos: respiratorias agudas y gastroenteritis. Esta continuidad entre los dos grupos está dada por los signos y síntomas identificados, por la progresión de la gravedad, por la eficacia o ineficacia del tratamiento y la carrera del enfermo que esto implica, por la rapidez con que el padecimiento mata, por la reformulación diagnóstica.

Esta continuidad está sobredeterminada por los criterios de apropiación que operan en las transacciones sociales en grupos estratificados y por la eficacia real y simbólica de la práctica seleccionada. Los conjuntos se apropian de las prácticas en función de sus necesidades (posibles), incluidas las imaginarias. En el caso de las respiratorias agudas se verifica una creciente y exclusiva apropiación de las prácticas de la medicina “científica”; en el caso de las “diarreas” esta apropiación es

más limitada, dada la eficacia menor de los fármacos utilizados. Es así que en este caso (y sus alternativos: ojo, empacho) y en problemas como el susto se da un mayor mantenimiento de estrategias “tradicionales”.

El pragmatismo, la necesidad de eficacia, las condiciones socioideológicas de la apropiación sobredeterminan la elección de las prácticas. Un ejemplo constante y relevante lo tenemos en la funcionalidad de la relación frío/caliente, la cual posibilita el mantenimiento de prácticas que desplazan o limitan la idea de contagio.

1.2 Si estas características de los padecimientos en su conjunto las referimos a los casos de mortalidad infantil y preescolar detectados en las familias con las que trabajamos (ver Cuadro 2), encontramos verificadas las conclusiones propuestas hasta el momento y que adquieren diría yo, una relevancia demasiado significativa.

En el caso de la familia con el mayor número de hijos muertos (familia II) podemos concluir que: a) uno de sus niños murió por caída de la cama, (el diagnóstico médico de defunción fue fraguado); b) en otro de los casos hubo una notable dilación en la atención específica de un proceso de enfermedad en el cual se asociaron tifoidea, sarampión y posiblemente desnutrición; c) el primer hijo muerto evidencia un proceso que, además, convalida la hipótesis respecto del caso anterior. Estamos ante un proceso posiblemente de diarrea continua asociada con desnutrición, que es automedicado durante un lapso de cinco meses y medio. Por último, en el caso del niño prematuro no hubo ningún control del proceso de embarazo, lo cual no explica la prematurez, pero establece un parámetro de análisis.

El grupo IV tiene sólo un niño muerto; al parecer hubo atención médica inmediata, pero condicionada por un recambio permanente de curadores que evidencia la concepción de rapidez que se pretende de la eficacia curativa. El cuadro por el cual murió la criatura es una gastroenteritis asociada con deshidratación y desnutrición.

En el caso del grupo X observamos una situación similar a la anterior y, aquí, dentro de un proceso de gastroenteritis asociada con otros padecimientos no detectables, la intervención médica, parece haber actuado potenciando el fallecimiento.

En el último grupo tenemos un caso de niño prematuro para el cual no contamos con explicaciones válidas, y un caso de muerte por gastroenteritis no tratada correctamente.

De las “carreras” descritas surgen algunas constantes; el padecimiento y/o síntoma dominante es la diarrea, el proceso y agravamiento se desencadena rápidamente, y los grupos luego de un lapso de autoatención, tratan en general de actuar también con rapidez, no dando tiempo inclusive a constatar o no la eficacia de las terapias recomendadas. Los diagnósticos “tradicionales” son formulados a posteriori, ya que inicialmente la gravedad de los síntomas orientan la consulta hacia la práctica médica “científica”. La carrera del enfermo, permite ver que en el caso II domina la práctica de la autoatención asociada o no a consulta con curador tradi-

cional. En los otros tres grupos siempre aparece la consulta médica, luego de la autoatención y ante el agravamiento del padecimiento; en dos casos, además (IV y L), se consulta en última instancia a un curador tradicional. Salvo el grupo II, los demás consultan a dos o varios curadores en un corto lapso de tiempo.

Un punto particular lo constituye el problema del diagnóstico; del cuadro No. 2 surge que para el grupo II contamos en todos los casos, excepto en uno, con diagnósticos médicos. También en todos los casos la madre complementa o suplanta el diagnóstico médico, e inclusive IV llega a proponer dos diagnósticos tradicionales posibles. ¿Qué expresa esta reformulación? Hipotéticamente puede significar un principio de apropiación del padecimiento a partir de la propia matriz ideológica; también puede implicar la referencia a una causalidad que permite racionalizar el descuido, la falta de rapidez de la madre en el tratamiento (chupadura de bruja, mal de ojo). En la mayoría de estas reformulaciones diagnósticas parece existir una participación de otras personas que dan indicadores, que sugieren posibles referencias, que niegan el diagnóstico inicial.

Los datos analizados exclusivamente para la mortalidad ocurrida en los grupos seleccionados, se verifican parcialmente en otras dos muertes ocurridas durante el trabajo de campo. Uno es el de un niño muerto a los diez días de haber nacido, cuyo diagnóstico, reconocido públicamente, fue el de "bronquitis y pulmonía". El otro fallecimiento es de un niño de cuatro meses, de La Tigra⁽¹⁴⁾ que "unos dicen que fue de dolor, otros de pulmonía y otros de diarrea". En ambos casos supuso una carrera del enfermo que implicó la consulta a médicos privados; esta carrera también se verificó en el caso de la mujer muerta por complicaciones de parto. Todos los casos suponen, además, un rápido desencadenamiento de la enfermedad, así como una muerte rápida.

2. Consideramos que la descripción realizada en la segunda parte evidencia la existencia de un perfil epidemiológico integrado, la existencia de prácticas e ideologías sintetizadas que se expresan a través de estrategias curativas y preventivas en las cuales se utilizan diferentes recursos existentes y respecto de los cuales estos grupos tienen acceso; la existencia de una carrera del enfermo que no sólo unifica prácticas sino que está sobredeterminada por sus condiciones económicas, ocupacionales e ideológicas, y donde la existencia de las prácticas de autoatención aparecen como el eje dinámico de apropiación y síntesis.

Consideramos que el sector salud debería instrumentar la recuperación de estas prácticas, saberes e ideologías a partir del reconocimiento de relaciones basadas en la autonomía relativa de los conjuntos.

Cuadro 2

| DIAGNOSTICOS MEDICOS Y FAMILIARES SOBRE LOS CASOS DE MORTALIDAD | | | | |
|--|---|------------------------|--------------------|---------------|
| Diagnósticos | Caso 1 | Caso 2 | Caso 3 | Caso 4 |
| | II* | | | |
| Diagnóstico médico | Bronconeumonía | Sarampión/ Tifoidea | No hay | Prematuro |
| Diagnóstico familiar | Chupadura de bruja/pulmonía sorda/hambre y frío/caída | Mal de ojo | Empacho de dientes | |
| | IV* | | | |
| Diagnóstico médico | Gastroenteritis y deshidratación | | | |
| Diagnóstico familiar | Empacho pegado, mal de ojo | | | |
| | X* | | | |
| Diagnóstico médico | Gastroenteritis | | | |
| Diagnóstico familiar | Yatrogenia | | | |
| | L* | | | |
| Diagnóstico médico | Gastroenteritis | | | |
| Diagnóstico familiar | Dolor | | | Prematuro |

Fuente: Información socioantropológica Estación Luján 1983—1984.

Nota: el diagnóstico médico de bronconeumonía para II fue fraguado.

* Tipos Familiares.

1. Además, debe subrayarse que el énfasis ha sido puesto recurrentemente en el segundo grupo.
2. Esto no implica que estos sectores no demanden y consuman medicina “científica” pública y/o privada, sino que su cobertura es menor en términos de oferta y de posibilidades de compra de servicios. Como sabemos, las investigaciones pertinentes han evidenciado que luego de un lapso, los conjuntos subalternos que pueden acceder a la medicina científica se convierten en sus demandantes más dinámicos. Por otra parte, la creciente producción de médicos y odontólogos conduce a expandir la oferta en las áreas “marginales” urbanas donde frecuentemente es la práctica médica privada la que opera con mayor dinámica expansiva.
3. Los caracteres básicos de la crisis se manifestarían en dos niveles: I. El de la práctica médica: a) aumento del costo de la atención a la salud, el cual está centrado primariamente en el alza de los costos en medicamentos y equipo, y secundariamente en el costo del personal; esto ha conducido en algunos países a la crisis de sus sistemas de seguridad social; b) aumento correlativo del consumo de equipo y de fármacos. Dentro de los fármacos se habría intensificado el consumo de aquellos que pueden conducir a consecuencias negativas en la salud; c) aumento correlativo de la “intervención médica”, una de cuyas expresiones más visibles y costosas son las intervenciones quirúrgicas, que en algunos casos está suponiendo normalizar determinado tipo de intervenciones como forma estandarizada de atención (caso de las cesáreas); d) aumento correlativo de la iatrogenia negativa; e) predominio de criterios de productividad y rendimiento en detrimento de la calidad de la atención médica, f) ampliación ideológica y técnica de cada vez más áreas de atención (medicalización); g) la carencia de relación, por lo menos en algunos contextos, entre el aumento de los costos, el perfil epidemiológico dominante y el control del mismo; h) el predominio de estrategias curativas respecto de las preventivas en las instituciones médicas, sobre todo en aquellas que cuentan con los mayores recursos humanos y financieros.
(cfr. E.L. Menéndez 1985: 21-22).

II. El de los conjuntos subalternos: a) el deterioro de las condiciones nutricionales de la población, sobre todo en el caso de niños menores de cinco años, facilitando la incidencia de enfermedades infectocontagiosas; b) el incremento de la desocupación y subocupación no sólo se reflejará en la disminución del nivel de vida, sino en el incremento de las denominadas “violencias y patologías sociales”; c) determinadas medidas económicas que afectan los servicios básicos, tanto en su funcionamiento como en su expansión, pueden afectar negativamente condiciones básicas de vida; ejemplo, el costo del agua; d) el incremento de la racionalidad productiva puede traducirse en el incremento de la morbilidad ocupacional tanto en procesos agrarios como industriales; e) los procesos de empobrecimiento relativo y absoluto y los pro-

cesos migratorios rural-urbanos, tenderán a afectar la oferta de servicios de salud y salubridad de modo diferencial. El posible incremento de los asentamientos “marginales”, aunado a las limitaciones en la inversión en servicios públicos incrementará los problemas de saneamiento y salubridad; f) el deterioro de la capacidad adquisitiva de los trabajadores orientará la demanda de atención médica, tanto en el primer nivel de atención como sobre todo en los niveles de mayor complejidad hacia los servicios de seguridad social o de atención pública, de los cuales son derechohabientes y/o usuarios. Es decir que una parte del consumo médico que era “solucionado” por la práctica privada tenderá a ser absorbido por los servicios públicos generando posibles “cuellos de botella” en la organización institucional (cfr. E.L. Menéndez 1986a:59-60).

4. Esto ha conducido a la marginación de las experiencias de grupos comunitarios que han intentado recuperar las prácticas tradicionales en su vida cotidiana.
5. Dentro del grupo familiar pueden además detectarse personas (o personajes en términos de rol) más “tradicionales” que otros; así por ejemplo los “viejos” serían más tradicionales que los “jóvenes”.
6. A partir de los trabajos de V. Gutiérrez e I. Press “se ha encontrado por ejemplo que la remuneración a hechiceros y curanderos es igual y en algunos casos excede a la pagada a médicos en la práctica privada, tanto en las áreas rurales como urbanas. Se ha hallado también que los ingresos de muchos curanderos del campo y la ciudad no son de ninguna manera menores a los que perciben algunos médicos y muchas veces cuando la devoción popular señala a uno de estos curanderos como un “gran médico” y su reputación es ampliamente reconocida, su ingreso puede superar al de un especialista de la medicina científica”
(cfr. Galán, Luecke y Myers 1977:87).
7. La cuestión de la eficacia, incluida la eficacia simbólica, constituye un problema de delicada solución, en la medida que la eficacia puede ser atribuida al instrumento, al contexto o a ambos. La práctica médica científica tiende a remitir la eficacia al instrumento, pero la experimentación con placebos (¿eficacia simbólica?) ha demostrado que estos productos aparentemente inocuos pueden generar diferente tipos de reacciones: fiebre, leucocitosis, dolor de cabeza, náuseas, alteraciones vasomotoras, glandulares, del músculo liso, de mucosas: “Su acción, por lo tanto, está muy lejos de ser imaginaria, pues aunque algunas respuestas orgánicas como la taquicardia o la sudoración sean fáciles de explicar a través de reflejos vasomotores, hay otras como el aumento de eosinófilos circulantes, en los que intervienen mecanismos mucho más complejos” (cfr. F. Guerra 1976: 147). Esto en gran medida implica que la eficacia no puede, por lo menos en determinados casos, ser exclusivamente referida al instrumento (sea un fármaco de patente o una infusión “tradicional”), sino que debe ser referida al contexto macro o microgrupal en el cual dicho efecto opera.

8. Esta concepción ameritaría una discusión más específica, dado que la misma supone en gran medida una interpretación pasiva y ahistórica de los grupos subalternos, así como una idea relativamente mecánica de los procesos de expansión.
9. Para una revisión de esta problemática referida a grupos étnicos de México ver E.L. Menéndez 1986b.
10. Para evitar equívocos aclaramos que el término estrategia se utiliza como construcción metodológica y no como realidad concreta.
11. En el trabajo original estos padecimientos fueron detectados y analizados diferencialmente para niños menores de un año y para preescolares, y ésto tanto desde la incidencia general, a nivel familiar, como a través de episodios considerados de gravedad.
12. El término se emplea para establecer una primera clasificación a nivel manifiesto.
13. Además de los conjuntos descritos, puede ser agregado un tercero, el de las “enfermedades de maldad”, que en nuestra investigación sólo se evidencia a través de un caso de “chupadura de bruja”.
14. Comunidad dependiente de Luján; está a 3 km. y cuenta con 200 habitantes.

BRONFMAN, M. y R. TUIRAN 1983.

“La desigualdad social ante la muerte: clases sociales y mortalidad en la niñez”. Ponencia presentada al *Congreso Latinoamericano de Población y Desarrollo*, México.

COPLAMAR, 1982.

Necesidades esenciales en México, Tomo 4, Salud, Siglo XXI. México.

1982

Necesidades esenciales en México, Tomo 5, *Geografía de la marginación*. Siglo XXI, México.

GALAN, R.; D. LUECKE y CH. MYERS, 1977.

Análisis de demanda y oferta médica y odontológica para Colombia. Ministerio de Salud, Bogotá.

GUERRA, F., 1976

Las medicinas marginales. Los sistemas de curar prohibidos a los médicos. Alianza Editorial, Madrid.

GUTIERREZ DE PINEDA, V., 1962.

La medicina popular en Colombia. Universidad Nacional, Bogotá.

HOLLAND, W.R., 1963

Medicina maya en los Altos de Chiapas. I.N.I., México.

JIMENEZ, O. y A. MINUJIN, 1983.

Mortalidad infantil y clases sociales. UNAM, México. Ms.

LOZOYA, X., 1982.

“Visión histórica de la medicina tradicional” en F. Ortíz (Edit.): *Vida y muerte del mexicano*. Folios Ediciones, México, Vol. II: 15-48.

MENENDEZ, E.L., 1980.

Clases subalternas y el problema de la medicina denominada “tradicional”. Cuadernos de la Casa Chata 32, México.

1981.

Poder, estratificación y salud. Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán.

Ediciones de la Casa Chata, México.

1984a.

Centralización o autonomía. "La "nueva" política del sector salud en México" en *Boletín de Antropología Americana*, 10:85-95.

1984b

Descripción y análisis de las condiciones socioeconómicas que operan en la percepción social de la Mortalidad Infantil y Mortalidad Preescolar en una localidad del municipio de San Luis de La Paz, Guanajuato. Ms., México.

1985

"Aproximación crítica al desarrollo de la antropología médica en América Latina" en *Nueva Antropología* 29:11-28, México.

1986a.

"Modelo médico, salud obrera y estrategias de acción del sector salud" en *Nueva Antropología* 29:49-64, México.

1986b

Antropología del alcoholismo en México: 1930-1979, Ms., México.

MESA LAGO, C., 1985

Salud para todos en el año 2000. Taller Fundación Tepoztlán, Ponencia.

PRESS, I., 1971

"The urban curandero" en *American Anthropologist* 73 (3): 741-56.

ZOLLA, C., 1983

"La medicina tradicional mexicana y la noción de recurso para la salud" en X. Lozoya y C. Zolla (Edits.): *La medicina invisible. Introducción al estudio de la medicina tradicional de México.* Folios Editores, México: 14-37.

*Medicina Tradicional
y Sistemas de Atención
a la Salud*

Lic. Carlos Zolla Luque
Asesor de la Unidad de Investigación
en Medicina Tradicional y Desarrollo de
Medicamentos
Instituto Mexicano del Seguro Social
Xochitepec, Morelos

Las relaciones entre la medicina tradicional* y los sistemas de atención a la salud (al menos en aquellos países en donde el fenómeno ha sido objeto de atención por parte de autoridades, planificadores o investigadores de la salud, o en donde existen mecanismos legales que promuevan, regulen o sancionen la práctica de la medicina en su totalidad) distan mucho de ser homogéneas. La adhesión de los países a las políticas de la Organización Mundial de la Salud, que postulan la movilización de *todos* los recursos comunitarios para mejorar los niveles de salud, abarca un abanico de posturas que van desde el compromiso programático para lograr su efectivo cumplimiento hasta una sospechosa aceptación diplomática que luego es desmentida por una práctica punitiva hacia las formas de acción curativa no reconocidas por el modelo médico hegemónico. Esta heterogeneidad en las relaciones y esta gama de matices que se presentan en cada país, sugiere que toda generalización que pueda proponerse *corre el riesgo de resultar* ingenua o, al menos, poco operativa.

En todo caso, el problema de las relaciones entre el sistema oficial de salud y todas las formas de respuesta social a la enfermedad constituye un punto de innegable interés, no sólo en el terreno teórico sino también, y sobre todo, en el de la planificación de las acciones de salud y en la aplicación concreta. Posee además el atractivo de revelar los enfoques y las tendencias de quienes, directa o indirectamente, con afinidades o antipatías hacia el tema, intentan analizar de manera global la situación de salud de los países, las características de los sistemas de salud, la crisis del modelo médico hegemónico o las formas de interacción entre las diferentes manifestaciones terapéuticas. Podría decirse que el solo hecho de plantear los problemas de las relaciones entre medicina tradicional y sistemas de atención a la salud hace emerger una compleja red de problemas, estrategias, valoraciones, prioridades y, en fin, concepciones tanto de los universos que son puestos en evidencia como de las articulaciones y jerarquizaciones que tal relación implica. Por

(*) No es esta la oportunidad de discutir acerca de la pertinencia de la expresión "medicina tradicional". Sugerimos al lector interesado la consulta de obras como las de Eduardo Menéndez, Gonzalo Aguirre Beltrán o los interesantes y polémicos artículos de B. Velimirovic sobre la relación medicina tradicional-atención primaria de salud. Para una discusión sobre la medicina tradicional como un recurso para la salud, véase nuestro trabajo en Lozoya, X. y Zolla. C.: *La medicina invisible. Introducción al estudio de la medicina tradicional de México*, México, Folios. 1983, págs. 14-37

último, no es desdeñable recordar que si las medicinas tradicionales (o las formas no institucionales de respuesta social a la enfermedad) deben ser confrontadas con un *sistema de salud*, es preciso deslindar los contenidos y la extensión que se reconocen a unas y otro. En otras palabras, si la medicina tradicional puede ser concebida *también* en términos de un *sistema de atención a la salud*, con modalidades y legalidades propias que modulan la relación con el sistema institucional.

Señalemos, de paso, que la noción de “sistema de salud” encierra no pocos equívocos. “En cierto sentido —puede leerse en una reciente y muy completa revisión de la literatura dedicada al tema— el sistema de salud es un mecanismo oculto y misterioso: todavía no conocemos su funcionamiento y casi todas las investigaciones actuales son de tipo exploratorio”¹. Ello trae como consecuencia que el carácter de estas investigaciones esté determinado por las estrategias de aproximación, ya sea que se busque formalizar un *modelo* de atención a la salud, ya sea que se analicen las experiencias nacionales o regionales y se establezcan comparaciones entre los sistemas. En muchos casos, la propia noción de *modelo* aparece identificada con la de *sistema*. Por otra parte, un obstáculo con que se tropieza a poco que se aborde el estudio del tema es el de la polisemia del término *sistema*, y que se hable indistintamente (a veces en el mismo contexto) de “sistemas de salud”, “sistemas de atención médica”, “sistemas de programación, información, control, evaluación y difusión”, “sistemas hospitalarios” (y “sistemas de administración hospitalaria”), “sistema de las Naciones Unidas en materia de salud”, etc., con criterios que reflejan un empleo por lo menos excesivo. La consecuencia inmediata es la de que “sistema” termina aludiendo más o menos vagamente a “cualquier conjunto dotado de una organización interna”, *cumpléndose con la regla de oro* de los lógicos, según la cual la comprensión del significado está en relación inversa a su extensión. El notable esfuerzo de muchas investigaciones dedicadas al tema está en gran medida destinado a sortear este “obstáculo epistemológico”, ya sea por una directa alusión teórica, ya sea por el rodeo descriptivo que busca poner en evidencia las legalidades que aparecen en un conjunto dado, mostrar las reglas de funcionamiento y esbozar las posibilidades de adecuación y optimización de los recursos. Muchas veces son las propias instituciones y los gobiernos los interesados en promover estas investigaciones y revelar los rasgos esenciales del sistema nacional de atención a la salud. Usado en sentido amplio, dice el mismo autor, el concepto de sistema de salud alude a “los servicios de salud, la profesión médica, la planificación y la ejecución de políticas sanitarias, el sistema de pago, la medicina preventiva, la enseñanza y la investigación médicas, la educación de la población en materia de salud, las burocracias sanitarias, las ideologías en la esfera de la salud y otros temas afines”². ¿Son éstos, entonces, los temas en función de los cuales deben ser analizadas las relaciones entre el sistema de salud (oficial, institucional) y las otras manifestaciones médicas? ¿Está la vinculación condicionada por un “ajuste” de las prácticas a estos factores? Permítasenos dar un rodeo y responder de modo indirecto a estas cuestiones, intentando acumular, en ese recorrido, algunos elementos que enriquezcan la respuesta.

1. M. de Miguel, J.: “Un marco para el estudio de los sistemas nacionales de salud”, en: Jaco, E.G. (ed.): *Pacientes, médicos y enfermedades*, México, IMSS, 1982 págs. 601-629.

2. *Ibid.*, pág. 611.

En primer lugar, tratemos de ver el comportamiento típico de los sistemas nacionales de salud respecto de la medicina tradicional y de otras formas no institucionales de atención. Una publicación de la Organización Mundial de la Salud propone una tipología de los sistemas según el grado de aceptación que manifiestan respecto de esta vinculación:

- a) *Los sistemas exclusivos (monopólicos)*, en los que sólo la práctica de la medicina científica moderna es reconocida legalmente, con total exclusión de otras formas de curar (este es el caso de Francia, Bélgica, Luxemburgo, Austria, la URSS y la mayor parte de los países del bloque socialista, Argentina, Honduras, Argelia, etc.).
- b) *Los sistemas tolerantes*, en donde sólo el sistema basado en la medicina moderna es reconocido, aunque legalmente se toleran otras formas de la práctica médica tradicional (República Democrática Alemana, Gran Bretaña, Estados Unidos —con particularidades en la legislación de los estados—, México, Mali, Alto Volta, Uganda, Sierra Leona, Ghana, etc.).
- c) *Los sistemas inclusivos*, en los que diversas formas de atención a la salud, tradicionales o modernas, son reconocidas legalmente. El ejemplo más conocido es el de la India, en donde al lado de la medicina moderna se practica, respalda y regula el ejercicio de sistemas tradicionales como Unani, Ayurveda, Siddha, etc. Pakistán, Tailandia, Bangla Desh, Sri Lanka, Burma, entre otros, muestran diversas modalidades de inclusión de las prácticas médicas tradicionales.
- d) *Los sistemas integrados* que, como en el caso de China Popular, promueven oficialmente el uso combinado de medicina moderna y medicina tradicional.³

Esta clasificación admite numerosos matices pero refleja bastante bien las estrategias de los países y de sus instituciones encargadas de regular el ejercicio de las prácticas médicas en general. Por lo demás, la práctica indica que más allá de la letra de la legislación y de la actitud del estado para promover o desalentar formas combinadas de ejercicio médico, las respuestas sociales a la enfermedad (y aquí el uso del plural es obligatorio) son usualmente más complejas, heterogéneas y “asistemáticas” de lo que los marcos técnicos o legales suelen reflejar. La cuestión, entonces, reside en saber cuál es la configuración real del campo de la práctica médica, más allá de las variantes que puedan presentarse, y sin duda tomando en cuenta a todas ellas.

Ahora bien, para que las estrategias de vinculación, interrelación, aprovechamiento (e incluso subordinación) puedan ser canalizadas es evidente que debe partirse de una determinada visión presente en los ámbitos de donde emanan las deci-

3. Stepan, Jan: “Patterns of legislation concerning traditional aspects”, en Bannerman, R.H. *et al.*: *Traditional Medicine and Health Coverage*, Geneva, OMS, 1983, págs. 292-293.

siones (ministerios de salud, por lo general). Y que esta visión se alimenta de una masa de información que provee descripciones de los fenómenos y orienta (o puede orientar) la toma de decisiones. En el caso particular de México, puede aseverarse que el mayor caudal informativo sobre las prácticas médicas tradicionales proviene de los trabajos de antropólogos y no fue concebido como un aporte a la discusión sobre la factibilidad de interrelacionar estas prácticas con las del sector médico institucional. En suma, no se extrajo información *para* el sector salud, sino hasta fechas muy recientes. Sin embargo, es posible detectar una serie de textos, escritos por autores que provienen de vertientes teóricas e ideológicas diferentes, que intentan ofrecer panoramas de conjunto sobre la situación de salud en México y que, en consecuencia, enfatizan en la valoración del sistema de salud, en las características del modelo médico hegemónico, en las formas de respuesta social a la enfermedad y, casi siempre, en una crítica al presente estado de cosas. Se trata, en este caso, de información relativa al sector de la salud, producida en algunos casos por médicos responsables de tareas de planificación, docencia universitaria o investigación en organismos internacionales. Todos los ejemplos que mencionaremos a continuación aluden de una u otra manera a la medicina tradicional, señalan su importancia y, sin embargo, rehúsan su análisis, pese a que las referencias a ella aparecen enmarcadas en el campo de la salud. “Existen en México —afirma la Dra. Cristina Laurell— *tres sistemas principales que se encargan de los problemas de salud de la población: el estatal o paraestatal* *(la Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, etc.), *la medicina privada y la medicina popular o tradicional*. (. . .) *Por razones obvias* no existen datos de los recursos de la medicina popular, ni de la población que atiende.

“Se calcula que unos *15 a 20 millones de mexicanos* se encuentran al margen de los sistemas médicos profesionales. *Estos son los pacientes de la medicina popular* ya que tienen que recurrir a los curanderos, hueseros, y yerberos”.⁴

Otro de los textos consultados, señala: “En lo que se refiere a la medicina tradicional, *una importante proporción de mexicanos acude a ella cuando carece de recursos económicos o porque contempla los factores psicosocioculturales en el manejo de los problemas de salud*, aspecto que no toma en cuenta la llamada medicina occidental”. Y acota el autor, Raúl Rojas Soriano, que junto a los servicios médicos de seguridad social, la medicina asistencial y la medicina privada, “reconocidas oficialmente por las autoridades, coexiste la llamada medicina tradicional”.⁵

Daniel López Acuña afirma que “además de los servicios de salud tradicionales o populares (curanderos, brujos, etc.) puede hablarse, *para fines prácticos* de tres grandes tipos de atención a la salud”.⁶ Este autor vuelve a aludir en su libro a la

* Los subrayados a los textos de Laurell, Rojas Soriano, López Acuña, COPLAMAR y Kumate y cols., son míos (C.Z.).

4. Laurell, C.A. “Medicina y capitalismo en México”, en: *Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud*, 6, 1978, pág. 198.

5. Rojas Soriano, R.: *Capitalismo y enfermedad*. México, Folios, 1983, págs. 140 y ss.

6. López Acuña, D.: *La salud desigual en México*, México, Siglo XXI, 1981, pág. 99.

medicina tradicional cuando señala que el aborto provocado a las pacientes de “comadronas y curanderas”, “*casi siempre* les crean problemas infecciosos, perforaciones, hemorragias y abortos incompletos”.⁷

Un texto preparado por COPLAMAR incluye, entre las formas de acceso a los satisfactores de las necesidades esenciales, a los servicios personales de salud y, dentro de éstos, a los practicantes de la medicina tradicional y de las medicinas paralelas. Agrupa a aquélla junto a la homeopatía, los quiroprácticos y la acupuntura, y concluye afirmando que ninguna “está regulada, ni siquiera en forma mínima, y su práctica es predominantemente comercial, aunque la medicina tradicional tenga múltiples modalidades”.⁸

El último de los textos que hemos escogido (y que se denomina, significativamente, *La salud de los mexicanos y la medicina en México*) afirma que “en las áreas rurales los distintos tipos de curanderos son consultados con más frecuencia que los médicos. En sus métodos utilizan conocimientos de etnomedicina, magia y en ocasiones medicina moderna, y configuran una base social muy importante para la preservación de la salud en estas zonas, ya que la mayor parte de los pacientes atribuyen su enfermedad a razones mágicas o religiosas; por otro pado, la automedicación a través de rituales curativos aún conserva su fuerza desde la tradición prehispánica. No estamos en condiciones de evaluar objetivamente su participación en el mejoramiento de la salud en estas zonas, aunque no desconocemos la gravitación individual y social que actualmente tiene”,⁹ concluyen los autores, Kumate, Cañedo y Pedrotta.

Como podrá apreciarse, todos los textos mencionados reconocen la existencia de la medicina tradicional, y la mayoría de ellos parece dispuesto a admitir su importancia dentro del cuadro de la atención a la salud. Sin embargo, pese a tratarse de textos representativos de los nuevos enfoques sobre medicina y salud, revelan un buen número de vaguedades, cuando no de contradicciones y paradojas. En primer lugar, las afirmaciones cuantitativas (“una importante proporción de mexicanos”, [las comadronas] “casi siempre” crean problemas en los abortos inducidos, los distintos tipos de curanderos son consultados “con más frecuencia” que los médicos) aluden de tal manera a la realidad numérica de los fenómenos que difícilmente podrían servir de parámetros a los planificadores. El único dato numérico, mencionado por Laurell, no permite concluir lo que la autora postula: la inferencia acerca de la cantidad y tipo de población que acude a los terapeutas de la medicina tradicional no puede realizarse a partir de la cantidad de población no cubierta por los servicios institucionales; investigaciones actuales realizadas con población derechohabiente del IMSS revelan que el número de personas que mantienen contacto con la medicina tradicional en áreas urbanas del Distrito Federal es sorprendentemente elevado. La afirmación de la autora acerca de que “por ra-

7. *Ibid*, pág. 78

8. COPLAMAR: *Necesidades esenciales de México*. Vol. 4: *Salud*, México, Siglo XXI, 1982, págs.: 126 y ss.

9. Kumate, J. et al. *La salud de los mexicanos y la medicina en México*, México, El Colegio Nacional, 1978, pág. 408.

ziones obvias” no existe información acerca de la medicina tradicional, suponemos que no está referida a la vasta obra de antropólogos, historiadores y biólogos sobre la materia, sino a los datos generados en el sector médico académico. Las dos afirmaciones de López Acuña proyectan prejuicios ideológicos, y una de ellas, la de las parteras, es insostenible a la luz de los datos existentes. ¿Por qué afirmar —si de lo que se trataba era de dar un cuadro fidedigno de la “salud desigual” de los mexicanos— que “para fines prácticos” puede obviarse la contabilización de los recursos de la medicina tradicional? La afirmación de Rojas Soriano es doblemente recusable: si el autor critica duramente la deshumanización y mercantilización de la medicina oficial y privada, y si encuentra que la medicina tradicional es una alternativa económica al tiempo que un recurso que contempla los “factores psicosocioculturales en el manejo de los problemas de salud”, resulta inexplicable la escasa atención puesta en el fenómeno; por otra parte, no queda tampoco muy claro cómo es que al emplear una categoría analítica tan amplia y comprensiva, tan fundada en los hechos, como la de *formación económico-social*, no se haya topado nunca en la formación económico-social mexicana con los miles de terapeutas tradicionales (curanderos, parteras, hueseros, sobadores, rezanderos, hiloles, marakames, h-men, etc.), y su examen se concrete a la medicina oficial y privada. Finalmente, examinemos más de cerca la afirmación de Kumate y colaboradores: si en las zonas rurales de México (cuya población es cercana al 50% del total de los habitantes del país, por lo que en la década en la que fue escrito el libro debe pensarse en por lo menos 35 millones de personas) los curanderos “son consultados con más frecuencia que los médicos”, no se comprende muy bien qué tipo de diagnóstico global de la salud de los mexicanos pueda hacerse pasando tan rápidamente por sobre el fenómeno. Dentro de la justeza de la observación, los autores se limitan a afirmar que no están en condiciones de evaluar objetivamente el problema, honesto reconocimiento que sin embargo no modifica el descuido.

