

III Congreso Chileno de Antropología. Colegio de Antropólogos de Chile A. G, Temuco, 1998.

Aportes de la Antropología Médica en la Legalización de las Medicinas Indígenas en América Latina.

Roberto Campos Navarro.

Cita:

Roberto Campos Navarro. (1998). *Aportes de la Antropología Médica en la Legalización de las Medicinas Indígenas en América Latina. III Congreso Chileno de Antropología. Colegio de Antropólogos de Chile A. G, Temuco.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/iii.congreso.chileno.de.antropologia/12>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/evbr/G0r>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

Aportes de la Antropología Médica en la Legalización de las Medicinas Indígenas en América Latina

Roberto Campos Navarro*

*...un estado moderno no puede permitirse el
ignorar una actividad (la médica tradicional)
que es tan importante para la vida de sus
ciudadanos.*

Gilles, Bibeau (antropólogo, 1982)

La ilegalidad de las medicinas indígenas

Los pueblos originarios de América Latina han conservado -y preservan hasta la actualidad- un conjunto de personas que se dedican a la prevención, curación y control de enfermedades, así como a la resolución de cierto tipo de problemas comunitarios. A pesar de esta importantísima función social, los médicos indígenas continúan siendo objeto de hostilidad, discriminación y desprecio por las actividades cotidianas que realizan.

Desde el siglo XVI han sido rechazados y atacados por los médicos de formación universitaria acusándolos de ignorantes, supersticiosos, primitivos, charlatanes, embaucadores, siendo perseguidos por el Protomedicato y diversas autoridades civiles.

En tanto que los sacerdotes católicos los han acusado de idólatras, hechiceros, engendros de satanás, llevándolos a juicios públicos en las iglesias, y antes durante el colonialismo español, por los temidos tribunales eclesiásticos de la Santa Inquisición.

Además, en los siglos XIX y XX, las leyes y reglamentos favoreció el monopolio de la medicina autodenominada como "científica" o biomedicina. Esto produjo la actividad clandestina y secreta de las medicinas indígenas y aquellas prácticas híbridas

producto del mestizaje cultural que podemos llamar medicina popular.

En México, la rivalidad entre médicos y médicos indígenas durante este siglo ha sido constante, sobre todo a finales de los años veinte cuando las actividades de un famoso taumaturgo del norte del país -el Niño Fidencio- concentraba la atención pública, especialmente cuando el propio Presidente de la República -Plutarco Elías Calles- lo visitaba para atenderse de un problema dermatológico que los médicos de la época no habían podido controlar. El Niño Fidencio fue acusado por las autoridades sanitarias pero los resultados fueron completamente nulos, por lo que ya no se intentaron más este tipo de juicios, aceptándose con ello que existía una realidad que superaba la fuerza de la ley. En otras palabras, se aceptaba una práctica de facto por encima de un marco jurídico que todavía en la actualidad es insuficiente.

Papel de la antropología médica

La antropología médica como una subdisciplina de la antropología social ha realizado múltiples trabajos de investigación que demuestran la LEGITIMIDAD de los saberes y las prácticas de los terapeutas indígenas. Influidos por James Frazer y "La rama dorada" (1910), en la década de los veinte y treinta, autores como W.H. Rivers ("Medicina, magia y religión"), Evans-Pritchard ("Brujería, oráculos y magia entre los azande") Marcel Mauss, Bronislaw Malinowski y otros, con los estudios sobre las actividades mágicas y religiosas vinculadas con los actos curativos mostraron la importancia de los rituales y las ceremonias de los

(1) Médico y Doctor en antropología social. Profesor del Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México.

pueblos supuestamente primitivos.

En los cuarentas, cincuentas y sesentas, los investigadores culturalistas (como Robert Redfield, George Foster, Ralph Beals, William Holland, Gonzalo Aguirre Beltrán) profundizaron en los recursos humanos y materiales de la medicina indígena, en tanto otros como Claude Lévi-Strauss (1980) y Ernesto de Martino (1985) insistieron en los contenidos simbólicos de las prácticas curativas, sobre todo en el grado de eficacia de las mismas. Esto lo ejemplificaron afirmando la realidad biológica y simbólica de la muerte por hechicería.

