

# Aspectos regulatorios de las prácticas de medicina tradicional en América Latina

*Roberto Campos-Navarro*

*México*

---

En nuestra realidad médico social latinoamericana, conviven y coexisten, la medicina indígena, la medicina popular y la medicina académica. La primera ya existía desde antes de la llegada de los europeos, desde antes de la llegada de los españoles, y esta práctica se ha ido manteniendo por nuestros pueblos indígenas, y también se ha mantenido a través de nuestro mestizaje. Y recordemos que nuestro mestizaje, cuando hablamos de América, está dado por el componente prehispánico, por el europeo, y también por el africano. Esta medicina tradicional, estas medicinas populares, estas medicinas indígenas van integrando elementos. Por eso, tampoco nos va a extrañar que en un momento dado tengamos curanderos, y así lo demuestro con varias investigaciones en México, y en nuestra América, que utilizan medicamentos de patente, que aplican inyecciones. Es decir, se modernizan, son contemporáneos, entran en ciertos aspectos a la competencia con la medicina académica.

Sin embargo, lo que yo quiero plantearles es: ¿cuáles van a ser los principales usos y demandas de esta medicina tradicional latinoamericana?

Comenzaríamos por parafrasear a Wankar (1980), un intelectual indígena que refiere que el criollo, la mayoría de los que somos mestizos, no inventamos ninguna clase de medicina, pero hemos decidido, nosotros, los criollos y mestizos, cuál es la forma legal de curar, cuál remedio debe proscribirse y también cuál debe de prescribirse, y —este es el pensamiento de muchos— hay una persecución a ese saber más antiguo amerindio que se tiene sobre plantas, animales y minerales medicinales, y no solamente sobre estos recursos sino también sobre sus dueños intelectuales.

Tenemos que hablar de la relevancia de nuestros pueblos indígenas. ¿Cuál es la relevancia de nuestros pueblos indígenas?

Yo lo diría que tiene tres aspectos. Primero, en el aspecto simplemente poblacional, simplemente demográfico, nos encontramos que Bolivia, Guatemala, Perú y Ecuador son los países que tienen más de un 40% de población indígena. Por supuesto, en Bolivia, con el 71%. Ustedes llegan a La Paz, o llegan a cualquier sitio urbano boliviano, y de cada diez gentes que se encuentran, seis ó siete son indígenas —son indígenas aymara, son indígenas quechua, son indígenas también del Oriente Boliviano. Entonces, ese es el núcleo más importante de indígenas en términos porcentuales, seguido de

Guatemala, con el 66%, Perú, casi con el 50%, y Ecuador, con un poco menos de 50%.

Esa importancia también va a suceder en Belice, donde tienen un 19% de pueblo de origen maya, Honduras, con un 15%, y en México, estamos entre 12 a 14% de la población. Seguiría Chile, con mapuches en el sur y en la capital y aymaras en el norte. Pero quiero llamar la atención que en el caso de México, si bien tenemos solamente de 12 a 14%, es el país que tiene más indígenas, simplemente porque somos más, somos más de 100 millones, y por lo tanto, son más en números absolutos.

¿Y dónde están el resto de los países? Bueno, tienen menos de 1% de población indígena. Nos estamos refiriendo a Venezuela, Brasil, etc., pero en esos países, ese menos del 1% tiene una grande importancia política. No solamente la relevancia demográfica poblacional, sino la relevancia desde el punto de vista médico, porque resulta que nuestros pueblos indígenas en toda América son los que están en peores condiciones de vida, ya lo sabemos, en cuanto a agua potable, alimentación, vivienda, donde hay los peores índices de mortalidad materno-infantil y morbilidad, donde las enfermedades transmisibles todavía siguen. No hay, todavía, la denominada transición demográfica y epidemiológica, y la atención biomédica en algunas partes no existe, o donde existe es insuficiente, o a veces, donde está, no funciona como debe estar funcionando.

Y finalmente, la tercera relevancia de nuestros pueblos indígenas tiene que ver con aspectos sociopolíticos. Se dice –y no soy yo el que lo afirma– que los movimientos indígenas de autonomía en América van a ser los movimientos políticos más importantes en el siglo XXI. Y lo dice la Central de Inteligencia de los Estados Unidos. Es decir, estamos ante un proceso que ya se inició desde el siglo pasado. Recordemos que hay pueblos que ya están con autonomía. Tenemos los grupos indígenas en Canadá, y en nuestra América Latina ya existe un grupo en la República de Panamá, que son los kunas. Los kunas, efectivamente, es el único grupo en este momento, en América Latina, que tienen ya plena autonomía desde 1928.