En resumen, si nos atenemos a la información producida por estos investigadores es evidente que los análisis derivan de una referencia casi exclusiva al modelo médico institucional o a las formas académicas de medicina privada; en segundo lugar, dentro de este marco es evidente que las asociaciones que se puedan hacer de la medicina tradicional en relación a los “sistemas” de salud (o considerándola a ella misma como un sistema, como en el texto de Laurell) no poseen sino un matiz metafórico.

Ahora bien, si los textos dedicados a la salud de los mexicanos no nos proporcionan los materiales para inferir el estatuto de la medicina tradicional en tanto sistema de atención a la salud, ¿qué pueden aportarnos las otras fuentes no médicas? Creemos que en los últimos años se ha acumulado una valiosa información emanada del trabajo de equipos nacionales o regionales (v. gr. del Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, de la Dirección General de Culturas Populares, del Programa IMSS—COPLAMAR y de nuestra propia Unidad de Investigación en Medicina Tradicional y Desarrollo de Medicamentos, entre otros). No me detendré aquí en el análisis de esos datos, remitiendo a los lectores interesados a consultar esos trabajos directamente con los autores. Mi interés reside sobre todo en tratar de discutir la naturaleza de ciertos parámetros y el carácter

de un determinado enfoque que permiten, a mi juicio, mostrar un cuerpo estable de datos que remiten a un auténtico sistema de creencias, conceptos y prácticas, a recursos terapéuticos de uso constante y a clasificaciones nosológicas coherentes, ampliamente distribuidas.

En primer lugar, analizar la medicina tradicional en relación a los temas que se incluyen usualmente al hablar de “sistemas de salud” puede permitir establecer una serie de analogías, pero no puede constituir un parámetro para establecer la naturaleza sistemática del fenómeno médico tradicional. La acción de los terapeutas tradicionales mexicanos no responde a una planificación central, nacional o regional; no poseen un aparato burocrático de control de la profesión, administración, pagos, escalafón, niveles o categorías. Las formas de transmisión del conocimiento, si bien no son espontáneas, no responden a un patrón académico institucionalizado; no existe una actividad relativa a la investigación del arsenal terapéutico ni sectores comprometidos en el desarrollo de tecnologías *ad hoc*. No están nucleados en gremios, asociaciones o colegios, ni existen vehículos regionales o nacionales de difusión de información sobre la materia que abordan. Más aun, las acciones concertadas para nuclearlos, indagar sobre sus concepciones y prácticas, difundir resultados, reproducir sistemáticamente algunas especies naturales de uso medicinal, constituyen iniciativas ajenas al universo del terapeuta. No cuentan, como en otras culturas médicas, con textos que recopilen o contengan las ideas y los procedimientos curativos, preventivos o de rehabilitación. Es más, resultaría ocioso y hasta risueño establecer categorías, jerarquías o clasificaciones a partir de esos criterios. En realidad, y para decirlo directamente, la naturaleza sistemática de la medicina tradicional puede tornarse inteligible mediante un enfoque que revele, detrás de los acontecimientos, la persistencia de las estructuras, en una empresa semejante a la que permitió captar los sistemas de parentesco, las relaciones de producción, la estructura de los mitos, de los sistemas simbólicos o de las lenguas. En síntesis, un modelo analítico que pueda revelar las categorías de los terapeutas, su proceso formativo, su nucleamiento en función del sexo, la edad, la lengua y la cultura, la historia y la naturaleza de sus prácticas, sus vinculaciones con el sistema médico institucional o con otras formas de la práctica médica, su papel en la estructura productiva y en los mecanismos de control ideológico; un modelo analítico que revele los mecanismos de percepción de la enfermedad y los subsistemas nosotáxicos, que dé cuenta de las concepciones del desequilibrio, y de la historia de esas clasificaciones, de los procesos de aculturación médica y de la persistencia de datos ancestrales, en fin, que examine sin prejuicios la naturaleza, eficacia o ineficacia de los tratamientos, el *armamentarium* terapéutico, la accesibilidad, las formas rituales y los universos tabuados, la trayectoria del enfermo, etc. Un modelo así debe ser simultáneamente nacional y regional, sincrónico y diacrónico, y con la suficiente flexibilidad como para permitir al investigador el examen crítico de sus datos y de sus supuestos metodológicos. Quizás lo que se obtenga sea más un retrato de la salud y de las formas de respuesta social a la enfermedad, que un delimitado territorio de la “tradicición”. Quizás se trate de un estudio cuyo corolario sea la disolución de lo que hemos llamado “medicina tradicional” en tanto categoría gnoseológica. Quizás, finalmente, esta estrategia nos permita captar la especificidad de lo “tradicional” bajo una mirada no restrictiva.

Quisiera terminar enumerando una serie de rasgos que me parecen característicos de las medicinas tradicionales. He aprovechado el aporte de otros autores, sintetizando sus datos y anotando aquellos que parecían pertinentes, surgidos en nuestro trabajo en la Unidad de Medicina Tradicional y Desarrollo de Medicamentos:

1. Las medicinas tradicionales *coexisten* con los sistemas médicos occidentales en la mayoría de los países que poseen manifestaciones importantes de cultura médica popular o tradicional.
2. Los terapeutas tradicionales mantienen con respecto al sistema médico occidental relaciones de conflicto y complementación.
3. Las medicinas tradicionales no constituyen dominios autónomos, independientes de la religión, la política, los grandes mitos populares o de formas ancestrales de cultura médica.
4. Su modelo terapéutico, generalmente no organicista o biólogo, con frecuencia es un importante factor de control social y de modulación de las conductas.
5. Se hallan estrechamente ligadas a otros componentes de la vida social y aparecen como una derivación directa de la cultura del grupo.
6. Asocian elementos pertenecientes al mundo material y al de los seres vivos, compartiendo categorías, características o cualidades (v. gr. el *frío* y el *calor*, la posibilidad de que síndromes de filiación cultural como el *mal de ojo* o los *aires* afecten por igual al hombre o a los animales, etc.).
7. En ellas, el mundo humano es un microcosmos que refleja el universo natural y social, siendo el medio físico y las relaciones humanas factores determinantes en la causalidad de numerosas enfermedades.
8. Muestran una ausencia casi total de cirugía y un rechazo a la disección y a la autopsia.
9. Los conceptos de balance y equilibrio constituyen nociones básicas que el terapeuta interpreta en sentido físico, psíquico, mítico, moral o religioso, a veces sin distinción de dominios (v. gr. La higiene y la ética suelen estar estrechamente ligadas).
10. La mayoría de ellas reconocen centros o soplos anímicos, determinantes para la vida.

11. La socialización de la enfermedad se apoya con frecuencia en la triple experiencia del terapeuta, el enfermo y el grupo, por lo que las formas de eficacia simbólica encuentran un respaldo comunitario que excede los límites de la consulta médica.
12. Los conceptos relativos a la causalidad de las enfermedades son compartidos por el terapeuta, el enfermo y el grupo. A diferencia de lo que usualmente ocurre en el sistema médico occidental, en las medicinas tradicionales el marco ideológico-técnico es común a uno y otro, y base de numerosas curaciones.
13. Aparecen cuatro dominios bien definidos que dan lugar a la existencia de terapeutas con tipos de prácticas específicas: parteras, curanderos, hueseros y yerberos, cuyas funciones suelen combinarse.
14. Posesión y deposición constituyen grandes órdenes causales de gran número de padecimientos. Factores naturales, personales y preternaturales viabilizan la posesión y la deposición, y el diagnóstico puede variar —con respecto al agente causal— según el progreso de la enfermedad.
15. En la medida en que la mayor parte de los países que poseen una importante medicina tradicional han sido objeto de la explotación colonial, vastos sectores de sus taxonomías muestran indicios de sincretismos (lo que se revela en los nombres de las enfermedades, en la explicación de su etiología, en los tratamientos y maniobras, en los remedios utilizados, etc.) o de francas alteraciones de los modelos ancestrales.
16. Las asociaciones, gremios, organizaciones y, en general, toda forma de institucionalización de los terapeutas tradicionales constituyen fenómenos históricamente recientes o, por el contrario, muy antiguos (preexistentes a los procesos de conquista y colonización). En consecuencia, no existen, en la mayoría de los casos, auténticas estructuras burocráticas encargadas de la planificación, la formación de los recursos humanos, la investigación, el desarrollo tecnológico, el sistema de pagos, las relaciones con los servicios de salud institucionales, etc.
17. La formación de sus terapeutas obedece a muy diversos patrones: entrenamiento con un terapeuta más experimentado y de mayor edad, herencia, habilidades personales excepcionales, defectos físicos o trastornos mentales característicos, signos reconocidos al momento del nacimiento o en el entorno del sujeto, asociaciones míticas con un doble, un animal-compañero, experiencias, existencias inusuales, etc.
18. Un vasto conocimiento del medio físico (particularmente del mundo vegetal, que constituye la base de la materia médica).
19. Sanción o reconocimiento social al ejercicio de los terapeutas, siendo éstos generalmente personas adultas maduras, investidas de prestigio técnico y mo-

ral, lo que las convierte en agentes de reproducción ideológica y control social.

20. El mecanismo de transmisión oral de los conocimientos constituye la base esencial para la formación del recurso humano.
21. El cobro de honorarios suele ser simbólico o adecuado a la condición socio-económica del paciente, compartiendo con el terapeuta necesidades materiales y principios ideológicos.
22. La coexistencia de la medicina tradicional no sólo se establece con el sistema institucional; existe una estrecha relación con las formas domésticas de la terapéutica médica, siendo éste el ámbito desde donde derivan hacia la práctica pública numerosos terapeutas.
23. La mayoría de ellas establece una distinción entre “enfermedades del médico” y “enfermedades del curandero” (o “del brujo”, “de la gente”, “tradicionales”, etc.).
24. Poseen una escasa tecnología cuyo uso ancestral indica variaciones mínimas o insignificantes (un buen ejemplo de esto lo constituye el empleo del baño de vapor o *temazcal*, cuyo empleo aparece documentado para el mundo prehispánico, característico en el tratamiento de diversas enfermedades y en el proceso del embarazo, el parto y el puerperio).

*Las Prácticas Médicas
Alternativas en la
Atención de la Salud
en
Buenos Aires, Argentina*

Dra. Eleonora M. Smolensky de Tanzer
Docente. Escuela de Salud Pública
Universidad de Buenos Aires

En Argentina, al igual que en la mayoría de los países, la atención médica se estructura según el modelo formulado por una ideología que tiende a excluir la cultura popular y que, en esencia, no ha variado a pesar de cambios políticos y sociales.

La ideología subyacente

Buenos Aires concentra la tercera parte de los 30 millones de habitantes y el poder político y económico. Históricamente, se caracterizó por dar la espalda al interior y privilegiar las corrientes culturales europeas y norteamericanas.

Hasta comienzos de siglo, un sistema económico basado en la producción agropecuaria avaló el exterminio de gran parte de la población indígena con la subsiguiente ocupación de sus campos. Logrado este objetivo, se llevó a cabo una política de marginación que contribuyó a la extinción de varios grupos étnicos. En la actualidad, sobreviven unos 83,000 indígenas en tres grandes áreas: el NO quechua hablante, el NE guaraní y el SO mapuche.⁽¹⁾ Sus conocimientos médicos habían llegado a un alto grado de desarrollo en la época precolonial y subsisten, en parte, conformando lo que denominamos “medicina tradicional”. Sin embargo, en ningún momento concitaron el interés de la medicina oficial.

Desde fines de siglo hasta la década del 30, se impulsó la inmigración europea con el fin de ocupar las vastas áreas despobladas y activar la agricultura. Este fin se vio desvirtuado ya que la mayoría de los inmigrantes no tuvo acceso a la propiedad de la tierra y la mitad se radicó en Buenos Aires. Surgen así las primeras “villas miseria”, viviendas precarias levantadas en terrenos desocupados de la Capital Federal y conurbado.

En la década del 40, se incrementa la inmigración desde las provincias y países limítrofes. Un incipiente proceso de industrialización y construcción incorpora la mano de obra masculina, mientras la femenina se canaliza al servicio doméstico.

La élite porteña atribuye esa invasión inédita a la demagogia peronista y la define “aluvión zoológico de cabecitas negras”. El flujo inmigratorio no cesa en los años siguientes: en 1955 se calculan unos 80,000 “villeros” y, en 1970, 800,000.⁽²⁾

En este ámbito de marginalidad, la medicina tradicional se desarrolla como una de las tantas estrategias de supervivencia.

A comienzos del 60, al amparo de una breve coyuntura democrática, las ciencias sociales se dinamizan. En esa época, en un sector de intelectuales porteños surge la inquietud de definir una incierta “identidad nacional” a través de la búsqueda de las “raíces telúricas”. Se revalorizan las expresiones folklóricas —artesanales y musicales— y la medicina tradicional se convierte en objeto de estudio. El enfoque de la antropología cultural recorta la realidad reduciéndola a una expresión de grupos étnicos o *folk* y elimina la ecuación social. Contrariamente a lo que ocurrió en otros países, las sucesivas coyunturas políticas impidieron que nuevos aportes modificaran esa óptica.

A fines del 60, se agudiza la recesión económica y los conflictos políticos surgen con violencia. Con la muerte de Perón fracasa el “pacto social” que había logrado establecer entre los partidos mayoritarios y las organizaciones corporativas.

A mediados del 70, las Fuerzas Armadas cumplen el objetivo de la Doctrina de Seguridad Nacional que se propone “frenar la penetración de ideologías disolventes”,⁽³⁾ erradican la actividad política, reprimen las ciencias sociales y toda expresión popular se identifica con la subversión de los “valores occidentales y cristianos”.

También erradicaron de la Capital con topadoras, las “villas” rebautizadas “de emergencia” desplazando la población a la provincia. El último intendente municipal del gobierno militar llegó a decir:

“Hay que definir una política de calidad de los habitantes. . . En estos últimos años hemos visto integrarse a nuestra geografía esa población marginal de muy bajo nivel laboral. Nosotros solamente pretendemos que vivan en nuestra ciudad quienes están preparados culturalmente para vivir en ella. . . Concretamente: vivir en Buenos Aires no es para cualquiera sino para el que lo merezca, para el que acepte las pautas de una vida comunitaria agradable y eficiente. Debemos tener una ciudad mejor para la mejor gente. . .”⁽⁴⁾

Esta propuesta delirante coincidía con la presencia de ollas políticas en el corazón de la Capital. Por primera vez, se destruía el mito de un país rico que resolvía sus problemas con una buena cosecha.

En 1982, la guerra de las Malvinas marcó el fin del proceso militar y dejó en claro que el Mercado Común Europeo no consideraba a la Argentina un país europeo de ultramar. Eso y el respaldo de los países de América Latina, infundió un generalizado deseo de integración al continente.

Desde 1984, el gobierno democrático orienta su política exterior en esa dirección y, la interior, en revalorizar los aportes culturales de la población indígena y criolla.⁽⁵⁾

Durante muchos años, la práctica médica se configuró según el modelo de una sola cultura que se obstinó en negar la existencia de otros saberes y prácticas.

De pronto, hace dos meses, un hecho inédito alteró el orden establecido. Con el lema "CROTOXINA, una esperanza de vida" centenares de personas del sector medio urbano, se movilizaron reclamando el derecho a seguir su tratamiento con una droga anticancerígena extraída del veneno de serpientes. La droga se administraba, en vía experimental, a 83 enfermos hasta que el Ministerio de Salud y Acción Social la prohibió por entender que no se habían cumplido los requisitos de investigación experimental que deben preceder a la investigación clínica.

Sin analizar la validez científica de la CROTOXINA, interesa destacar algunos aspectos de este hecho desde el punto de vista social.

El primero, de carácter histórico, ya que, en 1933, dos médicos reproducen en Buenos Aires, las investigaciones que se realizan en Francia con veneno de cobra. Temiendo que ese veneno, importado de Oriente, pudiera faltar, investigan con veneno de *Elaps* o coral, comprobando sus notables propiedades analgésicas en el tratamiento del cáncer. Sugestivamente, esas investigaciones se interrumpieron muy pronto debido, entre otros motivos, a la aparición de nuevos fármacos en el mercado.⁽⁶⁾

Otro aspecto se refiere al conflicto suscitado entre los representantes del saber institucionalizado y los pacientes y sus familias, que se manifiesta en un juego de presiones recíprocas. El ministerio nombra una comisión de oncólogos e investigadores clínicos para que examine cada caso y, en tanto, "por razones exclusivamente humanitarias, resuelve autorizar el uso del compuesto en cuestión a los pacientes que habían iniciado aplicaciones con anterioridad y bajo exclusiva responsabilidad de ellos mismos".⁽⁷⁾

Reclamando ese derecho a responsabilizarse por su salud y, en definitiva, su vida, la población realiza manifestaciones delante de la Casa de Gobierno, del Congreso de la Nación, apela a los medios de comunicación, distribuye y aficha peticiones.

Resulta evidente que esta experiencia se llevó a cabo sin el debido rigor científico. Sin embargo, pacientes desahuciados reivindican los beneficios de la droga. ¿Es justo negárselos aún si se tratara de un efecto placebo? Esta pregunta se hace extensiva a toda práctica basada en la eficacia simbólica.

Por último, este hecho permite reflexionar acerca del peso de las instituciones e ideologías dominantes y el despertar de alternativas pluralistas en salud.

El peso de las instituciones

La atención de la salud se organiza según un esquema liberal que no se ha modificado radicalmente en las últimas décadas.

Hasta el 40, se consolida un importante sector privado, al cual acuden los sectores con capacidad de pago directo que reciben una medicina de escasa complejidad.

La población de ingresos insuficientes acude a los servicios del Estado y a la beneficencia. Existen también, en los grandes centros urbanos, los servicios mutuales organizados por las comunidades europeas y algunos de carácter gremial.

El primer gobierno peronista sienta las bases para que el Estado garantice el derecho de la población a un acceso igualitario a la atención médica, pero el proyecto no llega a concretarse por la oposición de los sindicatos a ceder el control de sus obras sociales.

El gobierno militar interviene las obras sociales de los sindicatos y acentúa la tendencia a la privatización.

En la actualidad un proyecto de Seguro Social Nacional y otro, de la Confederación General del Trabajo, están a consideración de las cámaras legislativas.

En tanto, la atención médica se efectiviza a través de las obras sociales, los servicios privados y públicos.⁽⁸⁾

Las Obras Sociales

Extienden su cobertura a la población económicamente activa, sus grupos familiares y el sector pasivo de jubilados y pensionados. Se financian con aportes obligatorios de empleados y empleadores y fondos estatales, y la calidad de sus prestaciones difiere según los recursos de cada gremio.

Pocas cuentan con instalaciones propias y la mayoría subcontrata servicios privados funcionando como entes de financiación. Este esquema apuntala la medicina privada, supone una atención predominantemente curativa, compromete tecnología de alto costo y no bien probada eficacia y en la que el pago por prestación puede constituir un aliciente para la sobrepráctica.

La situación de las obras sociales y de los afiliados es crítica. Las primeras, con sus recursos disminuidos, limitan las prestaciones desplazando a los sectores de mayores recursos hacia los servicios privados.⁽⁹⁾

Por otra parte, se estima en un 30% la población económicamente activa que se desempeña por cuenta propia y carece de cobertura social ya que la pérdida de relación de dependencia implica la de afiliación. Este sector se desplaza hacia los servicios públicos.⁽¹⁰⁾

Los servicios privados

En los últimos años, se expandió, en la Capital y Gran Buenos Aires, un sistema de clínicas y sanatorios organizados por médicos empresarios con fines de lucro.

Su fuente de financiación son los servicios a las obras sociales y su articulación a sistemas privados de prepago.

Existen, además, consultorios privados a cargo de médicos clínicos o generalistas que, según su localización, atienden a sectores altos o bajos de la población. En el primer caso, la relación médico-paciente se “horizontaliza” notablemente.

La consulta se cobra directamente al paciente. Si está afiliado a la misma obra social del médico, ésta reembolsa una parte.

En barrios marginales, algunos médicos ofrecen sus prestaciones gratuitamente.⁽¹¹⁾

Los servicios públicos

Sus efectores son los hospitales nacionales, provinciales o municipales que, con escasos recursos, deben enfrentar una demanda incrementada por el deterioro del aparato productivo y la crisis de la seguridad social.

Su accesibilidad se ve comprometida por la distancia geográfica, la hiper-burocratización que implica largas horas de espera, pocos minutos de atención y un código institucional poco comprensible para la mayoría de los usuarios.

Existen, además, los centros de salud, puestos periféricos de atención primaria que brindan asistencia ambulatoria y derivan hacia los hospitales. Realizan campañas de vacunación, control de lactantes y distribución de leche en polvo. Son los únicos efectores públicos cuya actividad se despliega en el centro de las zonas marginales y carenciadas.⁽¹²⁾

La acción ministerial

Para enfrentar la crítica situación de deficiencia alimentaria de la población vulnerable, el Ministerio de Salud y Acción Social implementó, en 1984, el Programa Alimentario Nacional que procura fomentar y orientar la solidaridad social, mediante entrega de bienes y aportes de trabajo voluntario, así como la participación comunitaria. A pesar de que fue sancionado para una duración de dos años, como ayuda de emergencia en tanto la reactivación económica asegurara el pleno empleo, sigue vigente. En 1985 alcanzaba a unas 800,000 familias.⁽¹³⁾

De acuerdo con la orientación internacional, el Ministerio se propone priorizar la atención primaria de salud y la participación comunitaria. Si no se logra una simultánea reactivación laboral y no se articulan las acciones con las secretarías de Trabajo, Obras Públicas, Vivienda y Educación, se corre el riesgo de descargar la crisis del modelo médico hegemónico sobre el sector más carenciado de la población.

El gasto en salud

Representa el 8.5% del PBI anual cuyo monto asciende a 65,000 millones de dólares. El sector público insume el 1.7%, las obras sociales el 3.2% y el gasto directo el 3.5%.⁽¹⁴⁾ En este gasto grava el rubro medicamentos, ya que Argentina es uno de los países del Tercer Mundo más consumidores con una alta frecuencia de automedicación, con su correlativa incidencia en la adicción a las drogas comunes.⁽¹⁵⁾

En el mercado nacional existen más de 1500 drogas presentadas bajo 3400 marcas y en 7000 formas de dosificación. Durante el último año y medio de gobierno militar se autorizaron casi 2000 nuevas especialidades sin que la mayoría pasara por el control del Instituto Nacional de Farmacología.⁽¹⁶⁾ Este año, el Fiscal Nacional de Investigaciones Administrativas denunció la venta de más de un centenar de medicamentos no autorizados por la OMS.⁽¹⁷⁾

Episodios como éste señalan cómo, al amparo de la impunidad, el discurso oficial penaliza las prácticas médicas alternativas sin considerar su posible acción benéfica mientras promueve acciones decididamente yatrogénicas.

El monopolio del saber

Argentina cuenta con casi 90,000 médicos, uno por 333 habitantes. Según el censo de 1980, el 78% de los profesionales registrados en establecimientos asistenciales se concentra en la Capital y en cuatro provincias de fuerte peso urbano, con el 71% de la población total del país. De modo que el porcentaje llegaba, en la Capital, a un médico por 150 habitantes.⁽¹⁸⁾

El personal auxiliar, en cambio, es insuficiente porque está mal remunerado y no goza del mismo prestigio social.

La formación académica es biologista y positivista, basada en la convicción de que la medicina científica es universalmente eficaz, en proporción directa al grado de medicalización y sofisticación tecnológica.

La exclusión de otros saberes y prácticas se extiende a la homeopatía y acupuntura, a pesar de que están legalizadas.⁽¹⁹⁾

El monopolio del saber científico y técnico implica la descalificación del saber popular, identificado con la ignorancia y la superstición. A pesar de la evidencia, se considera que desaparecerá en la medida que la educación extienda el pensamiento racionista a las masas iletradas.

La concentración del saber científico que hace exclusión del saber popular, actúa en defensa del ejercicio profesional, del prestigio social y de los intereses económicos. De momento, no existe una real decisión de cambio.

Las prácticas alternativas

En Buenos Aires aún no existe un espacio para prácticas alternativas en los servicios de salud. Sin embargo, la población recurre a diferentes opciones, entre ellas a la medicina tradicional.

Resulta difícil definir la medicina tradicional en un medio urbano. En nuestro caso, se trataría de un complejo empírico de conocimientos y prácticas médicas de origen hispano-indígena que se modifica en un proceso dinámico.

Su relación con el sistema médico oficial puede ser excluyente, simultáneo o alternativo, en función de la percepción de la enfermedad.⁽²⁰⁾ En las clases subalternas, esta percepción coincide con una situación límite que depende de la valoración del cuerpo. Los hombres suelen considerar al cuerpo una herramienta de trabajo que no puede eludir el circuito de producción hasta el derrumbe físico o mental.⁽²¹⁾

Las mujeres por su parte, lo desvalorizan por su aspecto, consecuencia de las malas condiciones de higiene, alimentación, vestimenta. Desvalorización del cuerpo que es reforzada por la imagen propuesta por los medios de comunicación.⁽²²⁾ Además, suelen vivir sus embarazos como procesos normales que no necesitan medicalización hasta el momento del parto.⁽²³⁾

En estas instancias y para las enfermedades "tradicionales" sin correlato científico, se posterga la demanda de atención médica ya que la medicina tradicional ofrece una respuesta válida.

Su relación de cotidianeidad en los sectores marginales está dada por su accesibilidad espacial y temporal, ya que es patrimonio del grupo familiar o efectivizada por una persona que sabe, por lo general, una vecina. Por su accesibilidad económica, ya que los curadores no cobran, el escaso grado de medicalización se reduce a recursos naturales, medicamentos de venta libre y elementos de eficacia simbólica. Por su accesibilidad cultural, curadores y pacientes comparten el mismo código.

El uso de la medicina oficial no excluye el de la medicina tradicional pero esta simultaneidad no suele ser comunicada al médico.

El uso alternativo de ambos sistemas se da cuando uno de los dos fracasa en su objetivo terapéutico. En niños, los casos más frecuentes de fracaso de la medicina tradicional y consiguiente hospitalización del paciente, se deben a intoxicaciones con paico (*Chenopodium ambrosioides*), lo cual avala la necesidad de enseñar a dosificar las hierbas medicinales. En casos de diarrea, la intervención del curandero puede acelerar la demanda de atención médica.

El fracaso hospitalario es interpretado, por lo general, como un error de diagnóstico que ha derivado hacia la medicina oficial casos que corresponden al curandero como, por ejemplo, el *daño* intencional.

Los sectores medios y altos de la población suelen recurrir a diferentes prácticas alternativas en los casos de enfermedades crónicas y terminales. Desde la quiropraxia hasta las prácticas espiritualistas ejercidas por sacerdotes católicos, sectas japonesas, sacerdotes de templos *umbanda*, representantes de cultos individuales autorizados por el Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto. Hasta el año pasado, miles de personas se trasladaron, por vía aérea y terrestre, hasta la frontera con Brasil, para visitar a un curandero famoso.

Existe una amplia difusión en los medios periodísticos masivos, acerca de los beneficios de los recursos naturales para la salud y de productos comerciales basados en los mismos. En una neta expresión de curanderismo urbano, se publicita la venta de toda clase de talismanes, publicaciones esotéricas y se ofrecen los servicios de profesionales de la adivinación, astrología o tarot.

El aporte de las ciencias sociales

En la actualidad, recuperan su operatividad y se realiza una tarea de identificación y articulación de instituciones, investigadores e investigaciones en el área de salud. Se está trabajando en las relaciones de salud y política, trabajo, ambiente urbano, entre otros temas.

A pesar de que en Buenos Aires no existe la carrera de Antropología Social ni Médica, dos reuniones convocaron, respectivamente, 250 y 1200 participantes que informaron acerca de sus trabajos de investigación-acción en sectores marginales, sobre estrategias alimentarias, participación comunitaria en atención primaria de salud, conocimiento popular de la corporalidad, determinación socio-cultural de las enfermedades de transmisión sexual, ineficacia de las encuestas de satisfacción, entre otros.

En otro ámbito se están realizando investigaciones en Etnobotánica.

Dentro de las limitaciones de orden político y económico de los últimos años, algunos centros privados lograron concretar los resultados de sus investigaciones en publicaciones más o menos periódicas.

La recuperación del tiempo perdido

El fin del gobierno militar señaló el fin de una política de ocultamiento y enfrentó a la población con una realidad que revela el profundo deterioro de la calidad de vida y la impostergable necesidad de reconstruir las instituciones sociales con la verdad.

Por primera vez, desde la esfera oficial, se publica un censo de la pobreza que revela que siete millones de argentinos están debajo del límite crítico.

En la práctica médica se manifiesta la voluntad de cambio. Se fomentan las acciones grupales para luchar contra el alcoholismo, la drogadicción y la obesidad, tomando en cuenta al individuo con su entorno familiar y social.

En el área de salud mental, se comienza a desestigmatizar la enfermedad, abrir las puertas de los hospitales, prestar atención a los requerimientos de las minorías.

La publicación periodística y reciente filmación de un caso dramático, ocurrido hace diez años en la provincia de Río Negro, dio pie a la reflexión.

Gerónima, una indígena mapuche y sus cuatro hijos pequeños fueron rescatados de la cueva en que habitaban e internados en el hospital de General Roca. Rodeados de cuidados médicos, Gerónima se sicotiza y muere y tres de sus hijos mueren de *coqueluche*, contraída en el hospital.

En el Hospital Neuropsiquiátrico de Carmen de Patagones, en el sur de la provincia de Buenos Aires, trabajan —según las palabras de su director— “una *machi*, un pastor, profesionales, enfermeros y pacientes, en igualdad de condiciones, facilitando que el sujeto de quien se dice enfermo, recupere su identidad y desde ella logre trascender”.

Durante varias décadas, el saber médico, concentrado en un significativo número de profesionales, pesó sobre las decisiones políticas en el área de salud.

Las evidencias —carencia de personal auxiliar, deficiente atención médica para un vasto sector de la población, un porcentaje no determinado de la población captado por prácticas alternativas— no alteraron la resistencia a integrar a legos en el sistema médico oficial y, salvo excepciones, a valorizar la eficacia empírica y simbólica de los recursos tradicionales. Intereses de diversa índole silenciaron investigaciones en curso y relegaron las prácticas tradicionales a un ámbito de marginalidad, tolerado, a veces, penalizado, otras.