En el campo de la epidemiología sociocultural, Arthur Rubel (1989) inicia trabajos originales y relevantes sobre la distribución e impacto del susto en comunidades rurales de Oaxaca, en años recientes su interés se ha centrado en los conocimientos y percepciones populares sobre la tuberculosis y el abandono del tratamiento respectivo. Sus discípulos como Roberta Baer y Javier García de Alba se han concentrado sobre el empacho y en la actualidad sobre el el SIDA, la diabetes, la hipertensión arterial y otras enfermedades crónicas. Todos estas investigaciones demuestran la pertinencia de la medicina indígena en un campo de actividad que la biomedicina no llega a cubrir.

En las últimas tres décadas, los antropólogos (ahora de orientación etnicista) han insistido en la necesidad de lograr una mayor aproximación de la medicina académica a los pueblos indígenas, reconociendo el valor del médico indígena y sus recursos, a partir del reconocimiento de las características multiétnicas y pluriculturales de las sociedades latinoamericanas. En México, Guillermo Bonfil Batalla (1981 y 1990) fue el principal exponente de esta tendencia.

Desde la perspectiva marxista-gramsciana, Eduardo Menéndez (1990), antropólogo argentino residente en México y discípulos, han desarrollado una valiosa propuesta, la de los modelos médicos. En ella aparecen tres modelos relacionados entre sí por relaciones de poder. El modelo médico hegemónico (la biomedicina), el modelo de autoatención y el modelo médico alternativo subordinado (donde se encuentran las medicinas indígenas y popular-tradicionales). El primero de ellos ejercerá su dominación en el campo ideológico al pretenderse como el único y verdadero camino hacia la salud, pero sobre todo, extenderá la hegemonía en el terreno jurídico, al lograr que la sociedad y el Estado emitan leyes que le favorezcan en cuanto a la exclusividad legal. En este sentido, M.A. Modena (1995) establece algunos puntos controversiales, pues la posible legalización no salva

de las dificultades y contradicciones que existen en el modelo alternativo subordinado.

Con algunas variantes Duncan Pedersen ha incursionado también en estas interrelaciones. Por otra parte, Gilles Bibeau (1982), antropólogo canadiense ofrece experiencias sobre el proceso de legalización a partir de los avances y las limitaciones de los médicos indígenas africanos en Zaire.

Otra orientación antropológica contemporánea, es la autonomista, representada en México por los antropólogos Héctor Díaz Polanco (1991 y 1995), Gilberto López y Rivas, Andrés Medina y otros, si bien no se refieren específicamente a la práctica médica, afirman en general el derecho que tienen los pueblos indígenas de expresar y ejercer en forma autónoma sus manifestaciones culturales particulares. Así pues la medicina indígena no dependerá de leyes ajenas sino de las decisiones propias de los pueblos involucrados. Con el estudio de los derechos específicos de los pueblos indios, en forma reciente, se está desarrollando académicamente la antropología jurídica. En México, las investigaciones y las asesorías directas de Teresa Sierra, Magdalena Gómez y otros colegas, han contribuido al proceso de legitimación y legalidad de las medicinas indígenas, especialmente en la constitución e impulso de las asociaciones de terapeutas indígenas tradicionales.

Con un evidente influencia de las nuevas tendencias antropológicas, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) abandonó la política cultural-integracionista donde las comunidades indias debían ser *incorporadas* al desarrollo económico-social de la nación. En el último convenio, el 169 (1989), defiende el derecho de los pueblos indígenas a participar en las decisiones que le conciernen. En el terreno de la salud señala que:

1. El gobierno debe proporcionar servicios de salud adecuados.
2. Los servicios de salud deben ser planeados, organizados, controlados y administrados por los propios pueblos indígenas.
3. La organización debe ser comunitaria tomando en consideración sus características económicas, geográficas, sociales y culturales.
4. Los servicios de salud deben considerar la medicina tradicional, o sea, sus métodos preventivos, curativos y remedios tradicionales, incluso los médicos indígenas o curanderos.
5. En los servicios de salud se debe dar preferencia a la formación y empleo de personas indígenas.
6. Los servicios de salud deben mantenerse en estrecha relación con otros niveles de atención sanitaria.