Lo importante de esta relevancia en términos demográficos, en términos médico-sanitarios, en términos socio-políticos, es porque los pueblos indígenas se ubican en regiones estratégicas donde hay recursos naturales, por ejemplo, el gas, el petróleo, etc., pero también son tomados como el fundamento de cohesión social e identidad nacional.

En México, en 1964 se inaugura el Museo de Antropología. Y hay que visitarlo. El que no visite la basílica de la Virgen de Guadalupe, y no visite el Museo de Antropología, es que no vino a la Ciudad de México. Y sin embargo, el Museo tiene una doble función. La planta baja es para recordarnos la

identidad prehispánica, y arriba, la identidad contemporánea, es decir, los mexicanos fuimos esto, somos esto y tenemos todavía un futuro.

Es un fundamento importante de cada gobierno, en nuestros países, que da esa importancia, donde la participación en la política local, regional y nacional cada vez es creciente.

En el caso ecuatoriano, no tengo que repetirlo, han caído gobiernos precisamente por movimientos indígenas. Recordemos la cuestión boliviana, donde tenemos en este momento un presidente indígena, Evo Morales, y también de alguna manera, la expresión de fracaso económico político y social de los gobiernos nacionales. Cuando se habla aquí de pobreza en México, tenemos que hablar de pueblos indígenas. Así de sencillo. Y si no se quiere hablar de pobreza, es que tampoco se quiere hablar de pueblos indígenas, porque esa es la relación que ahora existe. Es decir, la relevancia que tienen nuestros pueblos amerindios es muy importante.

Antes de continuar, presento algunos conceptos que podemos utilizar al referirnos a las medicinas en América Latina.

- El curandero o médico indígena, es todo aquel terapeuta de tipo tradicional cuyo origen remite a los pueblos indios americanos, o amerindios.
- Médico académico, es todo aquel que es egresado de la universidad o institución de enseñanza superior, donde adquiere el grado de licenciado y que después va a ser validado por el propio Estado, o en algunos casos, por los colegios médicos en nuestra América.
- Nuestras medicinas indígenas tradicionales son el conjunto de concepciones, saberes, prácticas y recursos manejados por los médicos indígenas de las diversas etnias, no solo de México, sino también de toda la América Latina. Y quiero hacer la aclaración que no solamente son recursos y prácticas, sino también tienen que ver la cosmovisión. Si uno no entra en la cosmovisión de nuestros pueblos indígenas, uno no puede entender las enfermedades populares. O sea, yo para entender el susto o el espanto, si no me meto a la concepción indígena de qué es el cuerpo humano, y cómo se concibe la salud y la enfermedad, no voy a entender que está sucediendo y voy a decir que estas son tonterías, hechicerías, idolatrías, supersticiones, etc.
- La medicina popular sería lo mismo de concepciones, saberes, prácticas y recursos, pero con un origen más bien mestizo.

De tal manera que la medicina académica o biomédica es operada por los médicos con estudios escolarizados con el aval del Estado, con la sanción, con la regulación, con la parte de la profesionalización. Pero debemos también entender a nuestros pueblos indios, o indígenas, como conjuntos de individuos o colectividades que comparten una serie de rasgos de identidad comunitaria que los hace diferenciarse unos de otros en cuanto a su lengua, costumbres y tradiciones, formas de vestir (indumentaria) y sobre todo, que tienen una cosmovisión que es común.

Una de las cosas más extraordinarias es que, por ejemplo, para la cuestión del susto, la cosmovisión es muy parecida, muy similar entre los mesoamericanos y los andinos, pasando por los kunas, a nivel de transición. Si no entendemos y no entramos en esa cosmovisión, no estamos entendiendo esta identidad de los pueblos indígenas.

Vamos a entender todo esto dentro de lo que podemos llamar los modelos médicos. Esta es una teoría que Eduardo Menéndez ha desarrollado.