En la actualidad, se manifiestan indicios de cambio: las investigaciones en etnobotánica, la participación de equipos interdisciplinarios en salud mental, la demanda del aporte de las ciencias sociales, la apelación a la participación popular y a la solidaridad.

Si logramos que los sectores marginales recuperen su voz y el sector dominante sus oídos, podremos aliviar el doloroso atraso en que la obstinada negación de la realidad sumió al país.

De ello depende el futuro de la medicina tradicional y de toda práctica alternativa.

1. *Censo Indígena Nacional*, Ministerio del Interior. Buenos Aires, 1984.
2. RATIER, H. 1985.
Villeros y villas miseria, CEAL
Buenos Aires.
3. BELMARTINO, S., BLOCH, C. 1985.
“Economía, sociedad y política de salud en Argentina” En: *Cuadernos Médico-Sociales*, N. 31,
CESS, Rosario.
4. LLOVET, J.J. 1984.
Servicios de salud y sectores populares. Los años del proceso. CEDES,
Buenos Aires.
5. AGUINIS, M. 1985.
Secretario de Cultura de la Nación, “Ideología de la cultura democrática”.
En diario *La Razón*
Buenos Aires, 24.4.
6. BRAILOVSKY J. 1986.
“Veneno de serpiente y cáncer”. En diario *La Nación*,
Buenos Aires, 15. 8.
7. “CROTOXINA” Informe del CONICET. En diario *La Nación*,
Buenos Aires, 15.8.
8. TRONCOSO, M. del C., 1985.
“Evolución histórica de la educación médica en Argentina y su relación con
el sistema de salud y la práctica médica”. En *Cuadernos Médico-Sociales*,
N. 32, CESS, Rosario.
9. *Argentina: descripción de su situación de salud*.
Ministerio de Salud y Acción Social—OPS—OMS,
Buenos Aires, 1985.

10. Ibid. pág. 3.
11. Ibid. pág. 4.
12. Ibid. pág. 4.
13. Ibid. pág. 9.
14. ISUANI, A. y MERCER, H., 1986 (Octubre).
"Política de salud en Argentina".
Boletín de TECHINT, Buenos Aires.
15. NERI, A., 1983.
Salud y política social, Hachette, Buenos Aires.
16. Ibid. pág. 9.
17. "El fiscal Molinas denunció la venta de medicamentos peligrosos o prohibidos". En Diario *La Nación*, Buenos Aires, 19.7.
18. Ibid. pág. 9. El censo se refiere a médicos registrados en establecimientos asistenciales.
19. Art. 208 del Código Penal de la Nación Argentina: "Será reprimido con prisión de quince días a un año: 1 —El que sin título ni autorización para el ejercicio de un arte de curar o excediendo los límites de su autorización anunciare, prescribiere, administrare o aplicare habitualmente medicamentos, aguas, electricidad, hipnotismo o cualquier medio destinado al tratamiento de las enfermedades en las personas, aún a título gratuito". En Rojas, N. *Medicina Legal*, El Ateneo. Buenos Aires, 1982.
20. SMOLENSKY, E.M., 1982.
Creencias y prácticas médicas de grupos inmigrantes bolivianos y paraguayos en el Gran Buenos Aires, Facultad de Filosofía y Letras.
Buenos Aires.
21. Ibid. pág. 4.
22. BIAGINI, G., CECCA, S., GARRIDO, S., GONZALEZ, A. 1985.
Nuevas formas de comunicación para el Programa de Inmunización Ampliado (PAI). Escuela de Salud Pública—OPS, Buenos Aires.
23. RAMOS, S., 1984.
Maternidad en Buenos Aires: la experiencia popular. CEDES, Buenos Aires.

*Un intento de usar
la Medicina Tradicional
en la atención
de la Salud en el Perú:
El caso del Sur Andino*

Dr. Carlos Roersch
Dra. Liesbeth van der Hoogte
Investigación del Area de Farmacognosia
Centro de Medicina Andina, Perú

1. Introducción

En esta ponencia quiséramos referirnos a la forma en que en los últimos años se ha tratado el problema de utilizar la medicina tradicional en la atención a la salud, en la zona sur del Perú, en el llamado Sur Andino.

No es nuestra intención discutir aquí la definición del fenómeno o si es correcto llamarla medicina tradicional, medicina folklórica, medicina quechua, etc. Nosotros hemos optado en denominar a este conocimiento, por razones geográficas, medicina andina.

Para darles una idea del proceso que hemos desarrollado para lograr una mejor utilización y revalorización de la medicina andina, iniciaremos el análisis con la historia, el cómo y el porqué se inició el trabajo. Este proceso puede ser dividido en dos partes: el período anterior a noviembre de 1981, para aclarar el porqué se inició este trabajo, y el período a partir de noviembre de 1981 hasta 1986, que corresponde a lo ocurrido en los primeros cinco años de existencia del Centro de Medicina Andina.

Estos primeros cinco años no representan la respuesta final y definitiva a los problemas de salud de la zona, pero durante esta época hemos podido definir un camino metodológico que nos ayudará en la tarea. Se ha logrado iniciar un proceso de cambio dentro del cual buscamos soluciones para el trabajo propio de cada uno de los equipos involucrados. Las experiencias de cada grupo, sus éxitos y sus fracasos, deben ser discutidos y compartidos para poder buscar juntos una respuesta general a los problemas. Las conclusiones son más algunas reflexiones para el futuro que ojalá puedan ayudar a otros que están en el mismo tipo de labor que la nuestra.

2. La historia antes de noviembre de 1981

El Sur Andino cubre tres departamentos en el sureste del Perú: Puno, Cuzco y Apurímac.

A raíz del Concilio Vaticano II que inició la modernización de la actual Iglesia y con ello un mayor acercamiento a los grupos más pobres, la Iglesia del Sur Andino dedicó más interés al hombre andino, en su trabajo pastoral. Quería conocer sus conceptos y su mundo y participar en su lucha por el cambio. Este enfoque social y tan diferente a lo anterior, proporcionó apoyo institucional a los agentes pastorales, muchos de ellos trabajando en zonas aisladas, que resultó en la fundación en 1969, por los obispos del Sur Andino, del Instituto Pastoral Andino.

En primera instancia, este nuevo enfoque, estuvo dirigido al trabajo social y pastoral, pero poco a poco los agentes pastorales, que trabajaban en problemas de salud, vieron la necesidad de conocer los conceptos médicos indígenas del hombre andino para utilizarlos como base de su nuevo programa y poder solucionar los problemas de salud. Esto produjo dos eventos llamados: Encuentros, realizados en 1976 y 1978, para discutir el tema de la medicina andina. En octubre de 1980 se organizó un tercer Encuentro en el que participaron unas 80 personas, entre agentes pastorales, enfermeras, promotores de salud, médicos, curanderos, etc. En esa ocasión tuvo lugar un intercambio muy rico de conocimientos sobre la medicina andina y representó para los profesionales de salud, un acercamiento a la riqueza del conocimiento popular.

La conclusión principal de la reunión fue que los planes de atención a la salud pueden fracasar si no sabemos lo que significa o puede significar la medicina tradicional de las comunidades andinas. Los participantes al evento decidieron formar una Coordinadora en Salud para estimular y organizar los trabajos de diferentes equipos, para conocer y revalorizar la medicina tradicional andina. Las propuestas analizadas por los participantes culminaron en la creación del *Equipo Coordinador en Medicina Natural Popular*. Dicho equipo debería estar formado por profesionales de la salud, con el fin de acompañar a los agentes pastorales en su labor, así como a cualquier otro equipo de salud que trabajase en la zona.

Durante la fase de preparación se organizó otro Encuentro sobre Medicina Natural Popular, con la participación de promotores de salud, enfermeras, agentes pastorales, médicos, cuaranderos, etc., empezando así, una serie de Encuentros Anuales que se han repetido.

Con la ayuda moral y técnica y con el financiamiento del Instituto Pastoral Andino, el Equipo Coordinador en Medicina Natural Popular pudo iniciar su trabajo en Noviembre de 1981, colaborando con 4 delegaciones de diferentes equipos pastorales.

3. El proceso a partir de noviembre de 1981

Las actividades desempeñadas por los diferentes equipos desde el inicio del trabajo, no se pueden evaluar solo por algunos hechos, ya que son el resultado de un

ensayo inicial. El trasfondo cultural y la formación médica académica de sus integrantes difiere tanto de la cultura andina y de sus conceptos médicos que no resultan fáciles las investigaciones para conocer su realidad. En la búsqueda de la utilidad de la medicina andina en la atención primaria a la salud, se requiere promover un cambio en los propios profesionales de la medicina, relacionando su conocimiento anterior con este novedoso campo y abriéndose hacia otra medicina diferente. Por este motivo es necesario considerar cuidadosamente las actividades a realizar dentro de este proceso de cambio.

La existencia del Equipo Coordinador en Medicina Natural Popular se justifica dadas las necesidades y actividades que deben realizar los diferentes equipos de trabajo (en primera instancia los equipos pastorales), ya que poco a poco se han ido formando otros equipos privados y estatales. Por sus características cada tipo de equipo tiene su propio impacto en el proceso. A continuación ofrecemos una descripción de los diferentes equipos que operan en la zona.

4. Características de los diferentes Equipos de Salud

En la Coordinación participan 4 tipos de equipo de trabajo:

- A) Los equipos pastorales de la Iglesia Católica.
- B) Los equipos de salud estatales pertenecientes al Ministerio de Salud (MINSA).
- C) Los equipos de salud pertenecientes a entidades privadas.
- D) El Equipo Coordinador en Medicina Natural Popular.

A) Los Equipos Pastorales de la Iglesia Católica

En su mayoría están integrados por enfermeras-monjas o enfermeros y médicos laicos, quienes forman parte de una parroquia y organizan un proyecto multidisciplinario sobre salud o un grupo pastoral de ayuda a la comunidad en general.

En muchos casos existen convenios con el Ministerio de Salud en los que se establece que una parte del trabajo deberá desempeñarse en los centros hospitalarios o centros de salud del área.

Hace muchos años que estos grupos iniciaron la capacitación de promotores de salud, ejemplo que fue seguido después por el Estado.

Por su organización en diócesis, su capacitación de Coordinación y organización es mayor que la de otros grupos.

B) Los Equipos de Salud Estatales (MINSA)

Dentro de la estrategia de atención primaria a la salud organizada por el Estado existe una estructura asistencial jerárquica integrada por hospitales especializados, hospitales regionales, hospitales locales, centros de salud y puestos sanitarios. La atención a la salud rural y los profesionales con quienes trabajamos se ubican principalmente en los dos últimos niveles, es decir, lejos de la burocracia estatal y centralizada, pero cerca de la realidad del campo. La capital absorbe muchos fondos para la salud por lo que la infraestructura en recursos humanos y materiales es deficiente en las zonas aisladas donde se localizan estos grupos. En general, estos equipos no son multidisciplinarios.

C) Los Equipos de Salud Privados

Existen muchas instituciones que financian proyectos sobre salud en el Tercer Mundo. La mayoría de los convenios en los que se inscriben tienen alguna relación formal con el Ministerio de Salud. Entre ellos existen grupos multidisciplinarios para desarrollar proyectos de índole diversa y grupos que tienen cada vez más relación con la problemática de salud exclusivamente.

D) El Equipo Coordinador en Medicina Natural Popular o Centro de Medicina Andina

A este grupo lo mencionamos separadamente por que no es solamente un equipo de trabajo de campo en sí, ya que tiene primordialmente una función de asesoría.

Los objetivos del Centro de Medicina Andina son:

1. Ayudar en la implementación de un sistema de salud que esté al alcance de todos, tanto en lo cultural, como en lo económico.
2. Proporcionar una base científica al conocimiento de la Medicina Tradicional Andina.
3. Fomentar la discusión de la problemática de salud en la región.

De 1981 a 1984 este equipo estuvo vinculado al Instituto Pastoral Andino, pero a partir de ese último año se independizó debido a la demanda surgida de actividades de grupos no eclesiásticos. A partir de esa fecha el nombre del equipo cambió por el de Centro de Medicina Andina.

En 1985 se modificaron algunos lineamientos respecto a su función. La tarea principal, a partir de 1981, era la de coordinar las acciones de los diferentes grupos. En el curso de los años esta tarea se dificultó en vista de las variadas iniciativas de los grupos, que esperaban demasiado de una sola coordinación central y del trabajo del propio Centro de Medicina Andina, el cual no podía tomar decisiones

para todos los grupos y generar al mismo tiempo actividades propias. Por este motivo se decidió en 1985 que el Centro de Medicina Andina pasara a ser uno más de los grupos de acción dentro de la Coordinación con capacidad de iniciar actividades propias. Por su infraestructura y características del personal, este grupo tiene sus propias tareas sin que sean consideradas el eje de todas las actividades del resto de los equipos.

El Centro de Medicina Andina cuenta con profesionales de diferentes ramos, como son: médicos, farmacólogos, educadores, químico-farmacéuticos y antropólogos.

Su ámbito de trabajo son una fracción de los equipos de salud de los departamentos Puno, Cuzco, y Apurímac con mayor arraigo en los primeros dos. La población total de la zona es de alrededor de 2 millones de habitantes, geográficamente dispersos sobre más o menos 177 mil km².

De los 30 grupos que participan en todo el proyecto, 16 de ellos o (el 53%) provienen de la iglesia, 10 (33%) del Ministerio de Salud y 4 (14%) de grupos privados.

5. Los Encuentros y los Cursos

El cuadro 1 nos da un resumen de todos “los encuentros/cursos” que tuvieron lugar entre 1981 y 1986 y de cómo fueron organizados por los diferentes grupos dentro de la Coordinación. Como se puede observar, son muchos los “encuentros” para abordar el tema de medicina andina.

Antes del año 1981 se realizaban pocos eventos relacionados con el tema; la mayor parte fueron cursos de capacitación de promotores de salud en los que el tema de la medicina tradicional no se discutía y ni se mencionaba. Después de 1981 continuaron estos cursos de capacitación, muchas veces dentro del marco indicado por el Ministerio de Salud, pero involucrando ya a la medicina autóctona.

La mayor parte de las actividades están organizadas por la Iglesia, fenómeno que va en aumento sobre todo si se compara con las acciones organizadas por el Ministerio de Salud y los grupos privados; ¿porqué esta disminución en los dos últimos sectores?

Respecto al Ministerio de Salud se podría argüir que el personal de esta institución no tiene muchas posibilidades de modificar las dificultades de la excesiva burocracia (las excepciones se deben a la voluntad que tienen algunos funcionarios y jefes locales de trabajar en el tema). Además el Ministerio no cuenta con los recursos económicos suficientes para organizar frecuentes encuentros especiales. Es un hecho que quienes laboran para el Estado reciben con dificultades financiamiento para estos proyectos y en los casos en que se cuenta con apoyo financiero son co-

munes las difíciles relaciones entre las instituciones estatales y los demás grupos de trabajo.

El actual Ministro de Salud, Dr. David Tejada, Exfuncionario de la Organización Mundial de la Salud, fomenta la investigación de la medicina tradicional, pero como en muchos otros países aún existe un trecho grande entre las decisiones del Ministro y la aplicación de sus instrucciones a los planes y realidades en el campo.

Esta situación también explica el hecho de que algunos Encuentros fueran organizados por personal del Ministerio de Salud con la ayuda de grupos privados o eclesiásticos.

Respecto a los grupos privados podemos señalar que la reducción en el número de eventos por ellos organizados se debe principalmente al retiro de algunos grupos de profesionales (Médicos sin Fronteras 1982 y COTESU, Cooperación Técnica Suiza en 1983). En forma contraria a lo que sucede en los grupos eclesiásticos y a pesar de algunos cambios en el personal, hay dificultades mayores en el sector privado y estatal. En el sector privado tiene lugar un gran flujo continuo de desertión del personal (colaboradores que, apenas pueden, regresan a la ciudad; voluntarios y expertos extranjeros de estadía temporal, etc.) Lo que produce continuos cambios en la línea de trabajo.

En el caso de los grupos del Ministerio de Salud también influye el hecho de que exista poca libertad de movilización laboral de su personal, fenómeno que produce una permanente inestabilidad en ellos, procurando cambiar de área para movilizarse en el sistema.

En 1985 fue organizado un encuentro por la Liga Agraria, organización gremial campesina. Este hecho significó un cambio muy importante porque demostró que si las organizaciones campesinas tomasen posición respecto al problema y dada su organización, podrían garantizar una mayor participación de la comunidad y mejor seguimiento de las acciones. Además, es sumamente importante que las organizaciones campesinas tomen posición y expresen lo que necesitan, saliendo de una actitud pasiva receptiva.

6. Sobre los Participantes a los Encuentros

Quienes participan en los Encuentros son en su mayoría campesinos y campesinas que, en su función de promotores de salud o parteras, representan a su comunidad. En los dos Encuentros Anuales que se organizan para profesionales, participan exclusivamente enfermeras, trabajadores sociales, auxiliares, médicos, etc.

La mayor parte de los Encuentros se llevan a cabo entre los meses de diciembre y abril, por razones del calendario agrícola. En esta época, que es la de lluvias, hay

menos trabajo en la chacra, ya ha ocurrido la siembra y el aporque y es antes de la cosecha. No tenemos que olvidar que los participantes, son en primer lugar, campesinos, que además tienen a su cargo la salud de las comunidades. Los promotores de salud son voluntarios, elegidos por su comunidad y desempeñan su cargo diseñado dentro del sistema de la medicina occidental sin ninguna remuneración ni pago de viáticos.

Dadas sus características y objetivos, los encuentros se dividen en aquellos de nivel popular y los dirigidos a los profesionales de la salud.

7. Encuentros a Nivel Popular

En el cuadro 1 hemos tomado en cuenta los encuentros totalmente dedicados al tema de la medicina andina y aquellos cursos de capacitación donde se trata o discute el tema.

Dentro del marco de este artículo no es posible abordar todos los temas discutidos en tales eventos. Podemos, sin embargo, hacer una agrupación de los tres temas principales:

- Intercambio de conocimientos y experiencias curativas; tratamientos tradicionales para tal o cual enfermedad o grupo de enfermedades en discusión.
- La alimentación y los hábitos de consumo, con énfasis en las plantas alimenticias autóctonas.
- La Organización de la Salud, con énfasis en el trabajo del promotor de salud y el sitio que ocupa la salud en la sociedad.

8. Encuentros de Profesionales de la Salud

Los Encuentros para profesionales de la salud no fueron organizados desde el inicio de nuestras actividades, sino que recién a partir de septiembre de 1983 se decidió incorporarlos. En el transcurso de este tiempo sentimos la necesidad de contar con un espacio para intercambiar y discutir nuestras propias experiencias y poder trabajar mejor.

Empezamos juntos un trabajo, con éxitos y fracasos, sin que existiese una posibilidad organizada de valorarlos. Comprobamos también que la medicina tradicional no es un fenómeno tan simple como para conocerla y aplicarla tan rápidamente entre los trabajadores de la salud.

Es así que en septiembre organizamos el Primer Encuentro de profesionales de la salud, con la discusión de alguna información acerca de la medicina tradicional en general y de la medicina andina en especial. Además empezamos a descubrir el tema de la metodología de trabajo, con el que continuamos en un Segundo Encuentro. Es ahí donde se percibió que a los profesionales nos hace falta además de instrumentos para el trabajo por grupos, una formación más adecuada que contrarreste la fijación a los valores de nuestro sistema de salud, de nuestra cultura occidental, factores que nos impiden posibilidades de acción: “Queremos pero no podemos”.

En el Tercer Encuentro se abordó un tema más concreto con el fin de seguir esta capacitación y nuestras posibilidades de cambio al discutir la investigación en el campo y el rol de las ciencias naturales.

El Cuarto Encuentro fue dedicado al tema de la participación de la población y el rol de la salud en el desarrollo de la comunidad.

Poco a poco tratamos de precisar más en cada tema el rol del profesional, sus conceptos y su falta de relación frente a otros sistemas médicos.

A partir del Quinto Encuentro se decidió un cambio, en el sentido de dedicar las reuniones anuales a solo dos temas:

- A. Aspectos Políticos de la salud: Los profesionales de la salud no deben olvidar que su trabajo forma parte de la sociedad y que se necesita reflexionar continuamente sobre su función en este contexto.
- B. Metodología de Trabajo: El problema muy generalizado de la falta de una buena y verdadera comunicación entre profesionales y población.

La política del Centro de Medicina Andina y los equipos de campo ha sido la de buscar soluciones al problema de salud junto con la población, utilizando su conocimiento, haciendo del campesino sujeto de su propio proceso de cambio y no objeto de nuestro trabajo. La metodología que buscamos implica un cambio en los mismos profesionales de la salud y una búsqueda de los procedimientos afines. Esta búsqueda es la base de cada actividad y cada tema de trabajo.

Nuestro diagnóstico incluye los servicios de la medicina tradicional andina y es un trabajo de profesionales y población en que ésta es quien realmente indica sus verdaderos problemas de salud. Este diagnóstico nos servirá para conocer los problemas reales y necesidades sentidas por la población y no únicamente como justificación de un trabajo frente a otros.

a) Evaluación del trabajo con Promotores de Salud

Todos trabajan con promotores de salud pero nadie está satisfecho en un cien por ciento. Con la evaluación queremos encontrar los obstáculos para poder mejo-

rar este trabajo. El proceso de evaluación se inició en enero de 1985 con una encuesta dirigida a los profesionales, para obtener algunos datos básicos. En mayo de 1986 todos los equipos presentes en el VI Encuentro de Profesionales decidieron participar en la evaluación de promotores dentro de su propio equipo y no capacitar nuevos promotores hasta conocer los resultados en mayo de 1987. En base a las sugerencias de los equipos, en mayo, el Centro de Medicina Andina elaboró una guía metodológica para mejorar el trabajo en cada sitio. En octubre, en el siguiente Encuentro de Profesionales, se discutirán los primeros resultados y se hará el plan para una segunda fase.

b) Recolección de las plantas medicinales y los datos sobre su uso en la medicina andina

Generalmente las plantas son recolectadas por los mismos comuneros. A partir de estas muestras, se obtienen los datos acerca de su uso medicinal, tales como dosis, contraindicaciones, etc., así como los que se refieren a la significación de la planta en la vida de la comunidad.

c) El trabajo con parteras tradicionales

Cada vez hay más interés en integrar las parteras tradicionales en el trabajo oficial de salud. Su función en el sistema tradicional de salud y el hecho de que en su mayoría son analfabetas, son aspectos que condicionan el trabajo con las parteras. Los objetivos de esta actividad son valorar su trabajo y buscar su reconocimiento oficial, recoger datos sobre la partería campesina para una mejor comprensión; buscar su participación en el trabajo de salud, sin que pierdan su autonomía y experimentar con nuevos métodos participativos, poniendo especial énfasis en las mujeres analfabetas.

9. Conclusiones y Reflexiones

Quisiéramos terminar con algunos puntos que sobresalen del trabajo de los últimos años y que, al mismo tiempo, pueden ser reflexiones útiles para cualquier programa que pretende utilizar a la medicina tradicional en los planes de atención a la salud.

No podemos olvidar que la medicina tradicional es una respuesta cultural a los problemas de salud y que hay tantos sistemas de medicina tradicional como culturas existentes. Es por esto que no es fácil agrupar simplemente el concepto de la medicina tradicional al de atención a la salud. Cada equipo ha tenido que conocer la medicina del pueblo específico donde trabaja y es por este motivo que no damos aquí datos concretos acerca de la medicina andina que resulta ser tan variada. Si hemos tocado sólo los problemas metodológicos es porque creemos que es la parte sobre la cual podemos intercambiar experiencias. Las preguntas que se ha

planteado el Centro de medicina Andina son: ¿Cómo podemos conocer mejor la medicina del pueblo con el cual trabajamos? ¿Cómo podemos integrar toda la población a nuestro trabajo para que sea un proyecto común? ¿Cuáles son los obstáculos en este trabajo?

Resulta evidente que de ninguna manera es necesario convencer a la población de la importancia de la medicina tradicional, ya que la comunidad está aplicándola, a pesar de que no siempre lo admitan abiertamente. Inclusive están incorporando la medicina occidental a su modelo de atención a la salud, lo que con frecuencia suscita problemas. La medicina tradicional de un pueblo andino actual no es una medicina de cientos de años que no haya sufrido cambios. Tiene, por el contrario, influencias, algunas provenientes desde la conquista, otras de la medicina tradicional europea y también de la medicina occidental. Sin embargo, en las últimas décadas hay un fuerte aumento de la presencia de la medicina occidental, negando y despreciando las costumbres locales. Este fenómeno provoca una fuerte crisis en la medicina tradicional, y no hay tiempo ni posibilidad de absorber los elementos positivos de cada cultura médica, sino que se genera una confrontación entre dos sistemas, en el que uno quiere dominar al otro. Los profesionales de la salud, interesados en cambiar la situación actual, son muchas veces sin saberlo víctimas de esta confrontación desigual. Al no poder tomar suficiente distancia de nuestra propia medicina, no ven que nuestro propio sistema es un sistema en el que existen falsas verdades. La aceptación sin crítica del concepto “placebo” para explicar la acción que poseen muchas plantas medicinales, es un ejemplo de esta actitud. La medicina occidental está basada en las ciencias naturales y queremos analizar la medicina tradicional con los mismos conceptos. Estamos convencidos de la verdad de nuestra medicina, tanto, que pareciera que ésta es la única ciencia capaz de conocer “alternativas”.

Es muy importante analizar y discutir aspectos e ideas de nuestra propia medicina de una manera crítica para poder aceptar y entender que hay otros sistemas con el mismo derecho a la existencia. Es esta reflexión continua la condición indispensable en nuestro trabajo.

La investigación no es necesariamente una tarea exclusiva de investigadores dentro de las instituciones, sino que debe tomar parte de cada trabajo de campo. A muchos de los que trabajamos en el campo nos falta tiempo, experiencia y confianza para hacerlo. Las actividades del Centro de Medicina Andina están dirigidas a un esfuerzo común con todos los equipos, coordinando las actividades y estimulándolas.

La divulgación de los resultados tampoco es una tarea exclusiva del Centro de Medicina Andina, debiendo ser realizada por todos los equipos, pues son ellos quienes conocen mejor la realidad local y su gente.

El Ministerio de Salud debe dar más posibilidades a sus profesionales para desempeñar actividades de campo. Vemos que el personal de salud muchas veces debe tomar los días de descanso, para poder participar de las actividades organizadas por el Centro de Medicina Andina. El Ministerio de Salud también busca caminos

para solucionar los problemas de salud, y el nuevo Gobierno Peruano quiere estimular en esto la participación popular. Sin embargo, pensamos que ésto se logrará solo al tomar en cuenta las experiencias de su personal de campo. El Ministerio podría dar más posibilidades a su personal de experimentar cambios y canalizar las experiencias piloto a planes en la política nacional.

A pesar de más de 5 años de existencia del Centro de Medicina Andina en la zona, seguimos buscando la mejor forma de coordinar sin dirigir. La función del Centro de Medicina Andina, es la de ser plataforma de discusión de las actividades. Porque estamos convencidos de que, para lograr un buen desarrollo regional, se necesita una entidad que puede funcionar como plataforma y que garantice el seguimiento de los programas diseñados y este es el camino del Centro de Medicina Andina, un camino que queremos seguir con el fin de buscar juntos un sistema de salud que esté al alcance de todos, tanto en lo cultural como en lo económico.

Cuadro num. 1.

| AÑO | GRUPO | CANTIDAD DE ENCUENTROS ORGANIZADOS | DIAS | CARACTER GLOBAL | ASISTENTES |
|--------------|-----------|---------------------------------------|----------|--|------------|
| 1981 1982 | IGLESIA | 8 (6)a | 14 | Medicina Tradicional Botánica. | 150 (105)c |
| | MINSA | 6 (1)a | 16 | Medicina Tradicional Capacitación a Promo- tores Botánica. | 120 (75)c |
| | PRIVADO | 6 (0)a | 15 | Medicina Tradicional Capacitación a Promo- tores Botánica. | 150 (0)c |
| | E C M N P | <u>2 (1)a</u> | <u>6</u> | Medicina Tradicional Botánica. | 90 (180)c |
| | TOTAL | 24 | 51 | | |
| 1983 | IGLESIA | 12 (9)a | 62 (40)b | Medicina Tradicional Capacitación a Promo- toras Parteras. | 355 (270)c |
| | MINSA | 4 (0)a | 13 (7)b | Medicina Tradicional Capacitación a Promo- toras Parteras Reco- lección de plantas. | 95 (0)c |
| | PRIVADO | 3 (2)a | 9 | Medicina Tradicional Recolección de plan- tas. Salud General. | 65 (55)c |
| | E C M N P | <u>2</u> | <u>8</u> | | 120 |
| | TOTAL | 21 | 92 | | |

| | | | | | |
|------|---------|---------------|-----------|--|------------|
| 1984 | IGLESIA | 13 (11)a | 54 (34)b | Medicina Tradicional. Rol Promotores. TBC. Parteras Capacitación a promotores. | 248 (216)c |
| | MINSA | 2 (1)a | 10 (4)b | Medicina Tradicional. Capacitación Promoto- tores. Parteras. | 72 (40)c |
| | PRIVADO | 2 | 9 | Exposición Medicina Tradicional. | 40 |
| | CMA | <u>5 (4)a</u> | <u>25</u> | Medicina Tradicional. Recolección de plan- tas. Investigación. | |
| | TOTAL | 22 | 98 | Desarrollo del niño andino. | 170 (170)c |
| 1985 | IGLESIA | 15 (12)a | 25 | Medicina Tradicional. Parteras. Preparación de Plantas. Farm. po- pular. | 324 (254)c |
| | MINSA | 3 (1)a | 5 | Medicina Tradicional. | 80 (20)c |
| | PRIVADO | 2 (liga + U) | 4 | Medicina Tradicional. | 90 |
| | CMA | 4 (3)a | 15 | Medicina Tradicional. Políticas de Salud. Parteras. Familia po- pular. Recolección de plantas. | 136 (126)c |

-
- a) Cantidad de encuentros organizados sólo por ellos.
b) Días del curso en el que se trató algo relacionado a Medicina Tradicional.
c) Número de personas que asistieron a cursos organizados sólo por una institución.
d) Número de días dedicados a la recolección de plantas, al mismo tiempo que se realizan los cursos.

*La Revaloración
y Promoción
de las Culturas Médicas
Tradicionales.*

*Un quehacer Académico
en la Universidad
de Panamá*

Dra. Mirla C. de Correa
Dra. Abril de Méndez
Facultad de Medicina
Universidad de Panamá

Desde su creación en 1935 la Universidad de Panamá constituye una entidad de gran significación en el devenir histórico-social del país; por su condición de Universidad Nacional, sintetiza el cúmulo de expectativas, afanes, problemas y necesidades del pueblo panameño y, en consecuencia, define sus funciones: investigación, docencia y extensión de servicios, en aras del fortalecimiento de nuestra identidad como nación, por la independencia y soberanía nacionales. Esta orientación del quehacer académico en la “Primera Casa de Estudio del País” está en correspondencia con las necesidades que nos plantea la condición de país de tránsito, en permanente lucha por la consolidación de nuestra cultura y de nuestro estado nacional.

La labor docente se dirige a la formación de los profesionales que el país demanda para su desarrollo en todos los sectores; para ello cuenta con catorce facultades en las cuales se atiende a la mayor población universitaria del país (44,000 estudiantes).

En este sentido, nos ha correspondido, con exclusividad, la formación de todos los profesionales de la salud: médicos, enfermeras, asistentes, laboratoristas, farmacéuticos, odontólogos y administradores de salud pública, tarea cumplida con la mejor disposición de promover para el pueblo panameño un servicio institucional acorde a las necesidades y condiciones existentes.