Por supuesto, aun es el discurso, pero ya existe un cambio fundamental en la concepción de los pueblos indígenas como sujetos de derechos y obligaciones con plena autonomía.

No está por demás recordar que la población indígena de América alcanza cerca de 42 millones, distribuidos en alrededor de 400 pueblos indígenas. En términos relativos Bolivia tiene un 71%, Guatemala 66%, Perú 47%, Ecuador 43%, Belice 19%, Honduras 15%, México 14% y Chile 8%.

Proceso de legalización en México y Bolivia

*Arrancaron nuestros frutos,
cortaron nuestras ramas,
quemaron nuestro tronco,
pero no pudieron matar nuestras raíces.*
(Movimiento 500 años de resistencia indígena, negra
y popular)

Apenas desde 1976, a través del *Reglamento de Parteros Empíricos Capacitados*, el Estado mexicano brindó un reconocimiento jurídico muy limitado y parcial a las parteras empíricas pues sólo se incluían aquellas que supieran leer y escribir, que participaran en los cursos de capacitación dirigidos por médicos académicos, y además, que aceptaran un control de sus actividades en programas institucionales de salud reproductiva. En la reglamentación respectiva se les llamaba "auxiliares para la salud en obstetricia" (SSA, 1976).

La actual y vigente *Ley General de Salud* (1984) continua desconociendo la importancia y trascendencia social y curativa de los terapeutas tradicionales (incluidos médicos indígenas), pues el artículo 79 reconoce única y exclusivamente las actividades de los médicos que han sido formados en escuelas y facultades pertenecientes a centros de enseñanza superior.

En octubre de 1990 se aprobó la *Ley de Salud del Estado de Chiapas*, cuyo capítulo cuarto reconoce a los diversos tipos de terapeutas tradicionales otorgándoseles el nombramiento de "auxiliares de fomento a la salud", exigiéndose también la asistencia a cursos de adiestramiento. Las recién constituidas organizaciones de médicos indígenas repudiaron tal posición subordinada y rechazaron el control médico académico sobre sus prácticas y conocimientos. Su lema fue: ¡Coordinación sí, subordinación no!

De acuerdo a estas leyes y reglamentos, la práctica médica indígena es prácticamente ilegal y obliga a sus terapeutas a ejercer en la clandestinidad. Existe una tolerancia de hecho pero ello no es garantía, ni seguridad, ni protección para los terapeutas indígenas (Campos-Navarro, 1990).

Por otra parte, en la Declaración de Oaxtepec (1989) y el Documento de Pátzcuaro (1991), las organizaciones de médicos indígenas demandan su plena incorporación a la vida legal solicitando su reconocimiento, registro ante las autoridades correspondientes.

Entre 1991 y 1993 realizamos una investigación antropológica que incluyó médicos indígenas mayores del norte de Sinaloa, purépechas de Michoacán, mayas de Campeche y kallawayas originarios de la Provincia de Bautista Saavedra en la cordillera boliviana. Además entrevistamos a las autoridades civiles, sanitarias y eclesiásticas de las regiones correspondientes. El objetivo fundamental fue conocer el contexto cultural, social y político en que se desarrollan las actividades cotidianas de los terapeutas indígenas y las percepciones individuales/colectivas de los diferentes actores sociales con respecto a la posible legalización de la medicina tradicional en México y las consecuencias del proceso de reconocimiento jurídico que ya se ha iniciado en Bolivia desde 1984 a través de resoluciones presidenciales y ministeriales (Campos-Navarro, 1996).

En términos generales, existe consenso para el reconocimiento legal de la medicina indígena en ambos países, sobre todo para aquellos especialistas más técnicos como son los yerberos, hueseros, sobadores y parteras. Existe duda e incluso rechazo - más evidente de los sacerdotes católicos- para la aceptación de los especialistas de la medicina tradicional que emplean ceremonias y rituales con fines curativos.

Todos los médicos indígenas en México solicitan su legalización argumentando ventajas relativas al incremento de la seguridad personal, protección colectiva, mayor respeto a sus saberes y prácticas, separación de los denominados brujos o hechiceros, supresión de molestias generadas por cuerpos policíacos y militares, libertad para el manejo y distribución de sus plantas medicinales, y por último, la recepción de apoyos financieros de instituciones nacionales y extranjeras. Ninguno mencionó inconvenientes.