El primero que encontramos en la teoría de Menéndez es el modelo médico de autoatención. Tenemos inicialmente el primer nivel de atención médica. En seguida, la búsqueda de eficacia pragmática, legitimidad grupal y comunal y concepciones basadas en la experiencia, apropiación microgrupal, sobretodo familiares, de las prácticas médicas, que se van transmitiendo de unos a otros. Encontramos también una tendencia sintetizadora en el sentido de tomar algunas cuestiones de la medicina académica, de la biomedicina, pero también tomar de las medicinas populares tradicionales.

Y al final, tenemos una subordinación en términos ideológicos, en términos también jurídicos, sobretodo cuando hablamos de regulación, hablamos que no hay que automedicarse, no debe automedicarse. Sin embargo, la automedicación la tenemos en todos lados. En la primera tienda que vayamos, encontramos una aspirina, encontramos un antigripal. Es decir, tenemos una subordinación inducida. Tenemos un modelo médico alternativo subordinado, que tiene un origen local, un origen americano, con una intención globalizadora del proceso salud-enfermedad, donde se entiende el cuerpo humano más que la existencia, no solamente de un alma, sino incluso de varias almas, y eso tenemos que entenderlo para la explicación de las enfermedades populares, donde existe mucho la eficacia simbólica –las limpias van y apelan a la eficacia simbólica– donde hay una gran participación social y también hay una tendencia, una orientación a la mercantilización. La relación médico-paciente o curador-paciente es asimétrica, pero no tanto como lo que sucede en la medicina académica.

Y un rasgo importantísimo es que existe una subordinación ideológica y jurídica. ¿A qué? Al modelo médico hegemónico.

El modelo médico hegemónico es precisamente el que hemos estudiado aquí, de escuelas y de facultades de medicina y de enfermería. En realidad, el origen, finalmente, fue traído por los europeos, fue traído por los españoles, pero además, tuvo influencia francesa, tuvo influencia inglesa, tuvo influencia alemana, (y ahora estadounidense) pero es el origen europeo de nuestras medicinas, con una orientación que ya sabemos que se va más a la cuestión biológica, tiende a ser individualista, a-histórica, a-social y por supuesto, mercantilista.

Hay el predominio de lo curativo –y aquí es muy importante, por eso lo exitoso de nuestra medicina, que tiene que ver con eficacia pragmática y concepción positivista de la salud, donde es más el cuerpo que otras instancias, que lo psicológico, que lo social, y que lo cultural. La relación asimétrica médico-paciente es muy fuerte, es muy evidente. Tiene una participación social subordinada, o sea, los pacientes, los enfermos, la gente, los clientes son secundarizados.

Y existe una característica estructural al considerarse, ideológica y jurídicamente exclusiva. Es decir, muchos médicos van a decir que esta es la única manera de curarse. Esta es la única y la mejor medicina. Lo demás, no sirve. Lo demás, es superstición. Estamos hablando desde un punto de vista ideológico.

Pero, eso se va a traducir también en un aspecto jurídico. Las leyes se han hecho monopolizando esta práctica, y haciendo a un lado a todas las demás.

Y eso tiene que ver también con el proceso de la profesionalización, que recién ustedes estaban discutiendo con respecto a la enfermería. La profesionalización se va dando en cada una de las actividades humanas donde se ve la exclusividad de lo que se está haciendo, la forma de autorregularse el trabajo, lograr la autonomía ocupacional en términos técnicos y políticos, es decir, lo que se hablaba esto de la enfermería, tratando de lograr esta autonomía que los separe de la subordinación médica, pero se va dando, también, el monopolio del ejercicio médico, en que solamente son los médicos académicos los que deben reunirse, no otros. Y existe el apoyo, por parte del Estado, y de las clases que están en el poder.

Esta teoría es de Freidson, un sociólogo médico norteamericano.

Lo que tenemos que ver con respecto a las medicinas indígenas, es más bien toda una historia de subordinación. Por supuesto, antes de la llegada de los españoles, en el período colonial, esa era la medicina hegemónica, era la medicina en el poder. Pero, cuando llegan los españoles, llegan los europeos, se va a empezar el control por el Estado y por la Iglesia, que van a ser los ayuntamientos, las reales audiencias, el protomedicato y la inquisición en

términos ideológicos, las que van a estar dictando las maneras de hacer la curación.