En este sentido, no obstante lo anteriormente expresado, se evidencia que en los currícula de formación hace falta la incorporación de orientaciones dirigidas al desarrollo de un modelo educativo que, conjugando adecuadamente las ciencias biológicas y sociales, propicie la comprensión y revaloración de las culturas médicas tradicionales, como vía para el logro de las metas de salud para todos en el año 2 000, tal como propugna la Organización Mundial de la Salud y establecen las políticas nacionales en esta materia.

El estudio y difusión de la riqueza cultural del país, en cuanto a las prácticas, creencias y recursos para la preservación, restauración y conservación de la salud, es asunto que nos compete directamente en relación al compromiso histórico-social antes aludido, y en el convencimiento de que las culturas médicas tradicionales, enriquecidas por la condición pluricultural que nos caracteriza, constituyen sistemas profundamente imbricados en la dinámica de la población, a través de los

cuales ésta encuentra respuesta a la solución de los complejos y profundos problemas de salud y enfermedad. La aceptación del modelo bio-sociocultural de la salud y enfermedad, remite a la Universidad a la revisión de sus orientaciones formativas y es así como, desde 1981, nos ha correspondido llevar adelante diversas iniciativas en este sentido desde nuestra cátedra de Antropología en la Facultad de Humanidades y con el apoyo del Instituto de Administración y Supervisión de la Educación (ICASE).

Al igual que en otras escuelas de formación de profesionales de salud, en Panamá se incluye el estudio de fenómenos y procesos sociales en los *curricula* de formación; ésto se concreta en la existencia de cátedras tales como: antropología social, sociología médica, salud de la comunidad, salud pública, psicología médica, medicina preventiva y social, odontología social y otras. No obstante, es reconocido que en las mismas se enfatiza en los aspectos teóricos propios de cada campo y que aquéllos relacionados con las culturas médicas tradicionales y el análisis comparativo de sistemas médicos, no encuentran el espacio requerido para su conocimiento y, menos aún, para su aceptación por parte de los futuros profesionales.

En consecuencia, sin restar méritos a la formación institucional especializada, se deja sentir la necesidad de un replanteamiento de los fines y objetivos en este sentido. Por ello, hemos llevado adelante un conjunto de iniciativas dirigidas, unas, a impactar las concepciones y prácticas de formación al interior de la Universidad, y otras, a motivar la toma de conciencia por parte de los responsables de las instituciones de salud.

Nuestra labor, modesta pero esforzada, se enmarca en un conjunto de orientaciones más globales que se introducen en la vida universitaria como resultado de debates críticos acerca de la relación entre ésta y la sociedad global. El cuestionamiento al quehacer universitario frente a las exigencias del desarrollo, la atención a las necesidades sociales y los requerimientos del mercado, deriva en la formulación de un Plan de Desarrollo Universitario (1982-1987) que establece un conjunto organizado y coherente de políticas, estrategias y proyectos para el desarrollo de las funciones universitarias. Este Plan de Desarrollo es, en sí mismo, el marco genérico en el cual se plantea el inicio de acciones para la revaloración y promoción de las culturas médicas tradicionales, como componentes de un sector de trascendental importancia para la vida del país.

Hemos alcanzado una creciente y favorable respuesta tanto al interior como fuera de la Universidad, a partir de la realización de algunas experiencias que pasamos a describir.

En primer lugar, desde 1981 desarrollamos en la cátedra de Antropología General de la Facultad de Enfermería un proceso de revisión curricular, tarea profundamente necesaria, ya que hasta entonces el curso se dirigía al estudio de fundamentos teóricos del campo, sin aportar elementos para propiciar el conocimiento, respeto y valoración de la cultura de los beneficiarios de sus servicios.

En ese sentido, procedimos al diseño de un nuevo programa de curso, en el que, sin descuidar los fundamentos teóricos necesarios, se introdujo el estudio de las culturas médicas tradicionales como componente de la formación. Este trabajo busca, básicamente, el conocimiento de la realidad a través de proyectos de investigación acerca de las prácticas de medicina tradicional del país en los diferentes grupos de población, con especial énfasis en los de procedencia indígena, campesina, afro-antillana y de las minorías étnicas extranjeras, tales como chinos, hebreos, hindúes, griegos y otros que tienen un gran arraigo y bagaje cultural en esta materia.

Para ello, los estudiantes desarrollan, bajo nuestra orientación, investigaciones sencillas que contribuyen a un mejor conocimiento de dichas culturas, y de las cuales se obtiene un rico caudal de información que sirve de base a estudios y trabajos posteriores. Los temas de estudio han sido diversos: *Clasificación y descripción de algunas enfermedades atendidas por la medicina tradicional de Panamá; Terapeutas tradicionales de la Provincia de Azuero; Algunos aspectos de la medicina tradicional de Azuero; Directorio de los terapeutas tradicionales de Los Santos y Herrera; Hierbas medicinales populares; Hacia la Nomenclatura de los terapeutas tradicionales de la Provincia de Herrera; Medicina tradicional pediátrica; Parteras empíricas en el área de Chorrera; Prácticas y recursos empleados en el tratamiento de las enfermedades por las minorías étnicas de Panamá; Evaluación de políticas de salud; Plantas medicinales empleadas por los grupos afro-antillanos de las ciudades de Panamá y Colón*, entre otros.

Este tipo de vinculación entre la docencia y la investigación es, a nuestro juicio, la parte más importante, por cuanto permite el acercamiento a la realidad y resulta un elemento de gran motivación para los estudiantes. Debemos aclarar, no obstante, que el esfuerzo apenas si logra satisfacer las expectativas en esa dirección, dada la naturaleza y dimensiones de estos trabajos. Urge entonces el desarrollo de programas de investigación en correspondencia con las necesidades y riqueza cultural que poseemos. Al respecto, no podemos dejar de reconocer que existen algunos trabajos en el país, por ejemplo: estudios sobre las plantas medicinales (Correa, Keith, Duke, Reverte, Escobar, Gupta), sobre creencias y prácticas de comunidades folk (Zárate y Torres de Araúz). Sobre medicina tradicional cuna (Pres-tán, Archibold, Bort, Chapin, Nordeskiold, Wassen, Howe) y medicina de otros grupos indígenas (Alphonse, Torres de Araúz, Leroy, Young, Keith, González) que en una u otra dimensión han aportado elementos científicos al mejor conocimiento de las culturas médicas tradicionales, los que lamentablemente aún no son suficientemente valorados.

Nuestro trabajo académico ha intentado conjugar a nivel de objetivos, contenidos y actividades, el aprendizaje de conceptos teóricos básicos referidos a la medicina tradicional, con los resultados producto de dichos estudios nacionales y, en menor medida, con algunas experiencias de trabajo en otros países de América Latina.

Debemos expresar nuestra satisfacción en términos de la respuesta favorable y comprometida que los estudiantes de enfermería han brindado a esta nueva orientación, lo cual nos ha permitido el mejoramiento sistemático del proceso didáctico.

A partir de los positivos resultados obtenidos, procedimos a proyectar otro conjunto de iniciativas desde la cátedra hacia las otras facultades y las instituciones oficiales de salud. Parte de este trabajo se genera en la actividad investigativa de los estudiantes, que da elementos para el acercamiento a los servicios. La búsqueda de una vinculación más efectiva y directa con dichas instituciones, se constituye en nuestro principal objetivo a partir de 1984, cuando nos proponemos profundizar y extender la lucha por el mejor conocimiento y respeto de las culturas médicas tradicionales.

En esta dirección se enmarca el *1er. Simposio de Medicina Tradicional*, realizado en la Facultad de Medicina durante los días, 30 y 31 de octubre de 1985, el cual constituyó la primera actividad de este tipo y tuvo una gran difusión en la comunidad nacional. Al mismo asistieron gran cantidad de profesionales y funcionarios de todas las instituciones de salud del país, docentes y estudiantes de las distintas facultades y, con ello, se dio inicio al desarrollo de acciones de coordinación más sistemáticas entre los esfuerzos propios y los de otros profesionales de la salud que se suman progresivamente a este quehacer.

Este simposio permitió el establecimiento de vínculos importantes y ha generado el inicio de trabajos de investigación en el sector salud, tales como: *Reconocimiento de las prácticas de curación en el grupo afro-antillano de la ciudad de Panamá*; *Evaluación de prácticas tradicionales de Parto* y otros. Pero, quizás lo más importante, fue la presencia de algunos curanderos, yerberos y un *nele cuna*, que por vez primera pisaba los predios de la Universidad, y que frente a médicos, odontólogos, enfermeras, farmacéuticos y administradores de salud, en la Facultad de Medicina, nos explicaron diversos procedimientos y recursos empleados para preservar la vida y salud de la población ubicada en zonas rurales e indígenas.

El simposio se vio prestigiado con las disertaciones magistrales de distinguidos colaboradores tales como la Dra. Angelina Pollak, de Venezuela, el Dr. Luis Guillermo Vasco, de Colombia y el Lic. Carlos Zolla, de México, quienes han contribuido a establecer las bases de un trabajo interdisciplinario e intersectorial de grandes perspectivas.

En el pasado mes de agosto, realizamos la *Jornada de Metodología para el trabajo con Culturas Médicas Tradicionales*, actividad que incluyó diversos eventos tales como el *Seminario Taller de Metodología de la Investigación*, conferencias en las Facultades de Enfermería, Medicina y otras unidades académicas de la Universidad, y entrevistas con depositarios de la medicina tradicional.

Esta labor se debe, fundamentalmente, a la valiosa cooperación que nuevamente recibimos de la Unidad de Investigación en Medicina Tradicional y Desarrollo de Medicamentos del Instituto Mexicano del Seguro Social, a través del Dr. Xavier Lozoya y del Lic. Carlos Zolla. Valga la ocasión para reiterar el profundo agradecimiento de la Universidad de Panamá a quienes, desinteresadamente, no han escatimado esfuerzos por apoyarnos en nuestra tarea en beneficio de la salud de la población panameña.

Como resultado del seminario, los asistentes establecieron un conjunto de recomendaciones para el desarrollo de acciones futuras que permitan integrar los esfuerzos de la Universidad y las instituciones de salud del Estado, que nuevamente participaron con nosotros. Las mismas se dirigen a la búsqueda de mecanismos para fortalecer la investigación y la formación de personal, tanto al interior de las carreras universitarias, como en el nivel de capacitación de personal en ejercicio. En este sentido, se recomienda convertir a la Universidad en el centro de acciones de perfeccionamiento. Motivo de análisis fue lo referido al desarrollo de una legislación más directa para estos fines y la necesidad de una redefinición de políticas en los niveles de decisión sobre esta materia; ya que, a pesar de que el país es suscriptor de diferentes acuerdos internacionales (O.P.S., O.M.S.) las medidas al respecto no alcanzan el desarrollo requerido.

Nuestras limitaciones y carencias son muchas y las necesidades cada vez más crecientes. Hemos previsto una serie de acciones futuras en las cuales ya estamos laborando; así, por ejemplo, tenemos proyectado el diseño de un Módulo de Enseñanza—Aprendizaje sobre Culturas Médicas Tradicionales, el cual será de utilidad en las tareas de perfeccionamiento de personal en servicio y en la actividad académica universitaria. Proyectamos también la creación de un centro de documentación y biblioteca especializada en medicina tradicional y disciplinas afines al servicio del país.

Hemos establecido las bases para la conformación de un equipo interdisciplinario para el estudio y promoción de las culturas médicas tradicionales a fin de aunar esfuerzos desde diferentes campos: agronomía, economía, farmacia, educación, medicina, odontología, enfermería, sociología, antropología, química, biología, tecnología médica, psicología, administración y otros. Este equipo tendrá a su cargo el diseño de un Plan de Trabajo conjunto entre la Universidad y las agencias de salud.

Reviste particular interés la necesidad de procurar el apoyo técnico y financiero que requerimos a fin de continuar la labor iniciada, especialmente en cuanto a investigación y capacitación de recursos humanos de los distintos niveles de atención.

La Universidad de Panamá comprende el reto y lo acepta; las limitaciones existen todavía en términos de actitudes y concepciones para la aceptación del valor de las culturas médicas tradicionales que prevalecen, tanto en profesores universitarios como en profesionales de los servicios médicos; y también en cuanto a disponibilidad de recursos técnicos y financieros que aseguren el desarrollo de actividades de difusión, investigación y formación del personal. Sin embargo, y a la vez que recibimos con gran estima toda la colaboración que nos puedan brindar, reiteramos el compromiso de continuar aportando nuestros esfuerzos en esta cruzada.

Bibliografía.

CASTREJON DIEZ, Jaime, 1984.

El Concepto de Universidad. México, Ediciones Océano.

CASTRO, Nils, 1975.

Penetración Cultural — Genocidio Cultural. Política Cultural. Panamá.

LOZOYA, Xavier y ZOLLA, Carlos, 1983.

La Medicina Invisible. Introducción al Estudio de la Medicina Tradicional de México. México, Folios Ediciones, S.A., 1983.

MENDEZ CHANG, Abril de, 1983.

Aspectos Académicos y Curriculares de la Universidad de Panamá. Panamá.

NASSIF, R., 1977.

Aproximación a un Modelo Panameño de Universidad.
Panamá, Mimeo.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD: Julio, 1985.

Informe del Grupo de Trabajo sobre Salud y Culturas Médicas Tradicionales en América Latina y el Caribe.
Washington, D.C.

Universidad de Panamá: *Plan de Desarrollo Universitario.*
1984-1987, Panamá, Imprenta Universitaria, 1984.

ZOLLA, Carlos, 1985.

“La configuración sociológica de los sistemas médicos tradicionales”.

México. Unidad de Investigación en Medicina Tradicional y Desarrollo de Medicamentos del IMSS, Mimeo.

*Chamanismo Sibundoy
y Red de Curanderos:*

*Una alternativa
para la óptima
utilización de la
Medicina Tradicional
en Colombia*

*Lic. Carlos E. Pinzón Castaño
M. Clemencia de Jara
Antropólogos
Colombia*

El objetivo central de este trabajo¹ es demostrar cómo el chamanismo en el Valle de Sibundoy ha resuelto las diversas contradicciones a las cuales se ha visto enfrentada la comunidad como tal a lo largo de su historia: desde la época precolombina, a través de su tradición de comerciantes inician el proceso de incorporación de diversos códigos culturales y elementos de otras comunidades que son articulados a su estructura chamánica, ampliando su campo de acción sobre otros grupos e incrementando su poder mágico; esta dinámica es la que les permite resistir a cualquier intento de desorganización por parte de los grupos con los cuales han entrado en contacto, pues aun cuando introduzcan formas nuevas, el contenido sigue dominando y respondiendo a su especificidad cultural.

Esta estrategia se utilizó en principio para lograr la síntesis andes/ selva, posteriormente para resolver la contradicción indios/españoles y actualmente, la que se establece primordialmente como resultado del enfrentamiento de la sociedad nacional con las diversas manifestaciones de la cultura popular, construyendo y mediando la totalidad del sistema de medicina tradicional que cubre todo Colombia.

Las estructuras de supervivencia de la cultura sibundoy, consisten en lograr la integración de elementos del sistema dominante sin rechazar los propios, estableciendo mediaciones de acuerdo con la estructura de su pensamiento, que tiene como fundamento el movimiento de opuestos complementarios, lo cual se traduce en una gran plasticidad cultural cuyo principio fundamental es lograr un equilibrio dinámico de aquellas instituciones en las cuales se funda su cosmovisión como es el caso del chamanismo.

Este aspecto se manifiesta a todo nivel y sustenta la especialización de dos grupos indígenas, —los Kamsá que hablan la lengua Kamsá y cuya filiación lingüística no ha sido establecida de manera satisfactoria y los inga, que hablan el inga, lengua de origen quechua—, que aunque se reconocen diferentes, logran ser uno y

1. La presente investigación se llevó a cabo durante el año de 1985 bajo el auspicio del Instituto Colombiano de Antropología, con base en la utilización de fuentes secundarias, salidas a terreno y entrevistas realizadas, en años anteriores, a los siguientes informantes: Salvador (chamán Kamsá) su hijo Miguel (Kamsá), Pedro (botánico Kamsá) y Luis (inga), este último comerciante en plantas medicinales radicado en Bogotá.

compartir sin despersonalizarse. Según datos de la División de Asuntos Indígenas (Zambrano: 1985), para 1980 se calculó una población total de 4,000 ingas asentados en el valle propiamente dicho y una población Kamsá de 4,419 indígenas.

El Valle de Sibundoy, lugar que habitan, se encuentra localizado en la intendencia del Putumayo y específicamente en el extremo noroccidental o Alto Putumayo, zona montañosa que forma parte de la cordillera de los Andes, la cual encierra este valle con cimas de 3,000 a 3,500 mts. de altura sobre el nivel del mar. Es un valle semitropical húmedo con una posición geográfica intermedia que lo convierte en un corredor entre los Andes y la selva tropical húmeda del Amazonas, situación privilegiada para el comercio desde épocas precolombinas. Su altura va desde los 2,100 hasta los 2,500 mts. sobre el nivel del mar y en su margen se encuentran situadas las cabeceras de los corregimientos, a lo largo de la carretera que lo atraviesa y que une a Pasto con Mocoa. Son éstos Santiago, Colón, Sibundoy y San Francisco. El 90% de la población blanca se ubica en las cabeceras, mientras que en las veredas viven los indígenas. El corregimiento blanco principal es San Francisco; en Santiago, San Andrés (Inspección de Policía) y Colón habitan los inga y en Sibundoy se encuentran localizados los Kamsá.

El sistema chamánico ha sido investigado y discutido por varios antropólogos y botánicos como Seijas: 1969, Bristol: 1964, 66, 67, 68, 69, 70, Langdon y Mc. Lennan: 1979, Langdon: 1980, Taussig: 1980, y se ha demostrado que el papel principal del chamán es el de mantener la cohesión del grupo como etnia, efecto que logra mediando las diferentes contradicciones que vive la comunidad como producto del contacto histórico con otros grupos, las cuales se expresan muchas veces a través de la vivencia de enfermedades sobrenaturales, que son competencia exclusiva del chamán.

El ejercicio chamánico sibundoy es inseparable del yagé, bejuco selvático alucinógeno². Cuando se le pregunta a un chamán³ sibundoy, ¿en qué consiste conocer el mundo o cómo se conoce? la respuesta invariable es: “a través del yagé”. Pero no es la simple ingestión de este alucinógeno lo que conduce a la experiencia trascendental de la aprehensión de la esencia del mundo; junto con ella existe un proceso de entrenamiento —a veces muy largo— para poder manejar el contenido de la experiencia y descifrar el sentido de ella. El curaca Miguel dice: “el yagé es una fuerza que tiene poder, voluntad y conocimiento; con él podemos ir a las estrellas, entrar en el espíritu de las otras personas, conocer su deseo de hacer el bien o el mal, podemos conocer el futuro de nuestra vida o la de otros, ver las enfermedades y curarlas, con él podemos ir al cielo o al infierno”. (1979)

El inicio en el quehacer del chamán es una labor demasiado ardua y requiere de coraje, decisión y ante todo de un buen equilibrio mental; la ingestión continua de

2. Planta malpigacea del género *banisteriopsis* caapi, principio activo aminoácido harmina-harmalina.
3. Chamán es el nombre con el cual los antropólogos designan al curaca, nombre nativo; estas dos denominaciones se utilizarán indistintamente; es el indígena experto en el manejo de fuerzas sobrenaturales y médico botánico.

yagé puede hacer perder el equilibrio síquico muy fácilmente, pues se trata de múltiples realidades las que hay que manejar al tiempo. Por una parte, el aspecto puramente adaptativo y de supervivencia y por otra, de manejar los conflictos, las emociones reprimidas, los afectos experimentados, las fantasías y las visiones de todo tipo.

La iniciación y en general el proceso de aprendizaje dura de 4 a 6 años; el primer paso consiste en conocer el “espíritu del yagé” y la disposición de éste con relación al neófito. Si el espíritu del yagé lo acepta, el chamán maestro⁴ inicia el aprendizaje. El primer contacto ceremonial con el yagé requiere una preparación especial que los chamanes denominan “andaki”; esta preparación se distingue de las otras por el uso de las flores del borrachero clasificado como *Datura Andres* (Bristol: 1969). Una vez transcurrido dicho período de 4 a 6 años, el curaca ha tomado todos los yagés y experimentado las partituras básicas de las visiones sagradas de su cultura. A través de este procedimiento, ha ido adquiriendo su instrumental ritual y sus signos de jerarquía.

El aparato ritual siempre se recibe del maestro; lo primero en adquirirse es un atado de “pichanga”, después una pequeña corona de plumas que implica que el chamán ya puede “volar” con su pensamiento como las aves, y que ya ha “subido” al cielo. Posteriormente, se van adquiriendo las cuentas del collar que entre mayor sea al número de vueltas y la variedad de los colores, mayor jerarquía significan debido a que representan el número de viajes realizados dentro de cada color del yagé.

El paso siguiente lleva a la adquisición del cristal de cuarzo lo que implica llegar a ser un “curaca-trueno”; a partir de ese momento, la jerarquía es un asunto de perfeccionamiento y los signos de prestigio mas visibles serán los collares de dientes de tigre, de oso, de danta y el aumento en el plumaje de la corona.

La prueba decisiva llega en el momento de enfrentar al maestro curaca y en resistir el número de tomas continuas en una misma sesión. La ceremonia se efectúa en luna llena y cuatro días antes ha empezado el ayuno, la dieta y la abstinencia sexual. Generalmente esta ceremonia se realiza cuando el maestro ha puesto a prueba el poder de curación de su alumno, abarcando todo el repertorio de enfermedades, desde las mas leves hasta las mas graves: para esto ha utilizado sus propios pacientes.

Los chamanes inga y kamsá han introducido variantes en la preparación del yagé. Bristol (1966 b), reconoce la existencia de tres variedades de yagé utilizados por los sibundoy, a saber: *Banesteriopsis caapi*, *Banesteriopsis inebrians* y *Banesteriopsis rusbiana*⁵; aquello que introduce variaciones en las visiones, según lo expre-

4. Se considera al chamán maestro cuando ha cumplido todos los rituales de iniciación, el proceso de aprendizaje y la prueba decisiva; debe tener de 15 a 20 años de experiencia demostrada y aceptada por el grupo.

5. La variedad de yagé *Banesteriopsis Rusbiana* ha sido reclasificada por Bronwen Gates (1982) como parte del género *Diplopterys* Malpighiaceae.

sa el curaca Miguel es la datura que se mezcla con el yagé y traer la "pinta" que se desee; "el yagesito sólo no produce buenas pintas"; se reconocen tres clases principales de datura utilizadas: *Datura Candida*, *Datura Sanguínea* y *Datura Andrés*. Recientemente Schultes (1979) ha reclasificado otras de las llamadas daturas como pertenecientes al género *Brugmansia*, el cual es alucinógeno.

Etnohistoria y Chamanismo:

El origen de los dos grupos indígenas asentados en el valle es común, pues provienen ambos del sur, tal vez del Perú y aún mas allá de las tierras bajas selváticas.

La teoría mas fundamentada dice que los kamsá conquistaron primero el valle, lo cual explicaría su profundo conocimiento agrícola. Es reconocida, tanto por etnohistoriadores como por arqueólogos su estrecha relación con el grupo quillacinga del nororiente de Nariño, que habría atravesado el Valle de Sibundoy antes de asentarse en este departamento poco antes de la conquista española, después de haber seguido una ruta por la parte oriental del macizo andino. (Groot y Correa: 1976, 162). Esta ruta es reconocida también por Anthony Henman (1978, 48), quien llama la atención sobre el hecho de que los primeros pueblos formativos de la región del Cauca debieron entrar por las zonas bajas del oriente y occidente y se refiere al período 700 a 200 A.C.

Los inga por su parte, no habían llegado al Valle de Sibundoy en el siglo XVI (Romoli: 1978, 16). Existe además la consideración de que éstos hayan emigrado de la selva tropical peruana a través de la vertiente oriental de los Andes, llegando a Colombia por el río San Miguel para detenerse en el Putumayo (Arocha: 1982, 108).

Todo parece indicar que sí hay una relación Valle de Sibundoy-selva tropical, característica sin la cual no entenderíamos su especificidad dentro de la región cultural del suroeste del país: se trata de habitantes de ascendencia selvática asentados en un valle con un medio ecológico privilegiado debido a su situación que lo constituye en un corredor entre la zona andina y las tierras bajas. El papel de intermediarios entre los grupos de tierras altas del occidente y los grupos de tierras bajas del oriente, es reconocido por Seijas (1969 a) y Taussig (1980) antes de la conquista y durante el período colonial. El principal renglón de comercio fueron (y son hoy en día) las plantas medicinales, según evidencia encontrada por arqueólogos y etnobotánicos persistiendo hasta el momento esta actividad en manos de los inga y en especial de los habitantes de Santiago. Según Taussig (1980, 231), Frank Salomon cita investigaciones que permiten establecer la antigüedad de estos lazos comerciales hacia el año 400 A.C., y afirma que grandes chamanes de la selva fueron (y aún lo son) figuras que merecen gran respeto por parte de los curanderos de las zonas andinas. Por su parte, Seijas (1969 a 71-72) menciona que durante el siglo XVIII se mantuvo un comercio activo con Pasto y áreas vecinas: se intercambiaban animales domésticos, huevos, maíz, resina para elaborar el barniz de pasto, productos vegetales, oro y artesanías.

Los indígenas de Sibundoy se trasladaban a Santa Rosa de Sucumbios a la orilla del río San Miguel para entrar en contacto con kofanes y sionas, llamados por ellos “los amigos”, quienes se encargaban de enseñar e iniciar a los chamanes inga o kamsá, pues el yagé es originario de la región selvática. Asimismo, eran entrenados por años en el conocimiento, preparación y aplicación de otras plantas medicinales.

Si el comercio en general y en especial de plantas medicinales se dio tan de tiempo atrás y si tenemos en cuenta que son los inga quienes además de poseer el conocimiento de su cultivo tienen la tradición de su comercio, bien podemos plantear, como hipótesis, que es este grupo el que realmente se constituye en enlace entre estas dos zonas y la lengua quechua que se ha constituido fácticamente en “lingua geral”, les permite dominar la región y entrar en contacto con diversos grupos indígenas. Esto explicaría su contacto temprano con el Valle de Sibundoy (habitado por kamsá) donde posteriormente se ubican.

Junto con la llegada de los españoles al Valle de Sibundoy en 1542, aparecen los primeros doctrineros en la zona, cuyo papel evangelizador y por lo tanto deculturador se prolonga hasta el presente. En 1577 aparecen los dominicos, posteriormente los mercedarios, agustinos y jesuitas hasta 1893, año que marca la llegada de los capuchinos, quienes establecen una hegemonía eclesiástica de casi un siglo, pues dominan la región hasta 1969, año en el cual salen y entran a reemplazarlos los redentoristas (Bonilla: 1972). Esta dominación ideológica de siglos se hace palpable en la memoria histórica que opera con discontinuidades, resaltando solamente acontecimientos y personajes relevantes ya sea dentro o fuera de su cultura, lo cual demuestra que la estrategia de mediación se aferra a hitos históricos que conjugan y resuelven aquellas contradicciones que han amenazado el devenir de su identidad étnica:

Los viejos recuerdan un personaje que los gobernó durante el siglo XVIII (año 1700) y entró a formar parte de su mitología: se trata de Carlos Tamoabioy, quien al morir dejó un testamento que permitió la recuperación de tierras por parte de los indígenas, por lo cual es llamado el Santo Carlos Tamoabioy. Otro personaje legendario es Fray Bartolomé de Igualada, a quien recuerdan con entrañable respeto y cariño, pues compartió con ellos el yagé, lo cual le permitió llegar hasta el cerro de Patascoy, donde ningún blanco antes había llegado, pero el espíritu de la mina no lo dejó entrar.

Se observa entonces como se refieren tanto a personajes pertenecientes a su propia cultura, como es el caso de Carlos Tamoabioy, a quien reconocen como Santo, magnificando así su nombre, sin entrar en conflicto con la iglesia dominante, a pesar de tratarse del mayor representante en la lucha por la tierra que les había quitado en un gran porcentaje la misión. Otra forma de operación de esta estrategia se ve en el caso de Fray Bartolomé de Igualada, en donde la contradicción religión cristiana/cosmovisión chamánica es resuelta venerando la memoria de Fray Bartolomé como un gran protector de los indios, valorado por haber consumido yagé. Al mismo tiempo, se le colocan límites precisos que no puede atravesar.

sar por no poseer el mismo poder indígena, es por esto que no llega al cerro de Patascoy, lugar sagrado. Estos dos ejemplos muestran cómo el mecanismo de mediación es llevado a la resolución por vías del poder mágico y los eventos reales son elevados a la categoría de acontecimientos míticos.

Es al interior del sistema chamánico donde la reinterpretación de la doctrina católica se hace palpable en tanto que nociones y representaciones como cielo e infierno, que no eran propias de este sistema, se vinculan a él y forman parte obligatoria del quehacer chamánico, desbordando los límites que dichas nociones y representaciones tienen para los propios doctrineros; así se logra transformar la acción deculturadora que busca el evangelizador, en elementos, fuerzas y representaciones que refuerzan el poder chamánico. Todo esto es posible por la naturaleza misma del sistema chamánico sibundoy que desde tiempos precolombinos ha permitido la continua incorporación de imágenes, conceptos, símbolos, plantas mágicas, etc., a su cosmovisión, como resultado de su participación activa en toda una red de intercambio tanto económico como ideológico; de este modo se constituye un sistema chamánico que funciona como un sistema abierto, tal como lo anota Langdon (1980, 6) al referirse al tratamiento “eclectico” de las enfermedades por macéuticos como hierbas medicinales en sus rituales.

En este orden de ideas, los objetos y símbolos litúrgicos son incorporados a los ritos de curanderismo, convertidos en instrumentos que potencializan los rituales chamánicos. Es por estas razones que el dominio chamánico se constituye en el sistema mediador privilegiado como estrategia de defensa de su propia cultura. A continuación ejemplificaremos lo dicho a través de una selección de relatos de visiones chamánicas donde aparecen todos y cada uno de los niveles de acción sobre este dominio ya mencionado:

Respecto a las nociones y representaciones, el Taita Juan, chamán kamsá, nos relata su experiencia de subir al cielo, previa ingesta de una de las variedades del yagé denominado Cielohuasca: “Yo he volado hasta el cielo y allá encontré unas bancas, así como hay bancas aquí; entonces había qué poco de remedios y un señor, o sería un santo que estaba parado en la puerta, yo lo estaba viendo, se apeó y me dijo: usted porqué vino, y yo le dije: pues yo vine a pasearme nomás y me contestó: pero no es tiempo suyo, no es hora de que venga usted, pero usted parece que conoce muchos remedios, puede escoger aquí, aquí hay, venga y me mostró todo ese jardín: eran pedazos, pedacitos y había todo remedio allí y cogió y me regaló para traer y sembrar aquí. En el cielo está sentado Nuestro Señor como en un armario, encerrado en puro cristal” (1985).

El yagé le permite al chamán viajar hasta donde quiera, dominar y conocer personalmente aquellas fuerzas sobrenaturales de las cuales hablan los doctrineros, y al llegar descubre que en el cielo predominan los espacios mas significativos para la expresión de las relaciones y del poder mágico de su cultura: las bancas se encuentran en todas las viviendas y a través de ellas circulan las series masculino-femenino, par-impar, que cristalizan en una forma simbólica el sistema de organización social; por otro lado, en la chagra del chamán es donde se encuentran las plantas

medicinales y mágicas que sintetizan la noción de poder, de actividad y movimiento en tanto que las representaciones cristianas, en este caso Nuestro Señor encerrado, aparecen inactivas y estáticas.