En el caso de los médicos indígenas kallawayas que ya disfrutaban de una legalización parcial encuentran

secuelas positivas del reconocimiento estatal y son escasas las desventajas.

Después de haber analizado el papel de los terapeutas indígenas en la salud de sus respectivos pueblos, concluimos que la legalización de la medicina indígena en México es **factible, pertinente y necesaria**.

Es **factible** porque ya se ha realizado en otros países con profundas raíces históricas y culturales, por ejemplo, China e India en Asia, Bolivia en Sudamérica. Es factible porque existe un sustento comunitario que respalda el trabajo de los terapeutas. Es factible porque existen programas institucionales de interrelación que están funcionando más o menos adecuadamente.

Es **pertinente** porque constituye un derecho histórico de los pueblos indígenas de México. Es pertinente porque es un servicio útil, valioso, trascendente e irremplazable para las comunidades indias y que no sustituye, ni compite con las actividades de la medicina académica, pues son complementarias. Es pertinente porque obedece a las políticas internacionales de salud planteadas por la Organización Mundial de la Salud, por la Organización Internacional del Trabajo y otros organismos. Es pertinente porque establece un reconocimiento más formal a los médicos indígenas.

Es **necesaria** porque dará cumplimiento a las demandas políticas, sociales y culturales de los pueblos indígenas. Es necesaria porque brindará garantía, seguridad y protección a los practicantes de la medicina indígena. Es necesaria porque permitirá la libre circulación de los terapeutas y sus productos medicinales. Es necesaria porque permitirá la recepción de apoyos financieros para sus organizaciones. Es necesaria porque promoverá la capacitación de los médicos indígenas de acuerdo a los requerimientos de sus comunidades y en consonancia a sus propios intereses.

Por todo lo anterior, consideramos que:

- La legalización de la medicina indígena debe inscribirse en la revaloración y reafirmación de las culturas indígenas de México.
- La legalización debe ser realizada con la participación directa y activa de los propios pueblos indios y sus curadores.
- La legalización debe fincar las bases para la regulación operativa y comportamiento ético que establezcan los propios terapeutas tradicionales.
- La legalización no debe ser tomada como una panacea que resuelva todos los problemas que atañen a la práctica curativa.
- La legalización tampoco debe ser entendida como un fenómeno que por sí mismo impida el dominio y la hegemonía de la medicina occidental o académica

• No es suficiente el reconocimiento que otorga la comunidad donde vive o ejerce el médico indígena. No basta el reconocimiento que ofrecen las instituciones del sector salud. Es conveniente el reconocimiento legal que garantice el ejercicio pleno, responsable y comprometido de los médicos indígenas.

Concluiremos con palabras de un hombre andino:

El criollo no creó ninguna clase de medicina. Pero decide cuál es la forma legal de curar, cuál remedio debe proscribirse y cuál prescribirse. Persigue el conocimiento más antiguo sobre plantas, animales y minerales medicinales. (...)

La sociedad criolla oculta la utilidad y uso actual de la medicina qheswaymara. Se avergüenza de ella y casa [sic] con sus policías a nuestros médicos, llamándoles hechiceros. Aunque en casos desesperados los busquen en silencio. (...)

Los médicos de universidades son simples agentes de ventas de las fábricas de drogas. Las máquinas no producen alimentos, tampoco producen salud. (...)

Los hospitales andinos son copias de los europeos y norteamericanos. (...)

Mientras las universidades andinas aprenden y enseñan la medicina natural, qheswaymaras y criollos deben tener derecho a elegir públicamente cómo quieren curarse. Si con la medicina nuestra, natural, inocua, probada. O con la medicina ajena, artificial, agresiva, probándose.

(Wankar, 1980: 294-295)

Bibliografía

Aguirre-Beltrán, Gonzalo:

1980 Programas de salud en la situación intercultural. IMSS, Col. Salud y Seguridad Social, México

Bibeau, Gilles:

1982 "New legal rules for an old art of healing. The case of zairan healers' associations" en Soc. Sci. Med. 16: 1843-1849 Bonfil Batalla, Guillermo (comp.):

1981 Utopía y Revolución. El pensamiento político contemporáneo de los indios en América Latina. Ed. Nueva Imagen, México, D.F.