El reconocimiento a los médicos indígenas, sí, va a ser inicialmente importante, pero se les va a pedir que se evangelicen, que se cristianicen, que hagan las curaciones en el nombre del Padre, del Hijo y del Espíritu Santo. Los temazcales, en México, todos los temazcales, es decir, los baños de vapor, estaban dedicados a la diosa Temazcaltoci. Entonces, no pudieron los españoles quitar los temazcales, por lo menos pudieron quitar la deidad que estaba a la entrada de los temazcales, que eran las Temazcaltoci, y decirles “bueno, ahora la curación que hace el temazcalero tiene que ser en el nombre del Padre, del Hijo y del Espíritu Santo”.

Y se empieza la formación de los médicos universitarios en el siglo XVI. Lo sabemos a través de la Pontificia Universidad en Lima, en la Real y Pontificia Universidad aquí en México, y se va expandiendo esta medicina a partir del siglo XVI. Se consolida en los siglos XVII y XVIII.

En el período independiente de nuestros países, es decir, en el período republicano del siglo XIX, se sigue el control estatal con un funcionamiento que era irregular, se fortalece la medicina académica, se forman las asociaciones médicas profesionales, las sociedades médicas, y con frecuencia, se quejan de que no existe una legislación sobre profesiones.

La Constitución Mexicana de **1857** era una constitución liberal que permitiera a cualquiera poder ejercer la curación. Entonces, ¿quiénes protestaron? Los médicos dijeron: “Como, si nosotros somos los que vamos a la escuela, nosotros somos los únicos que debemos de estar reconocidos por la Constitución.”

En la Ciudad de México, el doctor Diego de Cisneros, se quejaba en 1618 de que él tenía pocos pacientes y que afuera de su consultorio estaba una hierbatera, y que esa curandera tenía un montón de pacientes y que le hacían una competencia desleal. Entonces, tenemos esta historia de esa rivalidad prácticamente desde el siglo XVI entre médicos académicos y curanderos.

En el siglo XX, van a persistir estos conflictos entre médicos y curanderos, se incrementan denuncias, procesos judiciales sin resultados positivos. Aquí en México, uno de los más famosos fue el Niño Fidencio, y la Secretaría de Salud, el Ministerio de Salud en aquel tiempo, dijo: “Lo llevamos a un juzgado.” ¿Y sabe lo que le hicieron? Nada. Lo defendió el mejor abogado de Monterrey, no le sucedió nada y siguió haciendo sus curaciones y, no solamente eso, la sociedad médica de aquel tiempo se quejó amargamente de que había ido el tren verde olivo del Presidente Plutarco Elías Calles a que lo viera el Niño Fidencio, y le diera tratamiento. Fue un escándalo para la clase

médica. El gremio médico protestó que cómo era posible que él que era el primer defensor de la Constitución estuviera yendo con un taumaturgo.

Es decir, esta persistencia de conflictos se ha dado, y se siguen dando. Todavía en 1960, un investigador norteamericano decía que el peor problema de salud que tenían los mexicanos eran los curanderos, no eran las enfermedades. Eso dijo Gordon Schendel, en un libro editado por el Instituto Mexicano del Seguro Social.

En el siglo XX se consolida la medicina académica institucional. Se consolida acá en México nuestro seguro social, en los años cuarentas, se consolida toda la medicina académica, los institutos nacionales de medicina, en toda nuestra América.

También se hace una legislación favorable a los médicos como profesionales. Y ahí se da la profesionalización, donde la Secretaría de Educación Pública es la que establece cuáles son los requisitos. Y se va a tener de manera subordinada e ilegal a todas las medicinas indígenas, y a las medicinas populares.

Siguiendo en el siglo XX, hay un cambio ideológico muy importante que a todos los que estamos aquí nos tocó vivir, y fue a partir de los setenta. Antes de los años setenta, esas medicinas populares eran además consideradas como medicinas primitivas. Si ustedes buscan en los Index Medicus de 1970 para atrás, no aparece la medicina tradicional ni aparece la medicina popular, ni las medicinas paralelas. Aparecían medicinas primitivas.