Otro tanto ocurre con la categoría temporal en donde las concepciones de la religión católica y del chamanismo sibundoy, son mediadas a través del ritual alucinógeno del yagé, en la medida en que si bien en el ritual iniciático el chamán “viaja al cielo”, lo hace dentro de la categoría temporal propia a su cultura, donde el tiempo primordial es posible revivirlo, lo cual permite conectar el mundo sobrenatural con el mundo ordinario, contrariando los dogmas de la iglesia, según los cuales este viaje está reservado sólo para aquellas personas que han muerto. La ruptura del tiempo sagrado y profano queda abolida en favor del ritual chamánico, puesto que de otra forma la función mediadora del chamán entre el mundo sobrenatural y el mundo ordinario desaparecería y con ella las bases que sustentan el quehacer del chamán. Esto se hace transparente con el siguiente relato: “El curaca Miguel dice que las flores de la brugmansia deben llevar al iniciado al cielo, pero primero le hacen recorrer el cuerpo irrigándolo con la sangre de los antepasados que es esencia del sol. Este primer tránsito por el mundo sobrenatural, debe revelarle al iniciado la naturaleza esencial del mismo, la cual aparece como un mundo fluído de imágenes y tejidos de la manera como lo haría una constelación al entrar en otra; este continuum de imágenes va acompañado de coros que cantan a la primera aurora del mundo; después se empieza a “subir al cielo”, que es descrito como la entrada a un gran jardín en movimiento del cual sólo se ve la imagen; mas adelante hay iglesias flotantes que echan al vuelo las campanas, que son las flores del cielo, y una cascada de formas policromáticas, cada una con su sonido, desciende a la tierra”. (1979)

Así como el Cielohuasca permite el contacto con los dominios religiosos del blanco, el Intihuasca o yagé del sol, es la variedad de yagé que les permite revivir su mito de origen tal como lo relata el curaca Miguel; se entra en contacto con los creadores del color y el sonido, los hombres del sol, quienes aparecen como pequeños hombres que despiden un resplandor dorado —como el del oro— y que bajan del sol a la tierra a través del bejuco del yagé, cantando hermosas canciones con sus flautas y sus tambores. Sobre ellos, cuentan los de antigua que en el tiempo primigenio toda la tierra estaba a oscuras, y que ya estaba poblada de todos los seres incluyendo al hombre, pero éste carecía de inteligencia y erraba a tientas buscando los alimentos; realizando esta tarea, tropezaron con el bejuco del yagé, lo partieron justo por la mitad y le dieron a probar a las mujeres y tuvieron la menstruación; cuando los hombres lo probaron se quedaron extasiados viendo cómo el pedazo que les sobró empezó a crecer y a trepar hacia el cielo, poco a poco, las sombras tomaron contorno y las siluetas empezaron a cobrar pequeños destellos, y en el fondo del cielo vieron que el yagé penetraba una flor inmensa que al ser fecundada se transformó en el sol: de allí bajaron los hombres del sol, cada uno tocando una melodía distinta con sus flautas y tambores y cada melodía se transformó en un color distinto; cuando llegaron a la tierra se dispersaron y cada uno depositó la luz y el color en cada ser, y cuando el mundo estuvo iluminado, toda esa sinfonía de colores y música, hizo brotar el entendimiento de los hom-

bres creándose la inteligencia y el lenguaje; desde entonces los curacas usan el yagé porque así se ve el mundo como es y la inteligencia se expande haciéndose todo claro y armónico en el espíritu del curaca.

El ritual alucinógeno del yagé cumple dos funciones esenciales: la de mediar en una situación de contacto en favor de las categorías míticas y procedimientos rituales indígenas, convirtiendo así al saber y al quehacer chamánico en el soporte de la cultura, y por otra parte, permite reconstruir y reafirmar su mundo, constataándose lo que Langdon (1979, 84-85) estableció entre los siona: "siona cosmology and ritual are central to the entire culture (. . .) The Siona world view derives much of its authority from the renewal and reaffirmation given to it by the ritual. Without the authoritative experience of the ritual, the system as an ordered whole will not persist in the face of increasing contact with Western culture".

La identidad en los grupos sibundoy es un proceso continuo que está íntimamente relacionado con el tenor de la sangre, y es a través del mito primigenio anotado, que se genera el modelo mediante el cual se explica la separación entre hombre y naturaleza, hombre y mujer y se establece la dinámica de las oposiciones y por consiguiente la de las mediaciones que imprimen la dialéctica. Es a partir del tiempo primordial cuando el hombre como ser genérico, perteneciente todavía a la naturaleza, se encuentra con el yagé y vive el episodio mítico en el cual se establece la separación de los sexos, medida por los efectos del yagé en la sangre: la mujer menstrua en contacto con el yagé mientras que en el hombre del descenso de los hombres del sol por la liana del bejuco hace que se pinte el mundo y nazca el lenguaje y la inteligencia. Así se establecen los opuestos: lo masculino ligado a la inteligencia, el orden, la cultura y el espíritu a través de la máxima jerarquía de lo vegetal, el yagé, y lo femenino conectado a la naturaleza, el desorden y el cuerpo a través de la noción de lo animal. La cristalización de este modelo se da a través de las relaciones ritualizadas mediante el manejo simbólico de oposiciones derivadas de la inicial hombre/mujer, como por ejemplo: derecha/izquierda, par/impar, maíz fermentado/maíz cocido, forma/contenido, imagen/sustancia. Estos opuestos son complementarios, se tornan dinámicos y se relativizan dependiendo del contexto real e inmediato: así, por ejemplo, en el caso de que se encuentren sólo hombres para tomar chicha, los de menor jerarquía ocupan el sitio de las mujeres; durante el embarazo, la mujer representa orden en la medida en que el crecimiento del feto es considerado organización y vida; un hombre puede ser susceptible de ser tratado como mujer, como es el caso del brujo, que representa desorganización y muerte y sus rituales conllevan la utilización de números impares y distribución por la izquierda.

En el momento del ritual alucinógeno del yagé, el chamán puede establecer una dialéctica transformativa: de ser masculino y espíritu puede pasar a convertirse en animal y femenino, tal como sucede al volverse madre jaguar, esto con el fin de establecer mediaciones y síntesis entre dichos opuestos.

Asimismo existen parámetros constantes que definen la identidad hombre/mujer en la vida cotidiana y que los sibundoy ven en la frente como un espectro de

colores cuya gama depende de dos factores: la edad en el ciclo vital y la cantidad de viajes de yagé que haya efectuado, lo cual en última instancia determina la intensidad con que se ha “pintado” la sangre y esto a su vez determina el sexo y la jerarquía dentro del grupo. Por eso las mujeres que no estén en estado de embarazo ni en el momento de la menstruación, pueden llegar a ser consideradas bajo la categoría de hombres y aquellos a quienes se les roba la “pinta” de la sangre por acción de la brujería, llegar a ocupar la de mujeres.

La Chagra Chamánica. Un Microcosmos:

El mundo de los sibundoy parte del dominio sobre las plantas y vuelve invariablemente a ellas, cualquiera que sea la esfera social en donde comencemos nuestra indagación sobre su cultura. Desde el nacimiento hasta la muerte, las plantas aparecen como reveladoras del transfondo filosófico y sobrenatural, bien para determinar el destino, bien para contrarrestarlo o para permitir el paso del alma de un difunto al otro mundo y señalarle su camino; en otro momento, para alejar influencias nefastas sobre los niños o para entrar en el mundo esencial de la cultura. El yagé es fuerza jerárquica sobre todas las plantas y contradicciones; inicia, activa y permite que el chamán tenga ese poder, la fuerza del espíritu.

El cultivo de plantas mágicas y medicinales es un saber especializado y sólo lo pueden ejecutar los hombres; debe hacerse en un lugar cercano a la casa de habitación y cercarse para evitar que las mujeres entren en él o toquen las plantas; esta prohibición se explica en función del carácter y naturaleza asignada a las plantas medicinales y mágicas: ellas pertenecen a la esfera de lo sagrado, las fuerzas que las habitan son sobrenaturales, por lo tanto pertenecen a la serie de la vida y del espíritu, contrapuesta a la serie de las mujeres. El chamán tiene su cercado de plantas curativas cerca a la casa de preparación del yagé. Así lo expresa el curaca Miguel: “las plantas mágicas y medicinales son como los seres humanos; deben vivir donde les corresponde, no deben mezclarse con el cultivo de otras plantas porque se cortan entre ellas; la fuerza del espíritu de los remedios no puede juntarse con la comida; cuando tomamos remedio, tenemos dieta; el espíritu de la selva y el de la tierra son así; cada uno tiene la cabeza en su lugar y así todas las partes del cuerpo; por eso debemos sembrar cada planta donde le corresponde”. (1984)

Las chagras de plantas medicinales y mágicas son un microcosmos donde se encuentran tanto los elementos básicos del mundo mítico, como también las fuerzas que lo animan. De esta manera las chagras tienen sus guardianes, que pueden ser fuerzas como el trueno y el rayo o santos católicos como San Cipriano; si se entra sin permiso del dueño, se corre el riesgo de ser atacado por el guardián. Este cambio de guardianes es un ejemplo más de cómo los chamanes han incorporado santos a su pensamiento sin entrar en conflicto con la estructura de la chagra, en la cual se puede ver la historia de las contradicciones y de las mediaciones logradas por estos grupos.

Las plantas dentro de la chagra chamánica forman manchas que agrupan las del mismo género, todas tienen propiedades curativas y/o mágicas y entre las que de-

ben estar presentes se cuentan en primera instancia los borracheros como son: las Daturas Cándida y Sanguínea, de las cuales Bristol encontró 10 y 2 variedades respectivamente, el Macán Borrachero (*Iresine Celocia* L.) y el Orejón Borrachero (*Iresine Rigenis*); estos dos últimos por ejemplo, sirven, uno, como desinflamatorio, antireumático y regulador menstrual y el otro, como anticonceptivo y “para quitar maleficio”, según el curaca Miguel. Los borracheros potencializan, aumentan las capacidades de los sentidos, dándole al chamán poderes superiores.

En segundo lugar están los cullanguillos como el Cullanguillo Jua (*Peperomia Galioides*) y el Vinan (*Peperomia* sp.) dentro del cual se encuentran variedades como el Curivinan, Tausaivinan y Condorvinan, que en general tienen poderes mágicos: contra maleficios, para cerrar el cuerpo, para atraer la gente, para conocer y dar sabiduría.

En tercer lugar se encuentran los chondores, como el Cucochondor que saca los malos espíritus y no deja penetrar el mal, el Tigrechondor, el Aichachondor para tener abundancia de animales, el Frescochondor para la fiebre, el Guarmecondor para conquistar mujeres y el Carechondor para conquistar hombres.

Las daturas tienen correspondencias homólogas a los tipos de yagé, pues se diferencian tres géneros de cada uno y además representan animales, el sol y el trueno. Los cullanguillos y chondores son hombres y mujeres (huarmi y cari respectivamente) y siempre van en parejas.

El sistema chamánico, como mecanismo mediador por excelencia, ha incorporado dentro de su chagra variedades de plantas mágicas especiales para ser usadas solamente en los rituales curativos de los blancos, como por ejemplo, el Blanco Cullanguillo y el Blanco Chondor.

Las plantas medicinales, los rituales y los procedimientos que los chamanes realizan para resolver los problemas de los blancos tienen un doble carácter: el de separar el poder de las plantas indígenas del de las plantas utilizadas para blancos, con el fin de no confundir la identidad étnica, en tanto que las plantas para indígenas “pintan” la sangre y las otras aunque cultivadas por ellos no poseen esa cualidad, y su rango de potencialidad mágica es menor y puramente funcional; ésto en el sentido de que atraen o expulsan espíritus y/o maleficios de blancos, a los cuales los chamanes consideran fuerzas mágicas inferiores. Por otra parte, adaptan el ritual nativo a la concepción que el blanco tiene de cómo debe realizarse. El uso y adopción de fotografías, talismanes, perfumes zodiacales, tienen la función específica de someter estos instrumentos de la magia blanca a las fuerzas del yagé e inscribirlos dentro de su dominio, al igual que las otras plantas que le siguen en jerarquía a ésta.

Cabe insistir y destacar que la dialéctica y la mediación son los factores que le permiten a estos grupos del Valle de Sibundoy entrar en contacto con otras culturas y servir de punto de convergencia de múltiples diferencias, que estando en contradicción son articuladas a la luz del chamanismo, pues es éste el dominio en el

que se expresa la unidad de la diferencia; esta capacidad sintetizadora hace que el poder mágico de los sibundoy prime en una red donde los conflictos sociales, étnicos y políticos son resueltos en términos del poder de la magia y la brujería. Así, el ser indígena se torna en privilegio del cual son ellos conscientes y lo expresan en el marco de la cultura popular, dentro de la cual el poder es instrumentalizado a través del uso del yagé (selvático) y la datura (andino) que metafóricamente expresan lo que ellos son: mediadores entre tierras bajas y altas.

El Chamanismo y la Cultura Popular:

Tanto ingas como kamsás han aprendido a lo largo de la historia que su situación de mediadores y compiladores del conocimiento esencial del chamanismo selvático y andino, los convierte en un espejo privilegiado en donde las demás etnias y grupos populares se miran para encontrar su identidad o resolver las crisis de éstos.

En general, la suerte corrida por los indígenas, tanto de las selvas como de las zonas andinas, ha sido la de una desintegración progresiva que los ha obligado, o bien a encerrarse en condiciones miserables en los resguardos o a servir como empleados de servicio, o jornaleros mal remunerados. Sin embargo, es dentro de los grupos del Valle de Sibundoy, y específicamente a partir de su sistema chamánico, en donde mejor se observa una capacidad de adaptación y asimilación que una sociedad basada en el mercado los ha obligado a asumir.

En épocas anteriores los sibundoy dependían para la adquisición de conocimientos y su carrera ceremonial como chamanes, de grupos amazónicos como los siona, los kofán y los coreguaje. Poco a poco, una red de grupos inga que convivía con ellos, se fue estructurando e independizando de sus maestros hasta convertir al Valle de Sibundoy en sede de la síntesis de estos saberes sobre el cosmos, la naturaleza, los poderes curativos y chamánicos, expresados en las chagras de plantas mágicas y medicinales que hoy en día se han convertido en laboratorios de experimentación y adaptación de especies y variedades provenientes de todo el país.

La reputación de los indígenas sibundoy como grandes chamanes ha crecido a medida que los grupos amazónicos se han ido deteriorando y las relaciones dentro de los complejos industriales del azúcar en el Valle del Cauca, han hecho más tensas las relaciones entre campesinos y hacendados, entre indígenas y colonos, entre negros y mestizos y en general entre todos los grupos étnicos y de clase que estructuran la dinámica de este complejo del suroccidente del país, lo cual les ha permitido a los sibundoy, infiltrarse en calidad de mediadores de estos conflictos interétnicos tal como Taussig (1980) lo ha demostrado. Este fenómeno no ha ocurrido solamente en esta zona del país; las tensiones y los conflictos empezaron a agudizarse en Bogotá desde hace 10 años y aquí la red de curanderos es el resultado de la presencia de todas las regiones culturales del país.

La mediación de los sibundoy encontrada por Taussig (1980), en el marco de relaciones de la industria azucarera, tiene su umbral de explicación en lo que él

mismo denomina como “el poder de la diferencia”, pero también, es el criterio de verdad que en las clases populares y en los grupos indígenas ha estado y está íntimamente relacionado con el uso de alucinógenos, ya que éstos permiten que quienes los consuman, vivan la experiencia en términos de sus propios códigos de cosmovisión y siendo la brujería el factor mediante el cual la cultura popular interpreta los acontecimientos del mundo, las luchas étnicas y de clase también han sido interpretadas bajo este mismo factor.

La agudización de los conflictos sociales en Colombia, ha hecho aflorar toda una red de curanderos que atraviesan el país y que se nutre, no sólo de los saberes indígenas prehispánicos, sino también de los saberes esotéricos afrocaribeños y de la brujería medioeval y actual de Europa y los Estados Unidos. (Pinzón y Suárez: 1983).

La conquista de las ciudades y de casi toda la red de curanderos por parte de los sibundoy, se debe fundamentalmente a que el yagé es una de las pocas plantas alucinógenas americanas que no ha sido utilizada por el narcotráfico o comercializado industrialmente por el capitalismo, como sí ha sucedido con el tabaco, la coca, la mezcalina y marihuana; en este sentido, conserva su calidad de planta sagrada y su experiencia de ser dirigida por miembros igualmente incontaminados que en la mentalidad popular encuentran su expresión mas nítida en los rituales de los sibundoy.

A partir de 1978 se tuvo oportunidad de conocer a un chamán sibundoy quien en ese momento se encontraba enseñándole a un curandero de origen boyacense, el quehacer de chamán. Para ese entonces, la psicóloga Rosa Suárez y el coautor de este artículo, llevaban 5 años investigando el curanderismo en Bogotá. Habían detectado 70 tipos de curanderos distintos, pero ninguno había aprendido su oficio con algún indígena. Las investigaciones de Irwin Press (1969) sobre este mismo tópico en Bogotá, tampoco daban razón de curanderos indígenas en la ciudad de Bogotá. Miguel, hijo de Salvador, uno de los chamanes mas reputados de sibundoy (Bristol:1966 b; Schultes: 1979), los invitó a iniciarse en el aprendizaje chamánico junto al curandero ya mencionado.

A través de esta experiencia, tuvieron la oportunidad de observar a más de 2000 pacientes de Bogotá, asistir a la consulta con Miguel, quien desde el comienzo fue enfático en afirmarnos que ninguna persona extraña al grupo sibundoy, podría alcanzar todo el conocimiento de ellos, por cuanto a ellos les empezaban a enseñar el chamanismo y a “pintarse la sangre” prácticamente desde que nacían, y que desde los 5 años su abuelo materno Pablo el Flautista (inga), le había comenzado a entrenar en la toma de yagé, sus ceremonias, sus cantos y el conocimiento de las plantas.

También les advirtió que él ya le había enseñado a tomar yagé a curanderos de distintas partes del país, pero que el ritual era distinto, porque es el espíritu del yagé quien determina a través de las “visiones” hasta donde puede llegar cada quien en la adquisición de la “sabiduría natural”, y que además, era necesario re-

nunciar a cualquier tipo de magia o medio de adivinación distinto al yagé, lo que según él, ninguna había cumplido y por esto no había alcanzado todo lo que el yagé les ofrecía.

Dos años después de iniciado el entrenamiento, el curandero boyacense consideró que no era necesario seguir tomando yagé en forma tan continua y pudieron observar y comparar cómo los pacientes percibían tanto al chamán como al curandero, al igual que la percepción que éstos tenían entre sí. El 80% de los pacientes que asistieron a la consulta de Miguel, decían que la magia de Miguel era “más poderosa” que la de otros curanderos porque él les hacía “ver” en las visiones del yagé quiénes les habían causado daño o brujería, cómo la habían realizado y que además podían conocer el futuro de sus vidas y habían aprendido a sentir la energía de las otras personas. Estuvieron de acuerdo también en afirmar que si volvieron a necesitar de un curandero volverían a tomar yagé puesto que así eran ellos mismos quienes “conocían lo que les estaba sucediendo o lo que les iba a suceder y esto les evitaba caer en manos de charlatanes que se inventaban cualquier historia con tal de robarles la plata”. El 20% manifestó que no volverían jamás a tomar yagé, ya que la sensación era muy desagradable y habían experimentado “demonios y cosas de magia negra”.

En cuanto al curandero boyacense, sus parientes consideraban que comprendían mejor lo que él hacía, su forma de atraerlos, sus rituales y manifestaban que era más acertado que los indígenas para arreglar los asuntos conyugales, porque sabía cuando un hogar se había deshecho totalmente y cuando había posibilidades de rehacerlo, en tanto que los indígenas siempre prometían arreglarlo, fallando muchas veces. Miguel percibía al curandero como terco por insistir en el uso de otras técnicas de adivinación y no estaba de acuerdo en la forma como él llevaba su vida. A su turno, el curandero aseveraba que el chamán era muy bueno para curar hechizos, pero que estaba muy limitado para tratar otros asuntos de magia o problemas de la salud y del hogar y que era muy impositivo.

Cuatro años después de haberlos iniciado, pudieron ver que cada paciente encuadraba sus creencias y valores dentro de la experiencia de las visiones del yagé; para ellos el poder del indígena sibundoy consistía en “proyectarnos hacia nuestro mundo sobrenatural”, es por eso que se afirma que el indígena sibundoy juega dentro del contexto de la cultura popular el papel de un “espejo” (en el sentido de Lacan) que permite la reconstrucción o la afirmación de la identidad en función de la oposición total del “otro”.

Esta relación se hace nítida a través de la comparación entre el aprendizaje que recibe un indígena sibundoy de su chamán, de la que imparte un chamán sibundoy a un miembro de otro grupo étnico. En el primer caso, se comparte un mismo sentido del origen del mundo, se recorren todas las “pintas del arco iris”, las cuales están ligadas al cosmos, a la ecología, a las genealogías de poder de los animales aliados, para construir la “imagen total del mundo” e “imprimirla en la sangre”; por eso la prueba decisiva es sostener la misma cantidad de tomas de yagé que pone como punto el maestro chamán, pues con ello se pone de manifiesto que el

aprendiz tiene el mismo “poder” que su maestro y que además el color blanco que debe aparecer al final de la sesión en forma de animal, da la certidumbre de que se “dominan todos los planos de la forma y todas las pintas del color”. En cambio, cuando un chamán sibundoy enseña a un miembro de otra etnia, o grupo social, nunca se llega a la prueba decisiva por cuanto se considera obvia e inalcanzable la superioridad del maestro; nunca se le obliga al iniciado a aprender la lengua aunque sí los cantos y el uso de los vestidos ceremoniales ya que el indígena sabe que éstos son los signos de emisión del poder tal y como los demás lo perciben.⁶

El poder reconocer en el viaje del yagé el mundo sobrenatural, ha despertado fuerzas culturales que habitaban en el inconsciente de estos grupos y que encontraban y encuentran el fundamento de su identidad en el discurso enteogénico. En este sentido los sibundoy han logrado devolverle los cimientos a la cultura popular e invertir, como bien lo dice Taussig (1980, 251): “la estructura de sentimientos e ideas creadas por la conquista española en el Nuevo Mundo en el siglo XVII pertinente a la ideología de castas y relaciones de clases, es hoy en día una fuerza activa (. . .) El mal y la magia inherente a la gente explotada, esencial para la hegemonía colonial se han vuelto los medios a través de los cuales el colonizado busca liberarse de la civilización que lo asedia”.

En este momento, después de 7 años, no se ha terminado aún el ciclo de aprendizaje pero se ha tenido la posibilidad de conocer a varios aprendices de Miguel en la zona urbana, los cuales han recibido el mismo tipo de adiestramiento que recibimos al comienzo. Por otra parte, el número de familias inga que viven en Bogotá llega a 200 y se sabe que muchos de ellos están entrenando a su vez curanderos urbanos.

Cómo Utilizar la Red de Curanderos:

El futuro de la medicina tradicional en Colombia depende de la estrategia que se utilice para tomar contacto con la red de curanderos. Nosotros estamos seguros que el diseño que hemos propuesto a la O.M.S. es un buen punto de partida; en primera instancia se trata de cubrir toda la red de curanderos formada por los ingas y sus aprendices en cada región natural del país. Tomamos cada región natural porque es obvio que ello permite recoger las plantas que son propias de cada piso térmico y de cada suelo.

La investigación partirá de sibundoy para recoger: las plantas que utilizan los chamanes, la forma de preparar cada remedio, su posología y sus contraindicaciones. En conjunto con lo anterior se determinará el número de chamanes que son maestros, el de aprendices, las rutas que siguen en el país y la cobertura de cada uno de ellos. Cuantificados los recursos humanos que parten de sibundoy y sus

6. Para una mayor información sobre las relaciones de los chamanes sibundoy con las demás etnias, remitirse al artículo de Michael Taussig: “Folk Healing and the Structure of Conquest in Southwest Colombia” (1980).

puntos de entronque —según la región— con la red total, se les practicará una encuesta para recoger datos relativos a: clasificación de las enfermedades, etiología de las mismas, método de diagnóstico y pronóstico.

Con arreglo a las anteriores ideas, se procederá a cubrir con la misma metodología todas las regiones naturales, indagando en cada una de ellas el producto de la interacción del chamán inga con su aprendiz, utilizando la encuesta anteriormente identificada. Cubierto todo el país, se diseñará el modelo de atención de la medicina tradicional, se comparará con la epidemiología de cada región, a fin de obtener los aciertos de cada medicina; y con base en estos resultados se buscará el entronque cualificado por región, lo cual redundará en el sistema óptimo para aplicar en cada zona y de lo anterior desprender la forma como deben ajustarse ambos sistemas a la realidad de Colombia.

*La Medicina Tradicional
en México:*

*Balance de una década
y perspectivas*

Dr. Xavier Lozoya Legorreta
Director de la Unidad de Investigación
en Medicina Tradicional y Desarrollo de
Medicamentos
Instituto Mexicano del Seguro Social
Xochitepec, Morelos

1. Antecedentes

El estudio de la medicina tradicional en México no es un tema novedoso, por el contrario, por lo menos cincuenta años de investigaciones antropológicas avalan esta afirmación. Sociedad pluricultural, la mexicana, conserva en sus raíces una rica tradición de prácticas y recursos médicos indígenas que han interesado a numerosos estudiosos nacionales y extranjeros que han nutrido una rica bibliografía del tema.⁽¹⁾

Sin embargo, tales estudios —principalmente de índole antropológica y descriptiva— han incursionado poco en la problemática de salud desde una perspectiva epidemiológica del fenómeno y aún menos con el propósito de establecer el impacto que esta cultura médica podría ejercer en el futuro sobre la salud de los mexicanos. En su reciente libro —*Antropología Médica (1986)*— Gonzalo Aguirre Beltrán analiza detalladamente el devenir de la antropología médica en Occidente y en México en particular, dejando claro que: “En México el interés por la reflexión sobre la enfermedad y el accidente desde la perspectiva socio-cultural toma cuerpo al término de la segunda guerra mundial, pero su ascendiente queda reducido a los antropólogos y, en cierta medida, a los epidemiólogos” y —agrega— “en la actualidad son los médicos y no sólo los antropólogos quienes se interesan por el enfoque cultural de la medicina”.⁽²⁾

El mencionado interés médico por conocer las hasta hace muy poco consideradas medicinas “primitivas” o “subdesarrolladas”, y que cambiando sólo de nombre se canaliza, hoy, hacia las prácticas y recursos curativos de las *etnias*, se produce como consecuencia de la crisis que abrumba a la medicina occidental, de la cual, la medicina mexicana ha sido fiel seguidora en los últimos cien años y se halla en la misma encrucijada. Autores, tales como Ackerknecht (1958) o Benedict (1934) recobran actualidad al aceptarse, casi al final del presente siglo, sus visionarias ideas de que no se puede hablar de “una medicina primitiva y de otra moderna, sino, simplemente de medicinas distintas que llegan a ser tantas cuanto alcanzan a ser el número de culturas identificables”.⁽³⁾ Pero este interés médico es muy reciente; antes han tenido que ocurrir cambios y acontecimientos, que aunque previstos por no pocos estudiosos de nuestra realidad, en el pasado, no fueron escuchados en su momento. Tal es el caso de Aguirre Beltrán, pionero hace más de 30 años, de los estudios “médicos” sobre la medicina tradicional de México desde una posición de análisis histórico y social que decifra la permanencia de este fenómeno en la vida nacional.⁽⁴⁾

Un rápido vistazo a la bibliografía del tema y a la forma en que se ha desarrollado el tema en México demuestra que siempre han sido dos las grandes vertientes de estudio en la medicina tradicional: una, la dirigida hacia la descripción y comprensión de sus conceptos y prácticas; la otra, primordialmente interesada en los recursos, especialmente las plantas medicinales. Estos dos grandes campos de reflexión han propiciado, en México, la creación de grupos disímiles que durante veinte años ó más, han trabajado separadamente. Los primeros ya lo hemos dicho, provenientes sobre todo de la veta antropológica, han procurado establecer las semejanzas y diferencias entre las prácticas médicas de los distintos grupos indígenas y ha sido la característica "mágico-religiosa" del ritual, que frecuentemente acompaña a la curación, el tema de mayor atracción especulativa. Por su parte, los recursos de la medicina tradicional, han sido —aunque pocas veces— tema de investigación de químicos, farmacólogos y botánicos mexicanos quienes —paradójicamente— han desarrollado, por separado, líneas de estudio que rara vez se entrelazan y complementan.

Este esquema ha dado como resultado que la influencia de la antropología médica sobre los programas de atención a la población haya sido prácticamente nula. La medicina institucional u oficial del país no ha considerado el factor cultural, como premisa determinante en la aplicación de sus esquemas de atención a la salud —adquiridos en la OMS o en las agencias extranjeras diseñadas para tal propósito— sino que el énfasis ha sido colocado en el factor económico. Una buena y controlada (es decir, sin corrupción), distribución de abundantes recursos económicos al sector salud —han dicho los promotores de tendencia derechista— permitiría que todos los mexicanos tuvieran acceso a los mejores estilos de atención de las enfermedades, implementando una medicina reparativa que estaría preparada para cualquier contingencia curativa en cualquier latitud del país: el esquema idealizado de la sociedad norteamericana de los años cincuenta. Por su parte, los planificadores de la salud —de tendencia izquierdista— afirmar que la correcta y abundante aplicación de los recursos económicos a un modelo de base profiláctica y de enfoque sanitarista, permitiría la solución a los problemas primordiales de salud de los mexicanos: el esquema idealizado de las sociedades socialistas de los años sesenta. En ambos casos, para ambos enfoques, las medicinas tradicionales "desaparecen" del paisaje en la medida en que el esquema propuesto se aplica exitosamente. Para los primeros, la medicina tradicional es una etapa primitiva de la evolución del conocimiento médico que pertenece al pasado y agoniza con el desarrollo de la tecnología; para los segundos, es una más de las vergonzosas manifestaciones del subdesarrollo, producto de la explotación social capitalista. La determinante cultural es, así, puesta en un irrelevante segundo plano y sin embargo hace 500 años que la medicina tradicional resuelve muchos de los problemas de salud de las grandes mayorías, con o sin acceso a la medicina occidentalizada, con o sin recursos económicos de pormedio.

De la misma manera, la investigación científica de los recursos curativos de la medicina tradicional —preferentemente plantas— ha producido un número significativo de trabajos sobre fitoquímica y botánica taxonómica en las tres últimas décadas, pero ningún medicamento mexicano. Por el contrario, esa táctica —impreg-

nada de cientificismo— se ha preocupado más por hacer evidente la dificultad que significa desarrollar estudios químicos y farmacológicos de la envergadura y complejidad de los realizados por los grandes consorcios químico-farmacéuticos de Europa o Norteamérica, que por promover el hallazgo y la producción de medicamentos nacionales. Por lo demás, su vinculación con el fenómeno de la medicina tradicional no sólo es nula, sino que —se piensa, en los círculos de científicos— es hasta innecesaria. La atención o el interés están puestos en la teoría química o farmacológica a la que la planta contribuye separada de todo vínculo con la medicina indígena. Mientras tanto, la población continúa recurriendo al uso de plantas por razones culturales, económicas y de eficacia.

Cuando finaliza la década sesenta de este siglo y la sociedad se interroga sobre los acontecimientos sociales de 1968, que marcaron el parteaguas de muchos de los esquemas de la cultura occidental para el fin de siglo, la medicina tradicional o *folk* ya no es vista en México como privativo campo de estudio de la antropología médica aunque sus investigadores se inspiren en una nueva academia que empieza a crear *etnociencias*: tales como etnobotánica, etnofarmacología y etnomedicina, que en realidad surgen como novedades aportadas por la propia cultura dominante occidental y por eso interesan en las Universidades. Asimismo la investigación científica de las plantas medicinales que se había limitado dentro del concepto de botánica—económica o de química de recursos naturales para la obtención de materias primas, “redescubre” la potencialidad farmacológica de las plantas usadas por las culturas indígenas, también bajo el influjo de los cambios ocurridos en las universidades europeas y de norteamérica industrializada.