1990 México profundo. Una civilización negada. Coedición CNCA-Grijalbo. México.

Campos-Navarro, Roberto:

1979 "La medicina popular-tradicional y automedicación en familias asistentes a la clínica 25 del IMSS". Tesis para obtener la especialidad de Medicina Familiar. IMSS-UNAM.

1990 "Nosotros los curanderos..." Aproximación antropológica al curanderismo contemporáneo en la Ciudad de México. Tesis de maestría en antropología social. Escuela Nacional de Antropología e Historia.

1996 Legitimidad social y proceso de legalización de la medicina

- indígena en América Latina. Estudio en México y Bolivia. Tesis para obtener el grado de doctor en Antropología. Facultad de Filosofía y Letras, UNAM. México.
- Declaración de Oaxtepec sobre medicina indígena:
1992 Documento final del I Congreso Nacional de Médicos Indígenas. INI-DGCP, Oaxtepec, Morelos (1989). En II Congreso Nacional y I Encuentro Continental de Médicos Tradicionales Indígenas. Ed. INI-SEDESOL.
- De Martino, Ernesto:
1985 El mundo mágico. Universidad Autónoma Metropolitana, México.
- Díaz-Polanco, Héctor:
1991 Autonomía regional. La autodeterminación de los pueblos indios. Siglo XXI editores/ UNAM, México.
1995 "Introducción. Los pueblos indios en los Estados nacionales" en Etnia y nación en América Latina. (Díaz-Polanco, comp.)
Col. Claves de América. Consejo Nacional para la Cultura y las Artes, México.
- Documento de Pátzcuaro:
1992 Emitido en el Palacio de Huitziméngari, Michoacán (1990). En II Congreso Nacional y I Encuentro Continental de Médicos Tradicionales Indígenas. Ed. INI-SEDESOL.
- Levi-Strauss, Claude:
1980 "El hechicero y su magia" en Antropología estructural. EUDEBA, Buenos Aires.
- Ley Estatal de Salud del Estado de Chiapas:
1990 Diario oficial del Estado de Chiapas. n° 101, 30 de octubre
Ley General de Salud.
1984 Diario Oficial de la Federación, 7 de febrero. México.
- Menéndez, Eduardo:
1990 Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica. Consejo Nacional para la Cultura y las Artes y Alianza Editorial Mexicana. México, D.F.
- Módena, María Eugenia:
1995 "Reconocimiento, incorporación, legalización: algunos riesgos de la hegemonización del pensamiento y la acción respecto a las medicinas populares" en Pueblos indígenas ante el derecho. (V. Chenaut y M.T. Sierra, coords.) Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social y Centro Francés de Estudios Mexicanos y Centroamericanos. México.
- Ministerio de Previsión Social y Salud Pública:
1987 Reglamento para la práctica de la medicina naturista-tradicional de Bolivia. Resolución Ministerial 0231. 13 de marzo de 1987.
- Organización Internacional del Trabajo:
1989 Convenio n° 169 sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes. Serie: Documentos 89/1
Resolución Suprema 198771 (Presidencia de la República. Bolivia);
1984 "...sobre reconocimiento de personalidad jurídica y aprobación de sus estatutos" de la Sociedad Boliviana de Medicina Tradicional por parte del Presidente de la República. (Fotocopia de copia legalizada proporcionada por SOBOMETRA).
- Resolución Ministerial 0231 (Ministerio de Previsión Social y Salud Pública):
1987 Reglamento para la práctica de la medicina naturista-tradicional de Bolivia. (Fotocopia de copia legalizada proporcionada por SOBOMETRA).
- Rubel, Arthur; O'Neill, Carl y Rolando Collado Ardón:
1989 Susto. Una enfermedad popular. FCE. México.
Secretaría de Salubridad y Asistencia:
1976 "Reglamento de parteros empíricos capacitados" Diario Oficial de la Federación, 25 de octubre de 1976.
- Wankar:
1980 Tawantinsuyu (cinco siglos de guerra Qheswaymara contra España). Editorial Nueva Imagen, México
Zolla, C.; Del Bosque, S.; Tascón, A.; Mellado, V. y Maqueo, C.:
1988 Medicina tradicional y enfermedad. Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS), México.