Y después hay cambios muy importantes desde el punto de vista ideológico dado por las instituciones internacionales, la Organización Mundial de la Salud, la UNICEF, la Organización Panamericana de la Salud, la Organización Internacional del Trabajo, y esto va a ser muy importante, y se va a empezar también a hacer la incorporación de algunos de los terapeutas tradicionales. En especial, las parteras. Y ¿por qué interesaban las parteras en los años setenta? Porque había que meter el programa de planificación familiar, y la única manera de introducir el programa de planificación familiar era a través de las parteras. Entonces, también como un movimiento subordinado.

De tal manera que en el siglo XX todavía continuaba la exclusividad profesional de los médicos académicos en muchos países de nuestra América, pero hay un dato que va a ser importante, que quizás alguien desconozca. Y es que ya existe una formación de médicos indígenas en cada uno de nuestros países.

Existe esta clasificación que hace Jan Stepan, en 1983, para considerar los sistemas médicos que van a ser exclusivos, o sea, completamente monopólicos, donde no se acepta ninguna práctica diferente a la medicina

académica, la biomedicina. Los sistemas en que se toleran desde el punto de vista legal, que existan otras prácticas – Inglaterra y países africanos–, sistemas donde se empieza a incluir otras medicinas, en el caso de la India, no solamente la biomedicina, está la medicina ayurveda, y los sistemas donde se ha integrado –China, Nepal, Corea del Norte– donde se integran las medicinas, la biomedicina y la acupuntura, la moxibustión, etc.

Eso va a ser importante porque ¿dónde nos vamos a colocar nosotros los latinoamericanos? Andamos en dos posiciones diferentes: en sistemas en que se dice que nada más que la medicina académica es la que debemos reconocer, regular y trabajar; otra en la que se dice que debemos empezar a considerar las otras, a legislar, a regular, a hacer algo con las otras prácticas.

Hablando por México, ¿qué cambios ha habido últimamente? Todos sabemos del Convenio 169 que se firma con los pueblos indígenas y tribales, y que esto tiene un rango a nivel constitucional, cuando ha sido aceptado por los Estados Miembros de la OIT y ratificado. En el caso de México fue ratificado y fue confirmado en 1990 y se debía cumplir con un rango constitucional. O sea, es el rango jurídico más alto. Cosa que todavía, por ejemplo, en Chile no sucede. No se ha aceptado este Convenio. Y en México se da, en 2001, una reforma del artículo 2 constitucional a partir, precisamente, del movimiento zapatista. Empieza a haber pláticas y se hace una reforma que, para muchos, corresponde a una no reforma sino una “reformita”, incluso “contrareforma” del artículo 2 constitucional.

¿Qué nos dice el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo? Sobretudo interesa considerar el artículo 25, en su fracción 2, que dice que los servicios de salud –y esto tiene que ver con la cuestión regulatoria– deben, en la medida de lo posible, organizarse a nivel comunitario, y debe de planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales y –¡ojo!– contemplar sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales.

Traigo un ejemplo que me parece interesante, que es un caso chileno. En este caso chileno, construyen un hospital, desde los años cincuenta, cerca de Temuco, y es un hospital normal, sin ningún problema. Pero este año acaba de ser cerrado. O más bien, fue convertido en otra cosa, y se tuvo que hacer otro hospital. ¿Por qué? Porque no se contemplaba la cosmovisión del pueblo mapuche. Resulta que para el pueblo mapuche, la casa y la gente que allí duerme tienen que estar viendo hacia el sol. Porque es estar viendo hacia la vida. Y ese hospital estaba completamente equivocado según la visión mapuche. Y se tuvo que cerrar ese edificio, y lo más importante, planear y administrar el nuevo hospital en cooperación con los mapuches.

Y en el caso mexicano, regresando al artículo 2 Constitucional, en el 2001 se dio lo que se está ya dando en muchas legislaciones de nuestra América, que es que ya se empieza a hacer ese reconocimiento a la pluriculturalidad, la multiétnicidad de nuestros pueblos, y es interesante que este artículo 2 constitucional añada: “Para abatir las carencias y rezagos que afectan a los pueblos y comunidades indígenas, dichas autoridades (federales, estatales y municipales), tienen obligación”, entre otras cosas, “de asegurar el acceso efectivo a los servicios de salud mediante la ampliación de cobertura del sistema nacional...” Hasta ahí todo suena muy bonito. Pero, luego dice: “aprovechando debidamente la medicina tradicional...” La pregunta es ¿quién va a decidir sobre lo “debidamente”?