Por entonces, el modelo de atención a la salud operante en el país, sigue incuestionable, a no ser por los escritos de Illich que se hace representante en México de los cambios que experimentó la intelectualidad europea, pero cuyas conclusiones en torno a la *yatrogenia* y la *Némesis médica* no hacen sino provocar, entre las autoridades de la salud, una mueca de incompreensión.⁽⁵⁾

2. La década 1975-1985

En 1970 la vida política de México sufre un cambio produciéndose una inesperada “apertura” gubernamental hacia los grupos de intelectuales beligerantes que empezaban a adquirir conciencia de los cambios ocurridos durante el paso de ese “fantasma que recorrió Europa” en 1968. En México se inició un periodo de cambios en la estrategia del sistema político, apoyados básicamente en dos premisas: el hallazgo de abundantes yacimientos petroleros que confirman la posibilidad del país para competir formalmente en el mercado de energéticos y la creación de una ideología partidaria que con el título de “nacionalismo revolucionario” marca la tónica de un gobierno que quiere convertir a México en líder de la “Tercera opción”, en un “Tercer Mundo” que deja al descubierto la injusticia del esquema bipolar en que ha quedado dividido el mundo.

Las estatizaciones de distintos sectores privados de la producción y la exaltación de los valores indígenas alcanzan en ese entonces su climax; mismo que pretendía garantizar el buen aprovechamiento social de la creciente riqueza que generaba la venta al mundo del petróleo mexicano. La medicina tradicional no es ajena a este proceso, por el contrario, ocupa —por primera vez en muchas décadas— un espacio visible en el discurso que describe a la cultura popular. Junto con la reivindicación de los valores plásticos, estéticos, musicales y artesanales de lo mexicano indígena, la medicina tradicional es reconocida como parte indivisible de la personalidad social del país. Es en ese periodo —por ejemplo— cuando nacen los primeros programas nacionales de capacitación de parteras (las después célebres “parteras empíricas”) por parte del sector salud, así como los proyectos de convalidación de los productos autóctonos alimenticios en la dieta nacional, o la autoconstrucción de vivienda con recursos locales, propios de las culturas regionales, y muchas otras manifestaciones y proyectos que atraen a la intelectualidad comprometida, que el sistema político invita a su seno.

Algunas circunstancias de orden internacional vinieron a repercutir claramente en el proceso de recuperación oficial de la medicina indígena en esa ocasión. La primera: la aparición de la República Popular de China en la palestra de las organizaciones dependientes del Sistema de Naciones Unidas (China ingresa a la ONU apenas en 1970) y con ello su determinante influencia en la Organización Mundial de la Salud creando conmoción, al dar a conocer sus estrategias en el manejo de la atención primaria de la salud de los entonces casi 600 millones de chinos. Acupuntura, plantas medicinales, valoración y actualización de tradición milenaria, “médicos descalzos”, técnicos comunales en salud, etc., acaparan la atención de los expertos occidentales que no dan crédito a lo que ven en sus múltiples viajes a China Comunista que a su vez negocia su futuro tecnológico.

En segundo término, y como consecuencia directa de lo anterior, la aceptación por la OMS, de un Programa de Promoción y Desarrollo de la Medicina Tradicional como parte de la cruzada de “Salud para todos en el año 2000”, que sintetiza la política de acción de esta organización para el resto del siglo con recursos *propios*, provengan de donde provengan, tengan el origen que tengan, lo importante es —se dice— que cada nación del mundo pobre logre modificar el nivel de salud, porque configura las dos terceras partes de la población mundial que vive en el subdesarrollo del cual se habría de salir antes de que se inicie el nuevo siglo. Y dentro de esos recursos, se reconoce a las medicinas tradicionales como instrumento para el cambio. China es el ejemplo, aunque el énfasis se pone en su heterodoxo modelo de atención médica más que en la consecuencia de su revolución social. La declaración de Alma-Ata sobre atención primaria a la salud cobra relevancia y todo parece indicar que las medicinas tradicionales han encontrado, finalmente su justo reconocimiento.

Indudablemente que de 1970 a 1980 el movimiento internacional de apoyo y promoción a la Medicina Tradicional alcanzó su cúspide. El documento 622 de la Serie de Informes Técnicos de la OMS (1978) marca la concertación ideológica y política alcanzada en ese, el mejor momento del proceso de promoción de la Medicina Tradicional a nivel mundial.⁽⁶⁾

En México este momento es coincidente con la creación del Instituto Mexicano para el Estudio de las Plantas Medicinales (IMEPLAM) (1975), el Instituto de Investigaciones sobre los Recursos Bióticos (INIREB) (1975), la industria estatal Productos Químicos Vegetales Mexicanos (PROQUIVEMEX) (1973), el Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia (CEMEF) (1972), el Instituto Mexicano de Investigaciones para la Industria Química Vegetal (IMIQUIVE) (1974), que pasaron a formar un frente de alternativas para la investigación científica nacionalista y la producción agroindustrial por parte del estado de recursos de la rica flora económicamente útil del país,⁽⁷⁾ al menos así se pensaba. La contraparte humanística pronto se organizó en torno al Instituto Nacional de Antropología e Historia (INAH) en su sección Morelos—Guerrero, creándose el Programa de Etnobotánica Medicinal y el Museo de la Medicina Tradicional en Cuernavaca, Morelos (1977), el Programa de Medicina Tradicional, del Museo de las Culturas Populares (SEP) (1978), los proyectos de Investigación en Medicina Tradicional de la Cátedra de Historia de la Medicina en la Facultad de Medicina (UNAM) (1978), del Instituto de Investigaciones Antropológicas (UNAM) (1978), del Instituto de Biología (Etnobotánica) (UNAM) (1979), de la Facultad de Ciencias (Etnobotánica) (UNAM) (1979), etc.

Todo este universo de instituciones, investigadores y recursos surgieron intempestivamente durante la década y la medicina tradicional se convirtió en lugar común de la opinión académica y política.

3. *En busca de una metodología de la investigación*

Al pasar de los años —del Sexenio— llegado 1980, el panorama quedó nuevamente modificado. La mayoría de las agrupaciones antes mencionadas desaparecieron o modificaron sus programas originales. Por su parte los grupos de investigación antropológica y etnobotánica también sufrieron notables modificaciones. También es cierto que de 1976 a 1982 surgieron otros grupos tanto en la investigación de recursos como en el terreno de las ciencias sociales, pero su existencia sería aún más efímera.

Sin embargo, el factor determinante de la sobrevivencia o permanencia de estas organizaciones estuvo dado por la *metodología* establecida y no —como suele creerse— sólo por razones de índole política. Indudablemente que aquellos grupos que ocuparon la menor parte de su esfuerzo en el diseño metodológico del estudio de la medicina tradicional y sus recursos, por ejemplo, se extinguieron más rápidamente dajando de manifiesto su fugaz interés político de oportunidad.

Por su parte el gobierno mexicano de ese nuevo periodo (1976—82) anunciaba la próspera situación económica del país, que aprendería a “administrar la riqueza” que el petróleo trajo a manos llenas. Esta circunstancia también influyó para que, sustituido el esquema de reivindicación nacionalista por el de un México que

se convertía en una “próspera potencia de segundo orden”, los aspectos de atención a la salud en zonas “marginales” y la investigación de la medicina tradicional y sus recursos vegetales volvieran a disociarse. La creación de COPLAMAR (Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados) fue el modelo que eligió el sistema para atender la problemática de salud —entre otras— de la población rural. Es significativo que en su creación los nombramientos de coordinador del programa y de director del Instituto Nacional Indigenista recaen en la misma persona, toda vez que los indios son concebidos como marginados. Más adelante se formaría el binomio IMSS—COPLAMAR, adjudicándole al primero, el Instituto Mexicano del Seguro Social, la responsabilidad de diseñar el modelo de atención médica a implementar.

Durante esos años, las diferentes instituciones y grupos que habían manifestado su interés y proyectos para el estudio de la medicina tradicional mexicana, fueron pasando por diversas etapas, a veces de consolidación, otras de extinción.

Inicialmente parecería haber quedado claro que el estudio y valoración de la medicina tradicional requería de un enfoque *multidisciplinario*. Al iniciar sus actividades IMEPLAM se estructura como un grupo que pretende abarcar el conocimiento de la herbolaria medicinal desde una perspectiva múltiple: historia, antropología, medicina, química, farmacología y botánica son las ramas que se cultivan en torno al conocimiento popular, respecto al uso de plantas medicinales. Pronto queda claro que no obstante la designación inicial del Instituto, éste se halla inmerso en el estudio de la Medicina Tradicional de la cual la herbolaria forma parte fundamental. Sin embargo —y en la búsqueda de una metodología operativa— también queda claro que cada una de las disciplinas involucradas pareciera exigir para sí un fragmento único y separado de la fenomenología bajo estudio. Al antropólogo habitualmente interesaba el estudio “de caso” de una comunidad para describir la práctica médica tradicional, contrastándola con la abundante literatura ya existente. En tal “caso”, el enfoque multidisciplinario se limita a coleccionar las plantas medicinales en uso por la comunidad con la ventaja —respecto a estudios del pasado— de que se realizaría la clasificación taxonómica de tales recursos. Por su parte los botánicos, imbuídos de la visión etnobotánica dominante en Universidades como Harvard y otras, intentan el mismo proceso pero a la inversa: se trata principalmente de coleccionar *adecuadamente* las plantas y realizar su correcta identificación botánica, junto con “datos” de campo de orden utilitario sobre la aplicación, vía de administración, etc. de tales recursos por una comunidad en particular. La química, ya para entonces identificada como *fitoquímica* dirige su actividad hacia la identificación de compuestos presentes en la planta seleccionada, aplicando una sorprendente instrumentación que a partir de pequeñas cantidades de vegetal permite la extracción de múltiples productos que abarrotan las ya de por sí saturadas revistas, sobre aislamiento de compuestos a partir de las plantas. En no pocos casos la intención multidisciplinaria se fragmenta en que el etnobotánico colecciona la planta, el taxónomo la identifica, y el químico informa lo que contiene.

Por último, la farmacología manifiesta también sus prioridades y todo parece indicar que los esquemas multidisciplinarios se hallan más en la mente de los plani-

ficadores de la ciencia y no de quienes la paractican y realizan cotidianamente. Gran parte de estas investigaciones, que fueron configurando la experiencia de IMEPLAM, quedarían publicadas en sus colecciones periódicas: *Monografías Científicas* I, II y III (1975—1978), *Estudios de Etnobotánica y Antropología Médica* I (1975), II (1976), III (1977), *Revista Medicina Tradicional* Vols. I—III, 11 números (1977—1980) y en no pocos artículos publicados en diversas revistas científicas nacionales y extranjeras.⁽⁸⁾

Hacia 1980, el equipo de investigadores de IMEPLAM habría acumulado experiencia reflejada en tres conclusiones primordiales: la primera, mientras no existiera un programa específico que contemplara la aplicación clínica de los recursos vegetales de la medicina tradicional, una vez valorados científicamente, los estudios continuarían siendo contribuciones aisladas dependientes del ingenio e interés personal del investigador y su disciplina; la segunda, mientras los estudios de índole antropológica y médica sobre medicina tradicional no estuviesen concebidos como parte orgánica de un proceso de interrelación de ambas culturas médicas, no dejarían de ser estudios de caso, sin aplicación ni repercusión ulteriores; y tercera, mientras el estudio de la medicina tradicional y sus recursos continuara realizándose por grupos u organizaciones al margen del sector salud oficial, la posibilidad de modificar los programas de atención médica y atención primaria a la salud no se verían jamás influenciados por sus hallazgos o conclusiones.

En ese año IMEPLAM modificó su estructura inicial y se integró al Instituto Mexicano del Seguro Social bajo la denominación de Unidad de Investigación en Medicina Tradicional y Herbolaria.

A partir de entonces los programas de investigación han adquirido una dirección específica y sus objetivos se han definido mejor, permitiendo que la metodología de la investigación alcance las siguientes metas:

- a) Proporcionar a los médicos del IMSS información sistematizada sobre aspectos básicos de la Medicina Tradicional, tales como: conceptos, nosologías, tratamientos, características de los terapeutas tradicionales, diagnósticos, etc., así como información epidemiológica sobre este campo de conocimiento.
- b) La incorporación al cuadro institucional de medicamentos de los recursos herbolarios de la medicina tradicional una vez validados científicamente, y cuyas ventajas permitan su distribución clínica en la institución, sean éstas de orden económico, terapéutico u otras.

El diseño de tales objetivos conlleva la aceptación de varias premisas que requieren ser comentadas someramente. Partimos de la convicción de que es el médico general (hoy denominado médico familiar) del Instituto, el sujeto sobre el cual recaen los planes de modificación del esquema de atención médica. Es a este médico al cual corresponde la tarea de atención primaria de la salud y cuyo contacto con la población es el más directo y extenso en todo el país, dependiente, además, de

las características culturales de cada región. Este médico, por su parte, no ha sido capacitado a lo largo de toda su formación respecto a la fenomenología de la medicina tradicional y mucho menos con respecto a los aspectos específicos que incluyen el conocimiento de las ideas médicas tradicionales, los tratamientos empleados y los recursos utilizados por la medicina popular. Se considera, entonces, que toda modificación en la actitud de este profesional de la salud respecto a la medicina tradicional, depende, básicamente, de su nivel informativo sobre el tema. El tantas veces mencionado divorcio entre la medicina institucional, occidental o científica de la medicina tradicional, popular o indígena, proviene, en gran medida, de la falta de información de la primera sobre la segunda. Falta de conocimiento formalmente estructurado sobre aspectos que competen a la antropología médica, a la etnobotánica, a la fitoquímica y a la farmacología, pero también a la clínica y a la epidemiología.

De ahí que, la investigación socio-médica de la medicina tradicional deba estar dirigida hacia el estudio y comprensión de todos los aspectos *médicos*, de esa manifestación de la cultura, para en su momento poder ser incorporados al bagaje formal de conocimientos del médico que se desempeña en el IMSS. No obstante la abundante bibliografía que sobre medicina tradicional existe y a la que hemos hecho referencia, se carece de libros, monografías o artículos que expliquen —a los médicos— cuestiones tan fundamentales como: ¿cuáles son las enfermedades que trata la medicina tradicional? ¿A qué nosologías corresponden? ¿Qué plantas y cómo curan? ¿Posologías herbolarias? ¿Contraindicaciones de tratamientos?

Vista así, la investigación de la medicina tradicional es a partir de ahora, labor primordialmente de los médicos, de aquéllos que hayan logrado sobrepasar la barrera de su limitada formación *académica* e impregnados de una visión antropológica y pragmática, puedan proporcionar los instrumentos concretos de la búsqueda interacción de las culturas médicas de México.

En el campo de los recursos vegetales de la medicina tradicional, la realidad actual facilita claramente la toma de decisiones: producimos nuestros propios medicamentos herbolarios y los investigamos en la medida de nuestras propias y válidas posibilidades o pronto no habrá con que curarse. Hasta los más recalcitrantes defensores de la supertecnología de las potencias transnacionales empiezan a entender que *no hay dinero* capaz de comprar lo que solíamos usar con derroche. El argumento del bolso vacío resulta más convincente para muchos sectores de la llamada “esfera de decisiones”, que una década de discusiones procurando convencer de la trascendencia social y política de desarrollar la herbolaria nacional. Así las cosas, el reto es hoy enorme, porque ante la brusca y angustiada decisión de propiciar desarrollo y aceptar el nacional de medicamentos a base de plantas se antepone *una metodología que está aún por diseñarse*, ya que el éxito de tales recursos populares, de ancestral uso, de probada eficacia, depende del *modelo de medicamento* que seamos capaces de proponer. Medicamento que no podrá ceñirse a los cánones que la industria químico-farmacéutica ha diseñado para *detenernos* en nuestro propio desarrollo. Medicamento que debe conservar los beneficios implícitos en su uso tradicional. Medicamento que deberá seguir siendo barato. Medica-

mento que debe aprovechar su impacto cultural, sin dejar de ser accesible a todos los medios que el sistema requiere para su producción y distribución masiva.

Estos son los retos de la investigación de la medicina tradicional en el futuro inmediato. Su realización implica colocar a la Medicina Tradicional en el sitio que se merece; promover y *desarrollar* la medicina indígena a su dimensión contemporánea. En la década de los años ochenta y la próxima, ya no basta clamar en defensa y reconocimiento de las medicinas tradicionales, lo que se requiere es desarrollar su conocimiento, actualizarlo e introducirlo al sistema de atención médica.

La Medicina Tradicional no se desarrolla sola, no se autocuestiona ni se modifica espontáneamente, porque es esencialmente un saber empírico. Los episodios, cambios, alteraciones dinámicas y adaptaciones que podemos reconocer en el devenir de la medicina tradicional mexicana a lo largo de la historia, han siempre dependido de la influencia ejercida por la cultura dominante y en los últimos doscientos años por la medicina científica. Dotar de una base científica a la medicina tradicional es la única forma de promover su desarrollo independiente. Para lograr esa base científica de la medicina tradicional —y me refiero por supuesto tanto a los aspectos conceptuales como a sus recursos curativos— es necesario poner en juego una ingeniosa combinación de procedimientos e ideas que dependen de la realidad social, misma de los grupos interesados en promover el cambio en los sistemas de salud y que — ¡por fortuna!— no pueden ser exportados porque se fundamentan en la cultura local.

Dicho en otras palabras: somos los latinoamericanos, con nuestros recursos propios y heredados, tecnológicos y sociales, los únicos capaces de revertir el proceso de extinción en que se hallan nuestras medicinas tradicionales e incorporarlas, con su bagaje cultural y operativo, al sistema de atención a la salud que define al país.

4. El modelo de atención a la salud

Parecería que hay consenso en casi todo el mundo subdesarrollado, al aceptar que el modelo de atención a la salud (y con ello el de atención médica en forma implícita) aplicado en estos países durante lo que va del siglo, está básicamente equivocado. Sin embargo, no es fácil deslindar las contradicciones inherentes a la medicina occidental y sus equivocaciones o fallidas expectativas, de la estructura local de los países en donde se pretende aplicar el criticado esquema. En otras palabras ¿hasta dónde la determinante crucial del modelo de atención a la salud depende sólo de la estructura socio-cultural de un pueblo?

Si nos basamos en el modelo implementado por la sociedad estadounidense y de donde México —se dice— ha obtenido su inspiración, encontraremos que en la actualidad ambos esquemas son distintos, desfasados en el tiempo, si se quiere, pero distintos en la realidad social y operativa que implican. La sociedad nortea-

americana está trazando las líneas directrices para su desarrollo en el próximo siglo XXI. Conciente de que la modernidad —o época moderna— ha terminado y que el proceso de industrialización que se engendró en la revolución del mismo nombre ha llegado a la saturación plena del proyecto, la cultura occidental diserta hoy sobre el “postmodernismo” y la “postindustrialización”, caracterizando a una fenomenología social que, en latinoamérica, no tiene siquiera repercusión en los atormentados y vetados círculos intelectuales. Como parte de ese “movimiento” de fin de siglo, en el terreno de la salud se replantean a fondo, en las dos últimas décadas, las acciones del Estado respecto a la salud y del ejercicio médico respecto a su función social. Defensa de la Ecología, retorno a la búsqueda de la naturaleza, desmedicamentación, abolición de la seguridad social, reinstalación de la práctica privada, combinación de terapias exóticas con el nacimiento de “subespecialidades” que concilian requerimientos esotéricos con biotecnología, etc., son algunos de los rasgos de esa vorágine en la que ha entrado la cultura occidental y de la que saldrá medianamente a flote en la medida en que todos sus vicios y desviaciones sociales se lo permitan, guerra nuclear o no de por medio. De ahí que algunas mentes lúcidas de nuestro tiempo insistan en señalar que nos dirigimos hacia un nuevo medioevo, entendido éste, como un próximo período de radicalización ideológica y obscurecimiento de la libertad creativa.(⁹) Una vez más el clasicismo sustituirá al excéntrico barroco.

Comprendido así, la búsqueda de “alternativas” médicas (tales como las medicinas tradicionales) que reivindiquen valores tradicionales de las sociedades menos tecnificadas, resulta un discurso que, hoy, comprende mejor el europeo y el norteamericano que nuestro propio público de compatriotas médicos latinoamericanos. Para las clases medias y pequeñoburguesas de la sociedad dominante mexicana, la medicina tradicional es algo en lo que “también se cree o se tiene fe” y más específicamente se busca cuando “la otra medicina” ya no satisfizo sus requerimientos, pero se escapa a ese frívolo interés esnobista la trascendencia social, económica y política sobre la que incide. Por su parte, la población campesina, indígena, india, desprotegida, económicamente vulnerada y en pleno proceso de abandono del campo rumbo a las concentraciones urbanas, ¡no quiere ni oír, ni hablar de medicina tradicional y plantas curativas! Por el contrario, ésta desea la tecnología médica que ha sido televisada durante varias décadas; inyectables, quirófanos, sábanas blancas y vacunas, Rayos X, Tomografía; y su reclamo —justo y comprensible— de tener acceso a la medicina de que disfrutaban los “económicamente invulnerables.” De ahí que el discurso oficial siga utilizando demagógicamente los mismos ejemplos y las mismas desgastadas frases —nacidas del pensamiento occidental del siglo XIX— sobre las metas a alcanzar en la salud de la población rural, medidas en número de inyecciones, vacunados, índices de vivos, muertos o el eufemismo de “esperanza de vida al nacer”. En México, el Estado acepta oficialmente el dato de que el 70—75% de los alumbramientos ocurren *fuera* del régimen médico establecido. Es decir que el 75% de los niños mexicanos nacen en algún lugar que no es ni hospital ni clínica rural y *sin* la participación de un médico. Sin embargo se insiste en que es necesario adiestrar y capacitar a las parteras con procedimientos de la medicina científica. ¿Cuáles? Al principio se decía: prevención de la infección, el uso de guantes estériles, tijeras desinfectadas y otra maniobras. Hoy sabemos que

su capacitación primordial ha sido el manejo de anticonceptivos para el exitoso logro de los programas de control natal determinados por otras circunstancias y en otros ámbitos políticos.

Aún más, los cónclaves académicos discuten y polemizan, hace ya diez años, sobre la conveniencia o no de “combinar” las medicinas tradicional y occidental. Algunos opinan que es una burda maniobra —etnocida, se dice— para terminar de “transculturar” al cada vez más escaso porcentaje de indígenas mexicanos; otros que “combinar” no debe ser “incorporar”, porque conlleva la desaparición del primero mientras predomina el segundo, etc.; otros más cuestionan si lo “empírico” está implícito en lo “científico” o viceversa, si ambas medicinas son o no iguales, diferentes, polares, paralelas, “holísticas”, etc. Mientras la intelectualidad —y el poder— encuentran la mejor fórmula, la población mexicana no se cuestiona conflicto alguno y utiliza ambas medicinas con sencilla y centenaria sabiduría. Sólo prevalece una realidad operativa: ¿medicina de yerbas para pobres y de electrónica para ricos? o ¿precisamente lo contrario?

El modelo de atención a la salud en México se ha desmoronado principalmente porque se basa en una enorme y costosa estructura económica de la que hoy el país carece. Aguirre Beltrán ha dicho en esta reunión que tal circunstancia provoca un regreso a la medicina tradicional entre quienes son los usuarios naturales de esa cultura médica. Yo pienso que tal cosa no sucederá y no creo que esté ocurriendo. Por el contrario, la demanda de atención occidentalizada va en aumento, pronto se convertirá en exigencia social y antes de que entren en cajas destempladas, el sistema buscará la adecuación. Muy posiblemente invirtiendo las premisas que intuye Aguirre Beltrán: la medicina occidental, institucionalizada, recuperará para sí elementos —teóricos y prácticos— de la medicina tradicional en la medida de su conveniencia operativa y social.

Pienso, que nos encontramos en uno más de los momentos claves de transculturación médica. Semejante quizá a los ocurridos en el final del siglo XVI y del siglo XVIII. La medicina tradicional en el próximo siglo será notablemente distinta a la que hoy estudiamos con delirante angustia por determinar el influjo de su futuro. No puede ser de otra manera, de lo contrario estaríamos promulgando una contradicción equivalente a decir que la medicina tradicional de México en 1986 es medicina azteca, negándole a la cultura popular su único gran motor de sobrevivencia: su adaptabilidad y dinámica modificación ante los cambios de la cultura occidental dominante de la cual se nutre en gran proporción y de la cual es cómplice en la repercusión social.

Nuestra expectativa está puesta —y en ella trabajamos— en que la medicina institucional, autocriticándose, modifique elementos fundamentales de su configuración como sistema médico y sistema de atención a la salud. Que modifique el *Curriculum* médico de las actuales y futuras generaciones de médicos, incorporando —al menos— la necesaria reflexión socio—cultural de la contraparte tradicional indígena y mucho más. Que los médicos en ejercicio, incapaces de ascender al siste-

ma de especialidades de la medicina de Tercer nivel, que se ha colapsado económica y técnicamente, se reubiquen en un plano de atención primaria que les permita conocer formalmente los beneficios de la medicina tradicional, porque serán ellos —los únicos— verdaderamente capaces de producir esa “combinación” que reafirma los valores de la cultura nacional. Que los medicamentos herbolarios, provenientes de la medicina tradicional, configuren un grupo de alternativas confiables y útiles para la población que, más que nunca, necesita información veraz sobre sus plantas, independientemente de que el Estado o la Industria se aboquen a los posibles procesos agroindustriales para producir una nueva y diferente “generación” de medicamentos que en muchos sentidos asombraría a las culturas postindustriales y —¿por qué no?— se inviertan las fuerzas del esquema, siendo capaces de exportar un tipo de recurso que la cultura occidental de fin de siglo va a estimar particularmente. ¿Acaso China no ha trastocado las teclas del sistema norteamericano con Acupuntura y raíz de Yen-shen a cambio de computadoras y Coca-cola?

Finalmente, respecto a los actuales terapeutas tradicionales, varias decenas de miles de mexicanos que ejercen la medicina tradicional en sus más diversas formas y especialidades, creo que su ejercicio se irá modificando en dos sentidos: por una parte, cada vez un mayor número será captado por el sistema de salud institucionalizado en la medida en que éste se declare incompetente en determinados sectores y operaciones donde buscará la participación de los “elementos naturales espontáneos” de la comunidad y sobre los que tendrá, por fin, que depositar la función de muchos de los programas de la atención primaria. Esta circunstancia no se desliga de una inevitable transformación de los terapeutas tradicionales a medida que su interacción con la medicina institucional se incrementa. Por otro lado, cabe también una parte de extinción de la medicina tradicional, sobretudo como resultado de la falta de relevo generacional en el campo, donde la situación ya es actualmente desesperada. Surgirán posiblemente formas alternas o simbióticas de conocimiento médico tradicional en jóvenes que emigren a las zonas urbanas, pero más como una cultura médica doméstica que como un cuerpo teórico—práctico de conocimientos originalmente estructurados, e indudablemente y por poco tiempo, permanecerán formas relativamente puras de ejercicio médico—tradicional en muy pequeños grupos indígenas que se irán nuevamente modificando en la medida en que la debacle tecnológica industrial, vía la televisión y el consumo, hagan de México un orgulloso país industrial y contaminado que maquile para los países “postindustriales—postmodernistas” las vituayas que les permitan, a éstos, vestirse y comer y, a nosotros, ganar un salario y pagar la deuda.

1. RAMIREZ, AXEL., 1978.
Bibliografía comentada de la Medicina Tradicional Mexicana (1900—1978).
Monografías Científicas III. Ed. IMEPLAM, México.
2. AGUIRRE BELTRAN, GONZALO, 1986.
Antropología Médica. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.
Ediciones La Casa Chata. México, pág. 13
3. Ibíd, pág. 40. Citando a Ackerknecht, Erwin H.
Primitive medicine's social function (1958)
y Benedict, Ruth; *Patterns of culture* (1934).
4. AGUIRRE BELTRAN, GONZALO.
La Medicina ilusoria de los negros, *Anuario de la Sociedad Folklórica de México*, 1:192 (1943).

— La medicina indígena, *América Indígena* 7:107—127 (1947).

— Programas de salud en la situación intercultural, Instituto Indigenista Interamericano.
México, (1955).

— Medicina y magia: el proceso de aculturación en la estructura colonial. Instituto Nacional Indigenista, México (1963).

— El rol de la medicina en las regiones de refugio, *Homenaje a Juan Comas* 1:23—77, Libros de México, México (1965).
5. ILLICH, IVAN.
Medical Nemesis: The expropriation of health.
Calder & Beyards, Londres (1975).
6. Informe de la Reunión Promoción y Desarrollo de la Medicina Tradicional. Serie de Informes Técnicos No. 662, Ginebra, OMS (1978).

7. LOZOYA, X.
Estado actual del conocimiento en plantas medicinales Mexicanas. Ed. IME-PLAM, México, 1976.
8. LOZOYA, X.
A decade of studies on traditional medicine and ethnobotany in Mexico.
Curare Sonderband, 3/85, 417—426 (1985).
9. FOSTER, H. HABERMAS, J. BAUDRILLARD J. y otros. *La postmodernidad*
Ed. Kairos. Barcelona. (1986)



*Medicina
y Cultura Popular
en México*

Biól. Arturo Argueta Villamar
Subdirector de Vinculación
Dirección General de Culturas Populares
Secretaría de Educación Pública
México, D.F.

1.1 Planteamiento globalizador

Daremos por supuesto aquí que no importa mucho si regionalmente hemos entrado, con retraso o no, al debate moderno sobre la reconfiguración de la historia, a la discusión sobre la noción de progreso y sus modelos o incluso a la descripción de las aportaciones antiguas y modernas de nuestras culturas en torno a los proyectos antagónicos para la transformación del mundo.

El viejo y nuevo problema de qué sigue en el desarrollo, no puede contestarse sin considerar los referentes en el tiempo y el espacio. Sucesivamente, desde finales de la década de los 60 ocupan la reflexión los cuestionamientos al desarrollismo, a los patrones de vida consumistas y las voces de alerta sobre la excesiva dependencia a Occidente.

Particularmente en nuestra región, la elaboración de la teoría sobre la imposibilidad de “cerrar la brecha” mediante la imitación, porque dicha brecha forma parte estructural de un modelo de desarrollo que aumenta las distancias en lugar de disminuirlas, hizo que se buscaran nuevas posibilidades, se inventaran otras alternativas y, como siempre, se volvieran los ojos hacia lo propio y hacia la historia.

Occidente mismo criticó los resultados obtenidos con la implantación de un sistema de atención a la salud altamente costoso y de dudosa eficacia, en tanto que una de sus vertientes derivó hacia el retorno a la naturaleza. Por el otro lado, el Tercer Mundo vio surgir a la vida independiente a numerosas naciones, lo que implicó entre otras muchas tareas urgentes, la de brindar atención para la salud a una población creciente. En el transcurso, se confirmó que existen millones de seres cuyas demandas de atención médica se inscriben en el ámbito de culturas específicas, que tanto el padecimiento, como su curación, y el manejo de los recursos involucrados se dan en el marco de estructuras y cosmovisiones distintas. Y se hizo evidente también que grandes, antiguos y valiosos sistemas y recursos para la atención a la salud, entre los cuales destacan la medicina ayurvédica hindú, la acupuntura china y el amplísimo bagaje herbolario latinoamericano, se hallan presentes en regiones donde siempre se quiso asumir que tales recursos no existían, o que si los había, tendrían que ser sustituidos por otros.