Hay una diferencia, por ejemplo, con la Ley de Salud de Oaxaca, en la que no dice “debidamente”, sino dice que se aprovecharán los beneficios de la medicina tradicional indígena. ¿Ven la diferencia? Son las pequeñas trampas que se utilizan para imponer candados, para imponer controles muy estrictos.

Tenemos que comentar también que cuando hablamos de médicos indígenas, o terapeutas, no todos son iguales, sino que existen categorías, existen “especialistas”, y los médicos que curan con rituales, que curan maleficios o daños, y hay la partera, el sobador, el huesero, el que cura con hierbas medicinales, y también existen los adivinos, que usan tabaco, baraja y otros, pero también existen en esta clasificación los que hacen cosas que son negativas, los hechiceros.

Tenemos ejemplos de parteras, y cómo se modernizan. Muchas ya tienen sus guantes, se cubren al atender partos. Y hay partos muy interesantes. En un estudio antropológico que se hizo en todo el mundo, en Yucatán, el parto observado por la antropóloga fue a la manera tradicional, y resulta que entre la gente campesina en Yucatán, normalmente ellos duermen en una hamaca. Y por lo tanto, la atención del parto es en una hamaca. Normal para ellos. Extraordinario, insólito, exótico para nosotros. Pero para ellos es la normalidad. De aquí –y de eso podemos platicar– es ¿por qué no tener hospitales que tengan hamacas en las zonas en donde se utilizan las hamacas normalmente por la gente de la comunidad?

Así que tenemos las parteras, las curanderas generales, las rezanderas, que también intervienen en la curación de personas. Y también tenemos a los descendientes de los sacerdotes mayas, que hacen rituales para los aluxes, entidades sobrenaturales dueñas de la tierra, y hay que tenerlos contentos, hay que darles comida y también hay que dar una ritualidad a Chaac, el dios de la lluvia.

Existe una mezcla en todos nuestros países, donde se conserva esta ritualidad prehispánica, pero se van adaptando, se van tomando otras. Tenemos el caso de un padre e hijo que son hueseros y lo interesante es que trabajaron

en una casa que está dentro de las instalaciones hospitalarias en Hecelchakán, Campeche, y ahí daban consultas, dentro de las instalaciones, y la gente iba a consultarlos.

¿Qué decir de los médicos kallawayas en Bolivia, que tienen un reconocimiento ya internacional como patrimonio de la humanidad? Importantísimo. Médicos que tenían un conocimiento de plantas medicinales extraordinario. Un investigador francés decía que su médico informante tenía un conocimiento extraordinario, más de 800 plantas medicinales, todas metidas en su cabeza, no escritas. Entonces, lo que hizo el francés fue hacer un libro sobre este conocimiento curativo de los kallawayas.

Los médicos kuna, en Panamá, son expertos en plantas medicinales, pero también expertos en rituales. Y también en Chile, por ejemplo, en la parte aymara, al norte.

Existe un grande número de especialistas en nuestra América, cuyas causas de demanda prioritariamente corresponden a síndromes y rituales culturalmente delimitados, es decir, ellos se encargan de las hechicerías, los sustos, los empachos. En nuestra América es muy frecuente la hechicería, mucho más frecuente de lo que ustedes piensan.

La atención del parto, en muchas partes de nuestra América sigue siendo exclusiva. En Potosí, en Bolivia, el 90% de los partos son atendidos por ellos. Y también hay otros, si entramos en la competencia, la diarrea, dolor de estómago, enfermedades respiratorias diversas, y enfermedades articulares y osteomusculares.

Las organizaciones de médicos indígenas se van juntando, tienen una percepción positiva de sí mismas, en cuanto que se empiezan a reunir, se están apoyando, se va a dar una legitimidad incrementada entre ellos. Empieza a haber un apoyo gubernamental, primero soslayado y después muy abierto, con una protección parcial y empiezan a capacitarse. Pero, también entre ellos a veces hay desconfianza, ambivalencia, pero estos son los menores casos.

Hay divisionismos en nuestras agrupaciones. En México se formó el Consejo Nacional de Médicos Indígenas Tradicionales, pero ahorita está muy debilitado. En Bolivia tenemos la Sociedad Boliviana de Medicina Tradicional, que también está multifragmentada, se han formado otras agrupaciones. Y tenemos que recordar que todos estos aspectos médicos no pueden ser separados del resto de la cultura, porque forman parte de la identidad comunitaria.

Los médicos indígenas tradicionales se siguen reuniendo. Tuvieron una reunión en 1991, precisamente para ver toda esa cuestión de la legalización de su práctica, porque ellos están demandando legalización de su práctica curativa.

Esta legalización va aunada a estas reuniones comunitarias donde entran danzantes, donde entran músicos, y se hacen esas reuniones donde no se puede separar todo esto, porque forma parte de su identidad comunitaria. La comida también es un ritual comunitario.

Más recientemente, en agosto de 2006, se han reunido en Potosí, Bolivia, para precisamente conversar más sobre esta legalización, sobre este reconocimiento, y se han elevado a nivel de rango viceministerial, con Jaime Salles como Viceministro de Medicina Tradicional y Salud Intercultural. Es decir, aquí estamos viendo la importancia que cada vez más van teniendo en los ministerios las prácticas indígenas.

La legalización de los médicos indígenas va por tres reconocimientos. Primero, el reconocimiento de sus propias comunidades, y eso es indudablemente lo que les da más legitimidad. El segundo, es el reconocimiento por las instituciones de los gobiernos, que ofrece constancias, diplomas de capacitación, y en algunos casos credenciales. Pero, todavía no se llega a lo que podríamos llamar el reconocimiento legal. El reconocimiento legal se está luchando en Bolivia desde 1987, pero todavía no es suficiente porque no está elevado a nivel de ley, y eso es lo que se requiere, una ley.

En el caso mexicano, a pesar de que ya está en la Constitución, tampoco existe o no se ve traducido en la ley. La Ley General de Salud, en su artículo 79 dice que solamente los médicos que han egresado de instituciones de enseñanza superior y que están sancionados por el Estado pueden ejercer la medicina. El resto siguen siendo ilegales.

Incluso, les hago el comentario, en México tenemos un pequeño problema. En 1999, dentro de las plantas medicinales, se prohibió el uso del epazote. Los que somos mexicanos, todos los días comemos quesadillas con epazote y hacemos nuestros frijoles con epazote, y ahora estamos transgrediendo la ley todos los días. Por supuesto, cuando las autoridades de salud van con los médicos indígenas y les dicen acerca del epazote, los médicos indígenas dicen: "no sean tontos, si esto lo utilizamos todos los días, e incluso es alimento."

Entonces, todavía falta esta cuestión del reconocimiento legal. Se ha trabajado en dar credenciales. En el norte de Sinaloa se han dado diplomas o reconocimientos por el Instituto Nacional Indigenista, que hoy es la Comisión Nacional del Desarrollo de los Pueblos Indígenas. Los médicos indígenas tienen mucho cariño por estos diplomas, y hasta los tienen enmarcados. Incluso, en alguna ocasión me tocó ver a una viejita partera que por primera vez le daban una hojita, y la señora se puso simplemente a llorar, porque nunca había tenido el reconocimiento de alguna autoridad.

Los médicos ven ventajas en este reconocimiento legal en cuanto a protección, defensa y garantía; supresión de molestias por autoridades; seguridad y confianza; que se tenga respeto a la actividad curanderil; que tengan libre circulación los curanderos por todos los lados, importante para los bolivianos, los kallaguayas; la recepción de apoyos económicos y morales; y ellos dicen también que quieren diferenciarse de los hechiceros. Cuando les preguntamos, en México y Bolivia, si veían algunas desventajas en la legalización, la respuesta fue no. Todos quieren legalizarse. Pero no legalizar a los hechiceros, y únicamente, en todo caso, a los curadores indígenas.

Las estrategias que ellos van teniendo para legalizarse son algunas de estas que se siguen haciendo en México, se siguen haciendo en Bolivia, se siguen haciendo en Perú, en varios países, a saber: aumentar reconocimiento comunitario e institucional; solicitar asesoría y apoyo económico; fortalecer, en todo caso, su movimiento organizativo; defender la lengua y las costumbres indias; demostrar la legitimidad de su trabajo; y crear consultorios, boticas y huertos botánicos.