En el excelente ensayo de Carlos Zolla encuentro la mejor síntesis de las condiciones de ruptura del modelo dominante. “Es indudable que la medicina moderna

se interroga a sí misma (. . .) Situada en la intersección de problemáticas convergentes y distintas, la medicina es asociada y diferenciada, no sin paradoja, a la vida. Extensiva, se nutre de la ecología y de la economía, tanto como de la química, la biología o la física. Pero estas formas de asociación múltiple son, a su vez, la condena de la visión medicalista, organicista y positivista, su gran atalaya durante dos siglos”.¹

Para plantear algunos de los procesos de mayor relevancia en un amplio compás de tiempo, paso a hablar de la:

1.2 Historia e ideas previas en México

A grandes rasgos, y con riesgo de esquematizar demasiado, diríamos que la dinámica social de nuestro país ha hecho transitar a los sectores dominantes e ilustrados por un camino que comenzó en el asombro, siguió en la condena, continuó en la indiferencia, y quiso asentar en la extracción o expropiación de los recursos terapéuticos de los grupos indígenas y populares.

Creo que todos estamos de acuerdo en la clasificación que ha hecho Xavier Lozoya, de los cuatro momentos de acercamiento de los sectores ilustrados y científicos hacia la medicina indígena y popular en México. Estos son: el momento colonial que hoy nos permite tener noticia escrita del siglo XVI, el popular y botanista de finales del siglo XVIII, el positivista y naturalista de finales del XIX, y el actual que se inicia prácticamente en la séptima década, al final también, de este siglo XX.²

Percibo en la globalidad de este riquísimo proceso la existencia de múltiples tendencias, que se expresan de manera clara o implícita a través de tres vías:

1. La vía propia y la de la apropiación.
2. La vía de la extracción y la enajenación de los recursos.
3. La vía de la complementación y la articulación en el marco de un proyecto mayor.

La primera se expresa de manera implícita. Difícilmente podríamos encontrar un discurso elaborado, expresado y ampliamente conocido, proveniente de los sectores dominados. Casi siempre lo hace a través de intérpretes, a través de sus expresiones de resistencia y en su persistencia a seguir siendo. Aquí están las culturas médicas, regionales o no, que mantienen elementos del ámbito de lo propio, según

1. Zolla, C.: “La medicina tradicional mexicana y la noción de recurso para la salud” en: Lozoya, X. y C. Zolla (eds.): *La medicina invisible*. México, Folios Ediciones. 1983.
2. Lozoya, X. *Bibliografía básica sobre herbolaria medicinal en México*. México, SEDUE, 1984.

el modelo del control cultural que ha elaborado el Dr. Guillermo Bonfil³, que a partir de tal ámbito han resistido la imposición, o se han apropiado de elementos de otras culturas médicas con las cuales tuvieron y tienen contacto, y han innovado su propio arsenal terapéutico, sus concepciones y, por supuesto, sus especialidades terapéuticas.

La segunda, permeó en forma explícita todo el período colonial, en los dos grandes momentos del XVI y el XVIII, y durante el período del XIX propuso la expropiación, extracción y enajenación definitiva de la herbolaria popular al formular la propuesta, y dar muchos de los pasos definitivos hacia ella, para el establecimiento de una industria farmacéutica nacional a partir de la, así llamada, flora medicinal de México.

Finalmente la tercera, ha sido expresada en la propia medicina mestiza, doméstica, regional, popular; también en la obra de diversos personajes que hicieron textos populares de consulta, reflejando el proceso de síntesis que se estaba operando y proponiendo nuevos elementos al mismo; es, supongo, el amplio consumo de plantas medicinales, que forma parte de la cultura popular de todos los estratos sociales que integran este país, y en el discurso y proceso que se han iniciado en el último decenio, pero eso es asunto del siguiente subcapítulo, donde pretendo reseñar:

1.3 Las propuestas para una década (1976-1986)

Hacia 1976 teníamos en México la herencia de un profesor normalista, Maximino Martínez, que hizo botánica y que tomando la información sobre herbolaria medicinal del siglo pasado, la reelaboró a partir del socorrido recurso de la encuesta nacional. En su comunicación a la sesión de la Academia "Antonio Alzate", en el año de 1932, Don Maximino señala:

"Ultimamente tuve otra idea; solicitar la cooperación de los maestros rurales. Como se sabe, la Secretaría de Educación Pública sostiene un ejército de maestros esparcidos en lugares remotos del territorio nacional (. . .) Acudí al Sr. Prof. D. Rafael Ramírez, Jefe del Departamento de Cultura Indígena, quien encontrando de su agrado la idea, se prestó a girar circulares a esos maestros (. . .) (quienes) han accedido a mi petición y a la fecha he recibido centenares de plantas. (. . .) La colección a la fecha representa solo una pequeña parte (. . .) de algunos estados, principalmente Nayarit, Oaxaca, Chiapas y Veracruz, pudiendo afirmar que ascenderán a muchos millares si se consigue que manden de los otros Estados".⁴

3. Bonfil, G. *La teoría del control cultural en el estudio de los procesos étnicos*. (Manuscrito, 1986).

4. Martínez, Maximino, "Notas sobre la flora medicinal de México", *Memorias de la Academia "Antonio Alzate"*, tomo 52-53, 1932.

Independientemente de sus aciertos y errores, Martínez representa la continuidad de las obras realizadas sobre la medicina popular y un valioso puente entre dos etapas históricas.

Teníamos también como precedentes, los estudios de la antropología cultural que enfatizaban las creencias, lo simbólico y ritual, la descripción de los padecimientos entre las poblaciones indígenas y mestizas del país. Cabe hacer notar, que quien introduce en México los estudios de comunidad e inicia el manejo del concepto "folk", produce el primer trabajo antropológico sobre medicina rural. Como lo apunta claramente Beltrán, hacia 1928 aparece el trabajo de Robert Redfield titulado "Plantas curativas de Tepoztlán".⁵

Desde principios de este siglo, los médicos habían dejado de interesarse por las plantas y la medicina tradicional, y me parece que a pesar de los esfuerzos desarrollados en la Escuela Superior de Medicina Rural del IPN, muy poco quedaba de ello tres décadas después. Los farmacéuticos habían sucumbido, aplastados por el peso de dos nuevas profesiones (la química y la biología), y los farmacobiólogos, ahí donde tal profesión pudo subsistir, se dirigían a apoyar el modelo medicamentoso, o bien a hacer su contribución a la sustitución y complementación en cuanto a materiales terapéuticos en las diferentes regiones del país.

Supongo que en otras disciplinas hubo fenómenos similares, pero puedo hablar con certeza solamente de la botánica y de la antropología, donde se manifestaban propuestas muy claras para iniciar trabajos y estudios en direcciones distintas a las prácticas rutinarias de observación, colecta, descripción y listado.

Hacia 1976, algunos antropólogos y botánicos unieron esfuerzos para realizar el Simposio de Etnobotánica, el primero en México, que reunió a muy diversos especialistas y estudiantes, en un poco menos de 50 ponencias. La sección relativa a la Etnobotánica y la medicina tradicionales resultó concurrida, y creo que marcó el inicio de una nueva etapa en la intercomunicación de las diversas disciplinas ahí reunidas.

Cabe señalar aquí que los dos principales organizadores de tal evento se unen, poco después, a un proyecto mayor denominado en aquel tiempo Coordinación de Cultura Popular, a instrumentar los estudios sobre Etnobiología y Ecotécnicas.

El Dr. Alfredo Barrera, quien pocos meses antes había dado a la luz su valioso libro sobre la "Nomenclatura Etnobotánica Maya" que marca el inicio, como lo señala Xavier Lozoya⁶, de un nuevo periodo en el estudio de la flora nacional, inició la dirección del proyecto de Etnobiología, tratando de hacer realidad la reflexión que sobre el futuro de la etnobotánica mexicana pronunciara en el Simposio ya aludido: ". . .sigo pensando que el mejor etnobotánico sería aquel miembro

5. Aguirre Beltrán, G.: *Antropología Médica*. México, CIESAS-SEP, 1986.

6. Lozoya, X., op. cit.

de una minoría cultural que, formado como botánico y como etnólogo, estudiara desde dentro y como parte de la misma, el conocimiento tradicional, la significación cultural y el manejo y los usos tradicionales de la flora. Y sería todavía mejor —para él y para los suyos— si sus estudios pudieran servir para el beneficio económico y cultural de su propia comunidad”.⁷

Por estas fechas, y a partir de la intercomunicación surgida en el Simposio de Etnobotánica, los coloquios nacional e internacional que organizara el entonces IMEPLAM, la difusión de los documentos internacionales acerca de la medicina tradicional en el Tercer Mundo, etc., surgieron las propuestas relativas a la convalidación, la aceptación plena, la nueva interacción, la integración, el sistema paralelo, etc. En lo que sigue ahora, quisiera mostrarles a ustedes lo que hemos hecho en la Dirección General de Culturas Populares (DGCP), desde la época de tales planteamientos a la fecha, por lo que pasaremos a la siguiente sección.

1.4 La Dirección General de Culturas Populares y el balance de una década

No voy a abrumarlos con una historia institucional, pero sí quiero explicarles preliminarmente tres aspectos que me parecen básicos para ubicar los trabajos y enfoque que señalaremos después:

La DGCP nace como institución en 1977; pocos años antes, el término *cultura popular* era poco conocido en México. Contemporáneamente, UNESCO misma inició la difusión de materiales sobre la cultura no académica, la “no cultura”, la cultura subalterna, la cultura del pueblo.

Cuando se hablaba de esto en México, se lo hacía sinónimo de los más de 50 grupos étnicos, pero se borraba o ignoraba totalmente a la docena de robustas culturas regionales mestizas y a las culturas populares urbanas de la ciudad capital o de la región fronteriza del noreste, por citar solo algunos casos.

La DGCP surgió con una veintena de proyectos de investigación, entre los que estaba el de Etnobiología y Ecotécnicas ya mencionado antes, y que contemplaba una fuerte atención al tema de la Herbolaria y la Medicina Tradicional. La investigación no tendría sin embargo como fin último la publicación para los colegas, sino una serie de acciones más englobadas en dos grandes tareas que se denominaron Difusión y Animación Culturales. En ocasiones, al conjunto se le llamó Reversión, o bien se separaban los trabajos en Investigación y Promoción, en fin, la propuesta final era el incidir en el proceso de recuperación cultural de los propios grupos étnicos y populares y no solamente describirlo.

7. Barrera, A. “La Etnobotánica”, en: Barcena, A. et al (eds.) *Memorias del Simposio de Etnobotánica*. INAH, 1982.

El último aspecto que quiero que tomen en cuenta es el de que la institución se propuso, en la línea de la reflexión anotada por el Dr. Barrera, capacitar a los miembros de las comunidades étnicas y sectores populares del país para que se dedicaran al estudio y promoción de sus propios conocimientos y valores culturales.

Estos programas se iniciaron hace ya 8 años y hoy existen más de 150 promotores culturales bilingües y monolingües nucleados alrededor de las Unidades Regionales de Investigación y Promoción. Las tareas que cumplen estos promotores al lado de un equipo multidisciplinario de investigadores son muchas. Stefano Varese nos plantea que en la recuperación del tiempo histórico, de la imagen del territorio, en la explicitación de los conocimientos, incluida aquí la medicina, en la reapropiación de la palabra y finalmente en la búsqueda de la imagen objetiva de cada pueblo indio, replanteándose su proyecto civilizatorio y sometiéndolo al desafío de la dialéctica, están las cinco tareas que pueden permitirles a estos grupos retomar la iniciativa histórica.⁸

Rodolfo Stavenhagen, apunta que “El renacimiento de las culturas indígenas en México (. . .) se puede dar en dos niveles que necesariamente estarán ligados entre sí. El primero es el de una “élite” intelectual y cultural, generada por el estrato de maestros, profesionistas y universitarios de origen indígena (. . .) El otro nivel es el de la comunidad local”.⁹

Precisamente por esta relación necesaria es por la que cobra importancia la formación de los promotores que viven en su propia comunidad, y estudian y promueven sus propias culturas locales. Finalmente, Guillermo Bonfil lleva más adelante la propuesta de Alfredo Barrera y señala que “La formación de cuadros originarios de los diversos pueblos indios para desarrollar tareas orientadas a la autonomía cultural, es un paso indispensable y urgente”. Dice que las experiencias del Curso de Formación Profesional de Etnolingüística y los Cursos de Capacitación de Promotores Culturales Bilingües son dos esfuerzos que apuntan en tal sentido.¹⁰

Teniendo esto como marco general, paso a señalar los resultados y avances.

En prácticamente 9 regiones del país se han desarrollado actividades en forma constante, de 6 años a la fecha. Quintana Roo, Yucatán, Sur, Centro y Norte de Veracruz, Sonora, Michoacán, Norte y Noreste de Oaxaca son los sitios donde el modelo señalado ha sido puesto en práctica.

8. Varese, S.: “Recuperación cultural y capacidad de gestión étnica: la propuesta de las Unidades Regionales”. en: Reuter, J. (ed.) *Indigenismo, Pueblo y Cultura*. México, SEP, CNTE. 1982.

9. Stavenhagen, R. “La cultura popular y la creación intelectual”, en: González Casanova (coord.): *Cultura y Creación Intelectual en América Latina*. México, Siglo XXI. 1984.

10. Bonfil, G.: “Los pueblos indios, sus culturas y las políticas culturales”, en *Anuario Indigenista*. Instituto Indigenista Interamericano, Vol. XIV, diciembre 1985.

Los materiales obtenidos a la fecha son abundantes y muy diversos y básicamente los podemos agrupar en cuatro grandes temas:

1.- Los materiales curativos.

Aquí entran la mayoría de los trabajos relativos a plantas, animales, minerales y demás materiales curativos. Incluimos aquí a los recetarios populares, y todos los trabajos de interrelación entre vegetación, recursos naturales, milpa, solar y plantas medicinales. También hay estudios sobre los sistemas de clasificación y sobre la percepción y concepto de planta, sobre las dualidades en los materiales e incluso sobre los sistemas de intercambio y comercialización. Prácticamente no hay unidad regional que no haya ensayado su aproximación a la herbolaria.

2.- Los sistemas de curación y atención a la salud.

Bajo este tema hemos agrupado los trabajos sobre los procedimientos, que van desde, por ejemplo, la curación del piquete de víbora en la Chinantla Oaxaqueña, hasta el ensalmo contra el espanto en Mecayapan, Veracruz, pasando por los masajes y otros recursos curativos. Incluimos aquí, por su relación cercana, los sistemas y taxonomías sobre el cuerpo humano, el ciclo de vida, etc. Se incluyen asimismo las descripciones de los sistemas, considerados, “preventivos”; un área privilegiada la constituye los trabajos alrededor del embarazo y parto, de los cuidados pre y postnatales y, en general, sobre las enfermedades infantiles.

Cabe destacar también los estudios sobre la llamada medicina de transición, tema que se ha abordado sobre la base de las “trayectorias del enfermo”.

3.- Los padecimientos.

En este tema se inician todas las investigaciones a partir de la explicación de la causalidad, se establecen las toxonomías y se hacen las descripciones del cuadro global de enfermedades; se han hecho aproximaciones al tema desde las perspectivas de la nutrición y la higiene, se han enfatizado los estudios de algunos padecimientos que local o regionalmente presentan mayor preocupación para la gente, a través de las “Historias de la enfermedad” y, por supuesto, la correlación entre cosmovisión, ecología e historia.

4.- Los terapeutas.

Este es uno de los temas más socorrido para conocer la trayectoria profesional de curanderos, hueseros, parteras, brujos, pulsadores, espiritualistas, etc.; así como la relación entre el padecimiento y los niveles comunitarios de atención.

Al margen del corte temático, cabe señalar que también se han hecho trabajos históricos sobre la medicina regional de los periodos prehispánico y colonial.

A partir de todo esto, y no como pasos sucesivos sino también simultáneos, se ha producido una gran cantidad de actividades de difusión y promoción que intentaremos resumir de la siguiente manera:

- 1.- Actividades de sentido unidireccional.
Difusión de textos escritos, programas de radio y obras de teatro sobre el tema.
- 2.- Actividades de sentido bidireccional.
Exposiciones itinerantes de plantas medicinales y encuentros de tradición oral sobre medicina tradicional.
- 3.- Actividades de elaboración colectiva.
Establecimiento de jardines de plantas medicinales, talleres comunales sobre nutrición, medicina tradicional y salud. Museos y Centros Culturales Comunitarios, donde la medicina ocupa un espacio importante.

Una buena cantidad de estos trabajos y actividades han podido ser realizados por la estrecha colaboración con instituciones a las que guardamos un profundo reconocimiento, entre ellas la Unidad de Investigaciones sobre Medicina Tradicional y Desarrollo de Medicamentos del IMSS; el Instituto Nacional Indigenista; el Instituto Nacional de la Nutrición; el Instituto Nacional de Investigaciones sobre Recursos Bióticos, diversas Universidades de provincia y organizaciones que se reconocen como indígenas o mestizas que trabajan sobre el tema en diferentes lugares del país.

1.5 Las articulaciones entre medicinas

Las ideas sobre la complementariedad y la articulación entre las medicinas requiere, sin duda, esfuerzos en las áreas de la investigación, la docencia y el servicio. Pero también en las de las políticas culturales, las políticas de salud, la enseñanza formal e informal, y los medios de difusión.

Requiere también de la manifestación regional, allí donde las condiciones y la conjugación de esfuerzos lo hagan posible. Esto se ha señalado en México y América Latina como parte de las políticas de etnodesarrollo.

De la “Declaración de San José sobre el Etnocidio y el Etnodesarrollo”, resultado de la reunión técnica internacional convocada por UNESCO y FLACSO a finales de 1981, extraigo algunos elementos de la definición del Etnodesarrollo.

“Entendemos por Etnodesarrollo la ampliación y consolidación de los ámbitos de cultura propia mediante el fortalecimiento de la capacidad autónoma de decisión de una sociedad culturalmente diferenciada para guiar su propio proyecto de desarrollo. . .”¹¹

En nuestro país existe ya un reconocimiento y legitimación claros del pluralismo étnico en el seno de la sociedad nacional. Se señala en los documentos oficiales que la diversidad étnica y cultural del país es un recurso potencial de enorme valía; que las culturas populares son, en verdad, un vasto reservorio de alternativas y recursos culturales para resolver problema tales como los de la salud y la alimentación, y cuya importancia, además, se acrecenta en etapas de crisis.

La afirmación explícita en el Plan Nacional de Desarrollo 1983 — 1988 de que la cultura no debe ser considerada de manera marginal, sino que “. . .deberá contribuir a orientar el sentido mismo del desarrollo”, se complementa con la estrategia de ampliación de los márgenes del Federalismo, el que, según se señala, “. . .se fortalece con una vida cultural mas equilibrada, con la descentralización y el apoyo a las culturas de las regiones, de los estados, y de los municipios mismos”.¹²

La DGCP, investiga, difunde y promociona los saberes tradicionales, entre ellos los de la cultura médica popular, entendiéndolos como instrumentos para procurar un desarrollo, no ficticio, sino acorde a las potencialidades y recursos propios, de amplias regiones del país.

La viabilidad de este tipo de desarrollo puede analizarse en función de nuestra propia historia, y también en función de las políticas internacionales, por lo que en el siguiente subinciso, último de mi intervención, intento apuntar algunas líneas en este sentido.

1.6 Medicina Tradicional en el marco del desarrollo culturalmente apropiado

Espero y deseo que los esfuerzos de la década que hoy estamos abordando nos eviten caer en los diálogos de sordos. Construir un proyecto de desarrollo de las medicinas tradicionales, étnicas, regionales y de una medicina mexicana, debe ir por un análisis que se aleje de las falsas dicotomías.

Ya hace algún tiempo los sociólogos latinoamericanos nos mostraron claramente las diferencias entre desarrollismo y desarrollo, y hoy podemos decir que existe un abismo entre modernismo y modernidad.

11. Bonfil, G.M. Ibarra; S. Varese. *et al.*: *América Latina; Etnodesarrollo y Etnocidio.*, Ed. FLACSO, San José, Costa Rica. 1982.

12. *Plan Nacional de Desarrollo, 1983 — 1988.* Poder Ejecutivo Federal. Secretaría de Programación y Presupuesto. México, 1983.

El modernismo es expresión clara de la hegemonía, la interiorización del “permanente retraso” por parte de las dóciles periferias, mientras que la modernidad buscaría, precisamente, asegurar el mantenimiento de la especificidad durante la transformación y, más aún, la identidad y el aprovechamiento de los potenciales específicos para esta misma transformación.

Es en resumidas cuentas, usando las palabras de Anouar Abdel—Malek “. . .una combinación entre la especificidad nacional—cultural y la transformación radical”.¹³

Cuando hace 10 años se inició la formulación sobre el desarrollo alternativo, o el otro desarrollo, configurado como propuesta frente a las estrategias de las 1a. y 2a. décadas para el desarrollo, elaboradas por las Naciones Unidas, se llegó a establecer como elementos básicos del “modelo”, los siguientes atributos: orientado según necesidades, endógeno, autosuficiente, ecológicamente solvente y basado en transformaciones estructurales.¹⁴ Para Fernando Henrique Cardoso, “el concepto y la meta estratégica que resume esta forma de desarrollo es el de *autonomía*”.¹⁵

La expresión mexicana de ello la encuentra en la reciente elaboración de Bonfil Batalla: “Las políticas culturales deberían ser definidas y puestas en práctica por los propios pueblos indios. Serían un ejercicio permanente de control cultural, encaminado a la recuperación en mejores condiciones para impulsar los procesos de invención y apropiación. Esto implica autonomía: no más una política cultural para los pueblos indios sino las políticas culturales de los pueblos indios”.¹⁶

Importa ahora construir una ecuación nacional donde uno de los factores no tienda a cero, ni se suprima o sacrifique en aras de un nuevo expediente homogeneizador.

Tal tarea es importante y urgente. Debemos dar pasos firmes hacia tal objetivo pues podría ocurrir, pasado el tiempo, lo que con tristeza dice el personaje principal de esa magnífica novela de Alejo Carpentier titulada *Los Pasos Perdidos*: “Un día cometemos el irreparable error de desandar lo andado, creyendo que lo excepcional pueda serlo dos veces y al regresar, encontramos los paisajes trastocados, los puntos de referencia barridos, en tanto que los informantes, han cambiado su semblante. . .”¹⁷

Los pueblos indios, las culturas populares, históricamente perseverantes, esperan ahora nuestro mejor esfuerzo.

13. Abdel — Malek. Anouar.: “Del desarrollismo a la búsqueda de la civilización”, *Civilización*. CADAL. No. 3, febrero 1985.

14. Nerfin, Marc. “Introducción”, en: Nerfin, M. *Hacia otro desarrollo; enfoques y estrategias*. Siglo XXI Editoriales. México 1978.

15. Cardoso, F.H. “Hacia otro desarrollo”, en: Nerfin, M. *Ibid.*

16. Bonfil, G. “Los pueblos indios, sus culturas y las políticas culturales”, en *Anuario Indigenista*, I.I.I., vol. XIV, diciembre 1985.

17. Carpentier, Alejo: *Los Pasos Perdidos*. Bolsilibros Unión. UNEAC. La Habana, 1969.

*Medicina Indígena
en la
Península de Yucatán*

Dr. Gilberto Balam Pereira
Investigador en Medicina Tradicional
Instituto Nacional Indigenista
México, D.F.

En el Seminario de Capacitación organizado en Mérida, Yucatán en abril de 1985 para el personal de salud del Instituto Nacional Indigenista (I.N.I.), se consideraron tres tipos de atención curativa:

- 1.- La que se guía por el pensamiento mágico.
- 2.- La empírica que no tiene sistema ni resultados verificables.
- 3.- La científica que se basa en la comprobación de resultados y que sí tiene sistema.

Los médicos del I.N.I. hemos observado a través de nuestro trabajo en las comunidades, que la medicina indígena, a veces llamada tradicional o empírica, sí tiene sistema y una estructura organizada de pensamiento que incluye: semiología, propedéutica, diagnóstico, posología y entidades nosológicas. Comprende también especialidades atendidas por yerbateros, sobadores y hueseros que constituyen el recurso humano de que dispone la comunidad indígena para la atención de la salud.

Interrogados 180 indígenas enfermos, el 70% aseguraron haberse curado o aliviado con la atención del curandero tradicional. Y no se requiere exigir demostraciones científicas de tales resultados. Lo que cuenta para el enfermo es el resultado mismo. Esta práctica curativa cuya validez no tiene nada que demostrar ha sobrevivido a través de los años y constituye un hecho avalado por benéficos resultados para el enfermo indígena, en lo biológico y espiritual.

No vemos la medicina tradicional sólo como una alternativa de las carencias médicas en la comunidad indígena. La medicina tradicional es una realidad tangible con su propia razón de existir. Haya o no servicio médico institucional en la comunidad, sus miembros acudirán al "men", "xamán" o comadrona en demanda de consulta. El papel de los curanderos en la comunidad no puede ser suplantado.

En los Centros Indigenistas estamos estableciendo viveros de plantas medicinales a fin de lograr una mejor comunicación con el grupo étnico, toda vez que el monte natural de plantas curativas que se desarrolla entre sombra, humedad y en un ambiente casi mágico no podrá ser sustituido por viveros artificiales ni el médico podrá competir con el carisma mítico y religioso del curandero experimentado.

Estos viveros son parte del programa de rescate cultural que desarrolla el I.N.I. en virtud de que dichas plantas como fuentes de alcaloides, esteroides, glucósidos, saponinas, etc., han sido aprovechadas por la industria farmacéutica y vueltas a las comunidades de origen en costosas presentaciones de patente.

Cerca de 900 especies de plantas se usan en el comercio norteamericano de drogas. En 1980 y 1981 México importó 35,464 toneladas de antibióticos, mezclas para productos farmacéuticos, medicamentos y materiales de curación con un valor de 240.5 millones de dólares, suma que se elevó en 1984 a 400 millones de dólares. Salta a la vista el riesgo biológico y económico que representa la penetración consumista de las empresas farmacéuticas y de la llamada ciencia farmacológica, hoy más al servicio de intereses económicos que al verdadero bienestar de la colectividad.

Lamentablemente muchos estudios de médicos e investigadores en el campo bioquímico de la herbolaria indígena son aprovechados en beneficio de las empresas transnacionales.

Medicinas paralelas.— Tratamos de ubicar en su justa dimensión las prácticas curativas tradicionales y nos interesa conocer sus límites en un universo más amplio de conocimiento sobre la relación salud—enfermedad.

Los médicos del I.N.I. en la Península de Yucatán hemos desarrollado programas de capacitación a los médicos indígenas en apoyo a sus prácticas tradicionales. El sentido del programa educativo es el de “medicinas paralelas”, es decir, la investigación y el apoyo de la medicina tradicional y simultáneamente la enseñanza de los primeros auxilios, la higiene individual y colectiva, las inmunizaciones, la planificación familiar, la atención del parto, las bases de la nutrición y la organización social a fin de que los curanderos participen en los programas de dotación de agua y de la producción de alimentos con técnicas tradicionales. Tal es el contenido principal de la capacitación que estamos realizando en las poblaciones indígenas mayas, entre las que nos ha interesado difundir las medidas de medicina preventiva y hacerlas más participantes en la atención primaria de la salud, a través del curandero maya.

La bondad de la medicina tradicional es sobre todo de índole curativa y muy escasamente preventiva.

También se ha hablado del posible efecto psicosomático de la medicina indígena. Pero ¿dónde comienza el umbral de lo psicológico y dónde la acción biológica de esta medicina? Insisto, el único parámetro aceptado es el resultado real de cualquier terapéutica, aún de la más moderna.

De los recursos eficaces de la medicina indígena tomamos en cuenta no sólo el posible contenido curativo de las plantas y prácticas como el masaje, las tracciones y la acupuntura, sino también la acción que ejerce sobre la mente y la conducta del enfermo principalmente la autosugestión derivada de la confianza que inspira el curandero.

A esto se añaden sencillas recomendaciones prácticas relativas al reposo y la dieta, útiles para aliviar la tensión del paciente y fortalecer sus mecanismos de defensa.

Equivalencias

Durante los encuentros de los curanderos, se ha propiciado el intercambio de conocimientos y experiencias, lo que ha permitido el registro de numerosas plantas usadas en determinados padecimientos.

Para iniciar los aspectos de capacitación de los curanderos debíamos partir de algunas equivalencias de conocimientos a efecto de una mejor comunicación.

Se citan ejemplos:

1) de algunas dolencias

| CONCEPTO INDIGENA | CONCEPTO OCCIDENTAL |
|---------------------------|---|
| Yaj—ich (dolor de ojo) | Conjuntivitis |
| Tusik | Asma, bronquitis |
| Chot—nak | Cólico |
| Mal viento | Psicosis |
| Hechizo | Eclapsia, epilepsia |
| Sudor frío | Resfriado común con hipertermia y diaforesis |

2) de algunas plantas medicinales

| NOMBRE MAYA | NOMBRE EN ESPAÑOL | NOMBRE CIENTIFICO | USO |
|-------------|-------------------|------------------------|--|
| XUKUL | VERDOLAGA | PORTULAGA OLERACEA | DISENTERIA, VERMIFUGO |
| NEMA'AX | RABO DE MICO | BIGNOMIA DIVERSOFILIA | DISENTERIA, PUJOS Y COLICOS |
| BALCHE | PITARRILLA | LONCHOCARPUS VIOLACEUS | PALUDISMO ("cuartanas") |
| KABALHAWCHE | YERBA SANTA | DORSTENIA CONTRAJERVA | ANTIVIPERINO, COLICOS |
| KUTZ | TABACO | NICOTIANA TABACUM | PARESTESIAS BUCALES, DOLOR DE MUELAS; REUMATISMO |
| K'OOCH | HIGUERILLA | RIGENUS COMUNIS | ANTIINFLAMATORIO; PURGANTE, INDUCTOR DEL PARTO |

Conclusiones

1.- El I.N.I. en la Península de Yucatán está realizando un programa de rescate cultural de plantas medicinales usadas en el medio indígena.

2.- Como parte del programa cultural se promueven encuentros de curanderos tradicionales en el área maya para propiciar entre ellos el intercambio de experiencias.

3.- Médicos bilingües de la Institución imparten a los curanderos conocimientos básicos y actualizados sobre medicina preventiva y atención primaria de salud.

4.- Se pretende que los curanderos tradicionales participen activamente en los planes institucionales de salud y a la vez conserven y difundan los valores de la medicina indígena.

5.- Desde el punto de vista de la economía la medicina tradicional se ve como una alternativa de la atención a la salud en el medio indígena ante la grave escasez de recursos. El enfoque culturalista se limita al rescate de la medicina indígena, al registro de la etnobotánica y al enlistado de prácticas curativas.

Actualmente en el I.N.I. consideramos la medicina indígena como componente de un contexto social y tratamos de definir los conceptos relacionados con el problema para analizarlo y resolverlo mediante el estudio de la realidad objetiva de las comunidades.

Bibliografía

- 1.- “Comercio Exterior”, Revista. Oct. 1981. Pág. 1214 México.
- 2.- Krieg B., Margaret. “Medicina Verde”. Cía. Ed. Cont. S.A. 1968.
- 3.- “Prácticas Médicas Tradicionales de los Altos de Chiapas”. Informe del Centro Coordinador Tzeltal Tzotzil, INI. San Cristóbal las Casas, Chis. 1981.
- 4.- Informe de Actividades de los Centros Coordinadores Indigenistas de Sotuta, Yuc., y de Calkiní, Camp., 1983.
- 5.- Antochiw, M. Comunicación personal.
- 6.- Manzanilla M., P. “Flora Medicinal de Yucatán”. Medicina Tradicional, Revista de IMEPLAM, Año 1, No. 2—1977.
- 7.- Osado, R. “El Libro del Judío”. Medicina Doméstica; copia mimeografiada s/f.
- 8.- Abán, César A. “Las plantas Medicinales”. Informe mimeografiado. 1983.
- 9.- Cáceres A., Sapper D. “Estudios sobre la Medicina popular en Guatemala”. Medicina Tradicional, revista de IMEPLAM, Año I, No. 2, 1977.
- 10.- Dzul P., Reina. “Medicina Tradicional en X'alau”. Informe mimeografiado. SEP—INEA, 1983.
- 11.- Mukul Ch., Filiberto. “La Medicina Tradicional vista en la Comunidad Chak-sikin”. Informe mimeografiado. 1983.