Las posibles consecuencias del reconocimiento legal son obtener garantía y protección estatal, una vinculación respetuosa y coordinada con las instituciones públicas de salud – ¡Ojo con esto de vinculación respetuosa y coordinada!–, y recepción de apoyos económicos.

Por supuesto, el problema de la subordinación es un problema estructural que va a continuar, a pesar de la oposición generalizada a la dependencia y subordinación con respecto a los médicos académicos y/o instituciones públicas de salud; y a la escasa aceptación de constituirse en “auxiliares de salud”.

Para ir finalizando, en mi concepto, hay pertinencia y factibilidad para que las medicinas indígenas en nuestra América sean reconocidas. Es decir, estamos luchando, por un lado, los médicos indígenas a que los reconozcan, por otro lado, los Ministerios de Salud a que se regulen, a que se reconozcan. Por lo tanto, estamos ante un problema que nos es común. De tal manera entonces, ¿es pertinente establecer la legalización? Sí, porque sigue siendo un derecho histórico de nuestros pueblos indígenas, donde se debe de ver más sobre la autonomía y menos sobre los indigenismos, es decir, la gente que habla a nombre de los indígenas.

Ya vimos que sería una práctica médica útil, valiosa e irremplazable, sobretodo en las causas de demanda que ellos ya tienen. Y hay consenso con las políticas internacionales que favorecen la interrelación con la medicina indígena. Es factible porque se ha legalizado en otros pueblos, como el pueblo chino, los pueblos africanos. También tiene un suficiente sustento comunitario. Por supuesto que lo tiene. Y existen experiencias positivas en programas de interrelación, tanto en la Comisión Nacional de Desarrollo de los Pueblos

Indígenas, aunque en este sexenio no dio color. Pero, de alguna manera ha sido un apoyo desde el 1983.

¿Qué implicaciones tiene esto de la legalización? Que se institucionalizan más las medicinas indígenas; va a haber una profesionalización. En Bolivia están hablando ya de formar profesionales de universidad indígena. Habrá un incremento del control estatal, es decir, de una regulación, tanto de los ministerios de hacienda, de educación, como de la propia salud, etc., pues hay que tener cuidado de que no ocurra el abandono estatal de su responsabilidad en la oferta de servicios personales de salud. Y también van a haber modificaciones, quizá irreversibles, en concepciones, saberes, prácticas y recursos tradicionales.

Siempre ha habido modificaciones. Ahí estamos hablando de purezas. No hay medicinas indígenas que sean puras.

Como conclusión:

- La legalización de las medicinas indígenas deben formar parte de la revaloración y reafirmación de las culturas indígenas americanas;
- La legalización de la medicina indígena y su respectiva reglamentación debe ser realizada con la participación directa y activa de los propios pueblos indios;
- La regulación operativa de la práctica indígena debe ser responsabilidad de los médicos indígenas y sus organizaciones;
- La regulación jurídica estará sujeta a la coordinación con las autoridades sanitarias evitándose, lo más posible, la subordinación;
- Por supuesto, esta legalización por sí misma no resolverá el problema de la relación hegemonía/subordinación, pero la puede aminorar;
- Con la autonomía, los pueblos indígenas y sus médicos deberán establecer una normatividad ética, no desde fuera sino que de ellos mismos, que evite la mala práctica y el ejercicio de la hechicería; y
- Con la legalización, nuestros Estados, los Estados americanos, deberán demostrar que son verdaderamente respetuosos del carácter multiétnico y pluricultural de nuestras naciones.

En otras palabras, esto nos sucedió aquí en México. Nos siguen pidiendo que los escuchemos, nos siguen pidiendo que los respetemos.

¿Hemos hecho algunos avances? Sí, algunos pasos muy pequeños. En San José de Costa Rica, en 1992, hubo una reunión en que estuvimos médicos indígenas y médicos académicos. Podemos lograr la relación.

Hubo otra reunión en Potosí, Bolivia, en agosto, donde se encontraron médicos indígenas, médicos naturistas, gente de los ministerios, y también estuvo el Colegio Boliviano de Medicina. Es decir, que tenemos que lograr en esta regulación, por una parte legalización, por otra regulación, el entrar a lo que podemos llamar un Diálogo Intercultural.

Muchas gracias.