*Experiencias de
la interrelación de la
Medicina Tradicional
y el Programa
IMSS-COPLAMAR*

Dr. Ricardo Moreno Santos
Jefe del Departamento. Sección de
Acción Comunitaria
IMSS—COPLAMAR
México, D.F.

El desarrollo de la seguridad social en México se ha caracterizado por una constante adecuación de sus principios filosóficos a la realidad del país y por el propósito permanente de ampliar su cobertura a los grupos de población más desprotegidos.

Con base en esta idea, en mayo de 1979 el Gobierno Federal y el Instituto Mexicano del Seguro Social firmaron un convenio con el fin de brindar atención médica a más de 10 millones de habitantes de las zonas rurales marginadas, donde se encuentran numerosas localidades habitadas por campesinos pobres pertenecientes a diversos grupos étnicos.

Los principales problemas que se enfrentaban para la extensión de los servicios médicos al medio rural era la dispersión de la población, los deficientes medios de comunicación, el bajo nivel de vida, las diferentes culturas y las distintas formas de entender el proceso salud—enfermedad, todo lo cual limitaba la aceptación de los servicios institucionales. Además de los problemas para la construcción, el funcionamiento y el aprovechamiento de las instalaciones médicas, se tenían dificultades para la capacitación y contratación de personal médico y paramédico y otras de índole administrativa así como de elevados costos de operación.

La justificación para asignar al IMSS la responsabilidad del Programa IMSS—COPLAMAR, se sustentó en su experiencia de 40 años en la atención a la población productiva asignada y en los 5 años de operación del Programa de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria.

El apoyo de la infraestructura técnica y administrativa del IMSS hizo posible construir, equipar y operar en un período de 3 años, 2,715 unidades médicas rurales y 30 hospitales rurales, mismos que se sumaron a las 310 unidades médicas y 30 hospitales rurales que ya funcionaban desde 1975, lo que dio un total de 3,025 unidades médicas rurales y 60 hospitales rurales “S” para atender a 18 millones de habitantes.

Hasta aquí se habían logrado solucionar los problemas que se tenían para brindar los servicios médicos —principalmente de accesibilidad geográfica y económica—; sin embargo, en las zonas donde predominan los grupos étnicos, la demanda de

consulta era baja, por lo que era necesario lograr que estos servicios fueran aceptados por la población, que de alguna manera había venido resolviendo sus problemas de salud con sus propios recursos tradicionales.

Se partió de la recomendación dada por la OMS a los países miembros en su declaración de Alma-Ata, en 1978, para alcanzar la salud para todos en el año 2000 y materializada en el Modelo de Atención Integral a la Salud que implantó el Programa IMSS-COPLAMAR, con el propósito de incorporar los recursos con que cuentan las comunidades mediante la amplia participación de la población en la solución de sus problemas de salud.

Ante la necesidad de adecuar los servicios de salud a la población, en 1982 las autoridades de IMSS-COPLAMAR iniciaron actividades de interrelación de la medicina tradicional con los servicios médicos del Programa IMSS-COPLAMAR bajo los siguientes lineamientos:

- Adecuar los servicios de salud a la población rural marginada, específicamente a los grupos étnicos donde el proceso salud-enfermedad es concebido y resuelto de manera distinta, facilitando así la aceptación de los servicios médicos.
- Utilizar los recursos para la salud tanto humanos como materiales que la población rural ha empleado en forma tradicional y que han demostrado su eficacia, ampliando de esta manera la cobertura y llevando a la práctica los postulados de atención primaria.
- Que el médico de IMSS-COPLAMAR vea con respeto la práctica de la medicina tradicional, sus nosologías y sus recursos, conviviendo en un plano de igualdad e intercambiando conocimientos con los terapeutas tradicionales.
- Lograr una mayor participación comunitaria por medio de los recursos humanos para la salud que han trabajado tradicionalmente en la comunidad.

Estas actividades se iniciaron con un proyecto piloto llevado a cabo en el Estado de Chiapas, bajo la asesoría de la Unidad de Medicina Tradicional y Herbolaria del IMSS.

En esta primera fase se motivó y capacitó a los médicos de unidades médicas rurales sobre los aspectos básicos de la medicina tradicional por medio de conferencias y talleres de discusión, con el apoyo de material bibliográfico. En las áreas sede y de acción intensiva de las Unidades Médicas Rurales se realizó una encuesta para identificar a los terapeutas tradicionales, conocer sus recursos terapéuticos de herbolaria así como el nombre de los padecimientos más frecuentes de la medicina tradicional; asimismo, se inició la creación de jardines botánicos en algunas unidades médicas rurales.

Todas esas actividades fueron llevadas a cabo con apego a los principios de respeto y reconocimiento hacia los terapeutas tradicionales, los cuales gozan de amplia aceptación entre la población amparada por el Programa IMSS-COPLAMAR.

De esta manera el personal institucional comenzó a establecer relaciones con los terapeutas tradicionales para obtener mutuo respeto y reconocimiento, comunicarse mejor con la población y progresivamente adecuar los servicios otorgados a las necesidades y características de la población.

Durante este mismo año, a invitación del Instituto Nacional Indigenista, se participó en encuentros con médicos tradicionales para la discusión de temas afines, como son el diagnóstico oportuno de enfermedades y la utilización de recursos terapéuticos tradicionales.

Después de esta experiencia, y de acuerdo con los resultados obtenidos mediante la aplicación del programa piloto en Chiapas, las autoridades de IMSS—COPLAMAR decidieron aplicarlo a nivel nacional, con asesoría de la Unidad de Medicina Tradicional y Herbolaria del IMSS.

Durante el período 1983—84, y dentro de esta segunda fase, a nivel nacional se realizaron las siguientes actividades: el personal de las unidades médicas rurales aplicó tres encuestas para conocer los recursos humanos para la salud no institucionales, las plantas de uso medicinal y las causas más frecuentes de enfermedad y muerte de la medicina tradicional. Gracias al entusiasmo del personal de salud, se integró a escala nacional un directorio de terapeutas tradicionales, clasificándolos por especialidad, identificación nominal de los 10 padecimientos tradicionales más frecuentes por entidades federales y los nombres de las plantas de uso medicinal.

Con el propósito de brindar información a los médicos de UMR sobre las características de las prácticas médicas tradicionales, la UMTH elaboró cinco documentos de trabajo que contienen aspectos conceptuales sobre medicina tradicional y políticas de salud. El Programa IMSS—COPLAMAR reprodujo 3,500 ejemplares de cada uno de ellos y los distribuyó a los niveles operativos.

De acuerdo con los postulados de atención primaria —encontrar en la medicina tradicional recursos terapéuticos útiles—, se realizó el estudio sobre la eficacia terapéutica de la guayaba y el gordolobo como antidiarreico y antitusígeno, respectivamente, comparados con el uso de Caolin—Pectina y Dextrometorfan. El resultado fue que no se encontraron diferencias significativas en el uso de los recursos terapéuticos objeto de la comparación.

En 1985, con el propósito de consolidar las actividades de interrelación, se elaboró una guía que permitió la sistematización de la capacitación en servicio del personal de la UMR, así como de los asesores auxiliares y del equipo multidisciplinario delegacional.

Esta guía se dividió en 5 desempeños, los cuales persiguen los siguientes objetivos:

Desempeño No. 1

Identificar a los terapeutas tradicionales que ejercen en el área de influencia de la UMR. Para cumplir con este desempeño, el personal médico realizó tres talleres para conocer el marco de referencia de la medicina tradicional y algunas características de los curanderos y parteras empíricas de México. El personal de la UMR, habiendo revisado y actualizado la primera encuesta nacional de recursos humanos para la salud no institucionales, elaboró el directorio de terapeutas tradicionales de la UMR.

Desempeño No. 2

Identificar los padecimientos tradicionales más frecuentes en el área de influencia. Para cumplir con este desempeño, el personal de la UMR realizó un taller para conocer algunas características de las nosologías de la medicina tradicional y revisó y actualizó la encuesta nacional para elaborar la lista de nombres de padecimientos más frecuentes. Se buscaron semejanzas nominales de los padecimientos atendidos por la medicina tradicional y la institucional; ejemplo: mollera caída igual a deshidratación.

Desempeño No. 3

Identificar las plantas de uso medicinal más frecuentes en el área. Para este desempeño, el personal médico organizó un taller sobre la importancia de la herbolaria medicinal en México; revisó y actualizó la encuesta de plantas de uso medicinal y coleccionó algunas de ellas en cartulinas, que incluyen el nombre de la planta, el uso a que se destina y la mención del que participó en la colecta.

Desempeño No. 4

Invitar a los terapeutas tradicionales a intervenir como consejeros en la UMR. Con este objeto el personal de la UMR seleccionó a los terapeutas tradicionales que gozan de reconocimiento entre la población, tienen buena disposición hacia la UMR, y pueden aclarar, aconsejar o enseñar al personal de salud sobre aspectos de medicina tradicional acordes con la cultura de la población.

Desempeño No. 5

Actividades con los consejeros de medicina tradicional de la UMR. Para este desempeño se emprenden las siguientes actividades: diálogo con los consejeros de medicina tradicional; estrechamiento de las relaciones de reconocimiento de su práctica médica en un ambiente de mutuo respeto; visitas a los consejeros en su domicilio para informarles respecto de las actividades de interrelación entre ambas prácticas médicas que se han realizado en la unidad y visitas recíprocas de los consejeros a las UMR.

Para la evaluación de estos desempeños, la Coordinación General recibe información de las delegaciones sobre el grado de avance de los mismos. Para finales de 1985 se obtuvieron los siguientes porcentajes en el grado de aplicación por delegación, mismos que van desde el 10% de las unidades que cumplieron satisfactoriamente hasta el 100%, observándose como promedio nacional 30%. Esto indica que el proceso no es sencillo y que se requiere de un gran esfuerzo para dar continuidad a las acciones, por lo que la Coordinación General del Programa IMSS—COPLAMAR ha incluido en el curso de introducción al puesto de los pasantes de medicina en servicio social un módulo sobre las actividades de interrelación con la medicina tradicional.

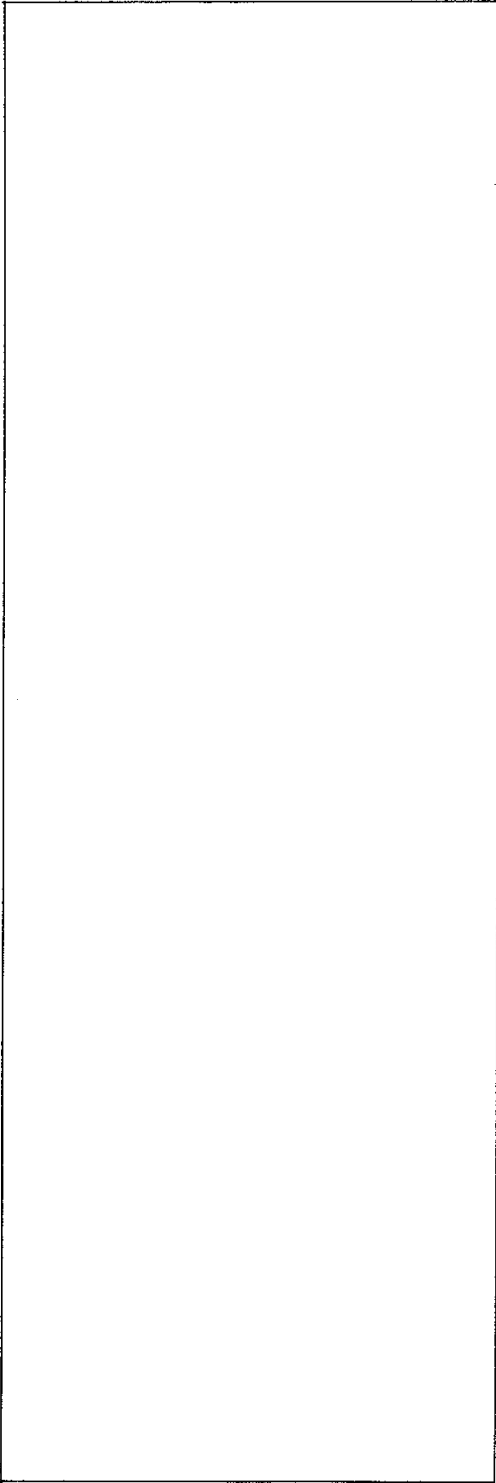
Asimismo, será necesaria una constante asesoría y capacitación al personal operativo, ya que uno de los grandes obstáculos que se tiene para consolidar las actividades de interrelación es el personal médico de las UMR, el cual es becario y cambia cada año.

Hasta el momento, los logros que se han alcanzado con el Programa de Interrelación se reflejan en que muchos de los médicos de IMSS—COPLAMAR:

1. Conocen a los terapeutas tradicionales que viven en sus comunidades.
2. Ven con respeto la práctica de estos terapeutas tradicionales.
3. Reconocen las principales enfermedades que atiende la medicina tradicional y conocen los recursos herbolarios y terapéuticos más utilizados.

Bibliografía

- Modelo de Atención Integral a la Salud del Programa de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria.
Bases Jurídicas, Conceptuales y Ambito de Acción. Agosto, 1984.
- Diagnóstico de Salud en las Zonas Marginadas Rurales de México.
Publicaciones IMSS. 1a. Ed. 1983.
- Xavier Lozoya y Carlos Zolla. Documentos de Trabajo: La Medicina Tradicional y Salud en México.
 1. La Medicina Tradicional y el Médico del IMSS COPLAMAR.
 2. La Medicina Tradicional y las Políticas Mundiales de Salud.
 3. Curanderos y Parteras en la Medicina Tradicional de México.
 4. Entidades Nosológicas de la Medicina Tradicional de México.
 5. Importancia de la Herbolaria en la Medicina Mexicana.
- Xavier Lozoya y Carlos Zolla. Editores: La Medicina Invisible: Introducción al Estudio de la Medicina Tradicional de México.
Folio—Ediciones 1a. Ed. 1983.
- Guías para consolidar las actividades de interrelación de la medicina tradicional con el Programa IMSS COPLAMAR.
 - . Desempeño I.- Identificar a los terapeutas tradicionales que ejercen en el área de influencia de la UMR.
 - . Desempeño II.- Identificar los padecimientos tradicionales más frecuentes en el área.
 - . Desempeño III.- Identificar las plantas de uso medicinal más frecuentes en el área.
 - . Desempeño IV.- Invitar a los terapeutas tradicionales a participar como consejeros de la UMR.
 - . Desempeño V.- Actividades con los consejeros de medicina tradicional de la UMR.



Conclusiones

A continuación se presentan las conclusiones y propuestas que los grupos de trabajo aportaron como resultado de las deliberaciones sostenidas durante varias sesiones de análisis.

Son tres los capítulos en que han sido divididos los temas de estudio por desarrollar en los países latinoamericanos.

- A. Lineamientos y proposiciones relativos a la *investigación* en Medicina Tradicional.
- B. Lineamientos y proposiciones respecto a la *educación* de los trabajadores de la Salud, considerando la necesidad de incorporar el conocimiento de la Medicina Tradicional a su formación profesional.
- C. Lineamientos y proposiciones para definir una estrategia de *interrelación* con miras futuras entre las medicinas oficiales y tradicionales aplicadas a la atención de la salud.

A. Investigación en Medicina Tradicional

Aspectos generales

El constante mejoramiento en los niveles de salud individual y colectiva es el objeto final de las investigaciones que en esta materia sean emprendidas por todos aquellos capaces de aportar su contribución al respecto. Por tratarse de un campo tan vasto como complejo, la obtención de resultados valederos requiere la colaboración interdisciplinaria de personal calificado. Corresponde al Sector Salud dirigir las acciones conforme a las políticas de desarrollo vigentes en el país —tanto las nacionales como las propias del Sector— y coordinar las de otros organismos e instituciones oficiales y privadas cuya participación es también necesaria. Se incluyen aquí, además de varios sectores de la administración pública, instancias diversas entre las que destacan las de índole educativa, que vayan desde los grados elementales hasta los superiores con el propósito de hacer llegar su influencia al seno mismo de la comunidad.

El papel destacado que la Medicina Tradicional ha desempeñado por largos años en la atención a la salud de los países latinoamericanos y la importancia aún mayor que por razones bien conocidas reviste en la actualidad, señalan la necesidad de incluir programas de investigación sistemática sobre la misma dentro de las políticas de salud.

Una empresa de tal magnitud no es fácil de realizar y encara en primer término el problema de financiamiento, considerablemente agravado en América Latina durante los últimos años. En este sentido una campaña informativa y de persuasión bien dirigida conducirá al hallazgo de fuentes proveedoras de fondos que inteligentemente asignados en estricto orden de prioridades ayuden a superar el obstáculo. Asimismo, los investigadores de América Latina al comunicarse entre sí la existencia de fuentes comunes de financiamiento lograrán mejores perspectivas. Esta información interamericana incluirá obviamente lo relativo a las investigaciones que en cada país se llevan a cabo. Se formará así un banco de datos de indiscutible utilidad cuya existencia supone una tarea similar previamente realizada en cada país.

La difusión de los resultados obtenidos por tales investigaciones sólo cumplirá su cometido si llena ciertos requisitos: 1) *Oportunidad*, que asegure su vigencia ac-

tual y no resulte extemporánea; 2) *Amplitud*, que permita su acceso a organismos internacionales, instituciones oficiales, centros educativos, entidades públicas y privadas y lo que es más importante, a la población en general, sobre todo a la de las zonas rurales; 3) *Asimilable*, para lo cual habrá de revestir la modalidad que en cada caso exija el público al cual va dirigida: el lenguaje y los medios destinados a los círculos científicos serán distintos a los utilizados en la información que se haga llegar a las comunidades urbanas y rurales.

La investigación relativa a la Medicina Tradicional deberá dirigirse a conocer y analizar el impacto que los sistemas de salud regionales y nacionales ejercen sobre la vida de las poblaciones como parte de la respuesta social a la enfermedad.

Es en el estudio de los sistemas de salud tanto del modelo hegemónico como de las otras formas excluidas o sobreañadidas donde será posible obtener el marco de referencia que guíe las investigaciones.

La respuesta institucional, las tradiciones médicas, las estructuras educativas e incluso la epidemiología de las enfermedades distan de ser algo homogéneo en los países de América Latina; sin embargo, en todos ellos se identifican procesos cuyas analogías señalan las líneas de investigación que han de seguirse.

Tales líneas son a nuestro juicio las siguientes: 1) Interrelaciones entre Medicina Tradicional y Medicina Oficial; 2) Recursos Humanos de la Medicina Tradicional; 3) Causas de demanda de atención de la Medicina Tradicional; 4) Recursos terapéuticos de la Medicina Tradicional; 5) Políticas legales relativas a la Medicina Tradicional.

1. Interrelaciones entre Medicina Tradicional y Medicina Oficial

Toda investigación de este género implica el conocimiento de los sistemas operantes en los límites espaciales del área elegida (ya sea local, regional o nacional) como asiento de la investigación.

Una vez identificados los sistemas se tratará de averiguar los rasgos característicos de cada uno de ellos, tales como: fundamento conceptual, significación cultural y social, recursos disponibles, modalidades y procedimientos de aplicación, magnitud y naturaleza de la población atendida, motivos y frecuencia de atención otorgada, y, finalmente, resultados obtenidos.

Esta información constituye el punto de partida obligado de cualquier análisis comparativo que se emprenda entre el sistema o los sistemas de Medicina Tradicional y el modelo hegemónico.

De la comparación que se establezca surgirán los temas por investigar tocante a las mutuas relaciones dignas de estudio que se presenten.

Algunos de dichos temas se señalan a continuación:

- 1.- Conceptos que respectivamente tienen ambos sistemas respecto del cuerpo humano, de la salud y la enfermedad.
- 2.- Recursos de toda índole utilizados por una y otra medicinas.
- 3.- Identificación nominal y conceptual de las dolencias atendidas por un sistema y su equivalencia en el sistema alterno.
- 4.- Móviles de los pacientes que optan por determinado sistema y su trayectoria en la búsqueda de la satisfacción de sus necesidades de salud.
- 5.- Estudio comparativo de las estrategias de la atención a la salud en distintos sistemas.
- 6.- Procesos de aculturación médica en general e intercambio de recursos y prácticas entre los sistemas objeto de estudio.
7. Políticas gubernamentales de los países latinoamericanos respecto de la Medicina Tradicional.

2. Recursos Humanos de la Medicina Tradicional

Investigaciones recientes demuestran que no es posible realizar una evaluación correcta de los recursos para la salud si se excluye a los terapeutas tradicionales. Esta circunstancia señala la necesidad de conocer el número y ubicación de tales terapeutas, su formación y adiestramiento, las prácticas que utilizan y sus relaciones con el sistema institucional de salud. Asimismo debe investigarse el grado de aceptación que tienen en la comunidad y en contraposición, el juicio que, por parte de las autoridades y a la luz de las políticas oficiales les merece su actuación en el campo de la salud.

La investigación de este tema plantea la necesidad de un enfoque global para justipreciar el papel que desempeñan y pueden desempeñar en el futuro los recursos humanos que coadyuvan a la atención de la salud, tanto en el medio rural como en los medios urbano y suburbano. Corolario de lo anterior serán las medidas que se adopten para mejorar el rendimiento de los mismos.

3. Causas de demanda de atención de la Medicina Tradicional

Investigar las causas de esta demanda reviste importancia prioritaria y contribuirá a subsanar el inexplicable descuido que sobre el particular se ha registrado.

Es indispensable que en la región latinoamericana se recabe la información necesaria para elaborar lo que podría llamarse una “Epidemiología de la Medicina Tradicional”, la cual pondría de manifiesto entre otras cosas los índices de morbilidad y mortalidad según las categorías nosotáxicas populares. Debe prestarse especial atención a los tratamientos e itinerarios del paciente, a la existencia o ausencia de medidas preventivas y al impacto que sobre la morbilidad han tenido las terapias populares en el curso de los años.

4. Recursos terapéuticos de la Medicina Tradicional

En la mayor parte de América Latina la Herbolaria es uno de los recursos principales de la Medicina Tradicional y constituye, en consecuencia, un tema importante de investigación. Existe experiencia acumulada en diversos países que permite disponer de metodologías, técnicas y líneas de trabajo. Sin embargo, el enfoque de tales investigaciones deberá dirigirse: a la obtención de medicamentos a partir de plantas, así como al diseño de productos sencillos cuando se dificulte el uso directo de las plantas medicinales; y a la difusión y reproducción de plantas medicinales que puedan administrarse en su presentación natural, incluyendo las prácticas correctas para su óptimo aprovechamiento.

El enfoque anterior operará en favor de una perspectiva más amplia que la clásica visión químico-farmacéutica, cuyo objetivo se reduce a la búsqueda exclusiva de principios activos. Este enfoque, además, impulsará la creación de proyectos agroindustriales que patrocinen un abastecimiento suficiente de aquellos productos de la medicina tradicional cuya efectividad sea avalada científicamente, y deberá apoyar los procedimientos tradicionales de uso en las comunidades que cuentan con el recurso en su presentación natural.

5. Políticas Legales relativas a la Medicina Tradicional

Es aconsejable la revisión sistemática de las legislaciones latinoamericanas relativas a la práctica médica empírica y a las formas jurídicas que de hecho se aplican para regular, alentar o combatir dicha práctica.

Un hecho de observación importante de mencionar en los países latinoamericanos es la falta de congruencia entre las políticas y normas jurídicas aprobadas por organismos internacionales y la regulación de que son objeto en la práctica. Al margen de esta incongruencia resalta la actitud cooperativa y el esfuerzo de asociaciones religiosas, civiles y de terapeutas tradicionales, a las que se suman otros grupos activistas que en conjunto interactúan con las prácticas médicas populares dejando sentir su influencia en mayor o menor medida según los países y sus respectivas legislaciones.

B. Entrenamiento de Personal y Curriculum del Profesional de la Salud

Aspectos Generales

Es indispensable llevar a cabo modificaciones curriculares que contemplen la inclusión de conocimientos de Medicina Tradicional en todos los niveles de formación de Personal de Salud y en todas las carreras involucradas en la resolución de problemas que incidan en Programas de Salud.

Está demostrado el uso de los diferentes sistemas de la Medicina Tradicional por sectores mayoritarios de la población en todos los países latinoamericanos. En la población general ambos sistemas, el Científico y el Tradicional, son utilizados en forma complementaria, no siendo real la oposición que se ha venido planteando. Por lo tanto se propone:

- Que los cambios curriculares se dirijan hacia la búsqueda de la modificación del modelo biológico imperante por otro, biopsíquico y sociocultural.
- Que los diseños curriculares incluyan nuevos contenidos tanto de forma horizontal como vertical para lograr mayor integración de lo aprendido en todos los niveles de formación de personal de Salud.
- Que el diseño curricular parta de un análisis situacional de la sociedad en cuestión, tomando en consideración las prácticas, saberes y el papel social de la Medicina Tradicional.
- Que dichos cambios consideren la inclusión de un área de Antropología Médica dentro de la cual deben incorporarse módulos formativos sobre Medicina Tradicional.
- Que el estudio de la Medicina Tradicional incluya fundamentos teóricos y prácticos, terapéutica y dinámica de la Relación Médico—Paciente.
- Que la Metodología de la Enseñanza—Aprendizaje sea participativa, activa y vivencial, empleando medios tales como seminarios, microinvestigaciones, talleres, prácticas de campo y otros.

1. Estrategias:

Para establecer los cambios curriculares debe partirse de las áreas ya establecidas en cada escuela.

Se buscarán cambios en el conocimiento nuclear que refuercen el paradigma científico dando apertura y entrada al conocimiento de la Medicina Tradicional.

Los cambios curriculares incluirán tanto el estudio de la Medicina Tradicional como la utilización de sus prácticas y elementos en el contexto de otros sistemas médicos.

Es evidente que es necesario formar suficiente personal docente capacitado para llevar adelante el desarrollo de los cambios curriculares en todas las etapas formativas del personal de salud. Debe considerarse la posibilidad de que los agentes de la Medicina Tradicional participen en la transmisión de los conocimientos.

2. Recursos:

Debe partirse de los recursos humanos existentes que demuestren interés y motivación en el nuevo campo propuesto, debiendo realizarse un inventario de los mismos.

Asimismo se recomienda realizar un inventario de las instituciones nacionales, internacionales y extranjeras que pudieran colaborar en el desarrollo de los programas de capacitación. Sus miembros deberán poseer conocimientos, actitudes, aptitudes y habilidades relacionadas con Didáctica, Metodología de las Ciencias Sociales, Medicina Tradicional y Análisis de los Sistemas de Salud.

C. Interrelaciones entre la Medicina Tradicional y la Medicina Oficial

El concepto de salud comprende elementos biológicos, psíquicos y sociales dentro de un enfoque integral que considera al hombre como organismo vivo en equilibrio dinámico consigo mismo y con el medio circundante.

Es un hecho de observación que en la práctica las poblaciones humanas entienden la salud precisamente de esta manera, razón por la cual acuden para la conservación y restauración de la misma a diversos sistemas de prestación de servicios. Esta demanda persigue siempre el mismo propósito, aún cuando tenga móviles distintos que pueden ser de índole económica, social o psicológica, reveladores todos ellos, del marco cultural al que pertenecen.

Por otra parte, la coexistencia de varios sistemas de atención a la salud pone de manifiesto que ninguno de ellos satisface las necesidades de la población y ésta, en consecuencia, acude de manera alternativa a uno u otro de tales sistemas.

Por el hecho de ser utilizados por numerosas personas o grupos humanos, los sistemas de salud no se modifican intrínsecamente ni se integran entre sí. La integración la realiza el propio usuario al tiempo mismo de recibir atención con recursos y prácticas de sistemas distintos.

El usuario es, por tanto, el elemento integrador primario; pero en este proceso o simplemente para interrelacionar varios sistemas de salud intervienen, asimismo, factores políticos susceptibles de darle carácter institucional.

Los esfuerzos deben encaminarse a lograr el rescate de todo aquello que en la medicina tradicional tenga significado positivo, la consiguiente eliminación de lo que pueda haber de negativo en ambos sistemas y ello sin dejar de reconocer que el mejoramiento sustancial de los niveles de salud depende de factores socioeconómicos presentes a guisa de infraestructura.

La tarea no es sencilla, dado que los sistemas manifiestan en sí mismos una fuerte integración que dificulta su control y cooperación mutuos.

Téngase presente que la interrelación no significa asimilación, incorporación, subordinación, expropiación y control de las prácticas y agentes de la medicina tradicional por los sistemas oficiales de salud.

Se advierte la necesidad de modificar las disposiciones legales que hasta el momento han dificultado esta interrelación y que una vez logrado lo anterior, se reconozca que dicha interrelación ha de operar en la práctica más que en los niveles estatales o políticos, en la sociedad civil, mediante el fortalecimiento de estructuras intermedias que coordinen los esfuerzos de organizaciones comunitarias de base como las religiosas, privadas, educativas, indigenistas y otras.

Las estructuras para la cooperación y coordinación de proyectos de interrelación, deben establecerse primero en el plano local, después en el regional y, por último, con alcance nacional.

Se requiere favorecer el autodesarrollo y la autosugestión de las comunidades y reforzar la educación para la salud de la población, utilizando todos los "sistemas" que ayuden a resolver los problemas de salud predominantes. De esta manera se pondrán en juego tácticas y estrategias encaminadas a lograr el diálogo entre terapeutas tradicionales y representantes de la medicina oficial, para que el intercambio de información que tenga lugar entre ellos, pueda difundirse y ponerse en práctica en la comunidad.

El resultado de la anterior será la planificación participativa que como indica su nombre, resulta de la acción conjunta tanto de los técnicos como de las comunidades y respeta la valoración que estas últimas realicen sobre sus problemas de salud. Una valoración correcta debe incluir las prácticas propias de la comunidad y la percepción que ésta tiene de su peculiar concepto de bienestar a la luz de los valores culturales por los que se rige.

El Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social expresa su agradecimiento a la Comunidad Económica Europea por haberle proporcionado los fondos requeridos para la realización tanto del Taller “El Futuro de la Medicina Tradicional en la Atención a la Salud de los Países Latinoamericanos”, como de esta publicación que contiene los trabajos presentados en dicho taller y las conclusiones a que llegaron sus participantes.

La ayuda económica a que se hace referencia deriva del convenio celebrado entre el Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social y la Comunidad Económica Europea para realizar el proyecto de cooperación intitulado “Importancia de la Medicina Tradicional en la Atención a la Salud de la Población Rural”.

En consecuencia, el presente documento, expresión concreta con que se inicia el proyecto mencionado es al mismo tiempo garantía de su ulterior desarrollo y adecuado cumplimiento.

DIRECTORIO

LIC. RICARDO GARCIA SAINZ
PRESIDENTE

LIC. Y C.P. AGUSTIN BARBABOSA KUBLI
DIRECTOR

DR. CARLOS CAMPILLO SAINZ
JEFE DEL AREA DE INVESTIGACION
Y ASISTENCIA TECNICA

DR. XAVIER LOZOYA LEGORRETA
DIRECTOR DE LA UNIDAD DE
INVESTIGACION EN MEDICINA TRADICIONAL
Y DESARROLLO DE MEDICAMENTOS DEL
IMSS

LIC. MIGUEL INETTE BURGOS
JEFE DEL AREA DE COMUNICACION
E INFORMACION

MEXICO, D.F.

**ESTE LIBRO SE TERMINO DE IMPRIMIR
EN JUNIO DE 1987 EN LOS TALLERES DE
KROMO-LITHO, S.A., CON UN
TIRAJE DE 1,000 EJEMPLARES.
EL CUIDADO DE LA EDICION ESTUVO A CARGO
DEL CENTRO INTERAMERICANO DE ESTUDIOS
DE SEGURIDAD SOCIAL.**