

## En torno al potencial asistencial y sanitario de la medicina indígena en México

La reflexión sobre el papel y la relevancia de la medicina indígena en la atención sanitaria de nuestro país, y sobre las eventuales relaciones entre la medicina dominante y la medicina indígena en ese contexto, requieren tomar en cuenta su ubicación histórica y su marco estructural.

Desde el punto de vista histórico, el discurso proveniente de la medicina dominante con respecto a la medicina indígena ha pasado de la descalificación a la indiferencia; en este sentido la reflexión antropológica no ha permeado a la medicina dominante tanto como lo han hecho las necesidades políticas del régimen, en particular las relativas a la ampliación de la cobertura asistencial. Ni los recursos ni las concepciones propias de la medicina indígena han suscitado en la biomedicina mexicana replanteamientos sobre sus propios recursos y concepciones; ha sido la antropología la que ha intentado una lectura comprensiva, aún sin permear a la medicina dominante con sus hallazgos e interpretaciones.

Desde la perspectiva estructural, la medicina indígena juega su papel entre los modelos de salud de nuestro país, en el marco de un orden social donde operan sus particulares determinantes de tipo cultural, político y económico. Ninguna práctica médica es ajena a este marco. Estos determinantes estructurales, sin embargo, inciden en sujetos concretos, en pacientes y terapeutas. Los individuos confieren realidad a las determinaciones estructurales.

Importa entonces analizar en tres vertientes las relaciones entre la medicina indígena y la medicina domi-

nante: a) en su *evolución histórica*, b) como parte de las *relaciones estructurales* que se verifican en un sistema social y c) a través de los *sujetos* que reproducen estas medicinas y recurren a ellas.

### *Evolución de un papel en el papel*

En primer término cabe preguntarse por la naturaleza de los cambios sufridos en el discurso médico dominante sobre la medicina indígena. Un referente ilustrativo de la descalificación de la medicina indígena en nuestro país, se encuentra en la posición del doctor Ricardo Cicero, quien reconocía en 1917 como una de las dificultades prácticas en la reglamentación de la profesión médica, “la heterogeneidad de las condiciones de los diversos poblados y grupos humanos en toda la extensión de la República”.<sup>1</sup> Cicero, en la tarea de fundamentar la necesidad de reglamentación del ejercicio de la medicina y en oposición a quienes abogaban por su “libre ejercicio”, entre los cuales se encontraban autores como Terrés y Aragón, consideraba la práctica de la medicina indígena como un mal necesario, con la esperanza de que fuese erradicada paulatinamente, como la antropofagia o la esclavitud:

---

<sup>1</sup> Con motivo de la presentación entonces en la Cámara de Diputados de un proyecto de ley reglamentando el ejercicio de las profesiones en el Distrito Federal y territorios.



Plantas aromáticas. (Foto: Paul Hersch.)

Todo esto puede hacer el título y no se me diga que el simple curandero, que jamás pasó por las aulas, esté dotado de estas cualidades. Convengo en que pueda haber uno que otro dotado de bondad ingénita y de cierto buen sentido natural; pero ni la bondad ingénita le hará nunca comprender los verdaderos deberes del médico, ni el buen sentido natural será un sustituto de los conocimientos y práctica indispensables para el buen ejercicio profesional.<sup>2</sup>

Todo curandero era charlatán, aunque algunos de ellos resultaran *rescatables*, ciertamente no los terapeutas indígenas:

Cierto es que no todos los curanderos se reclutan entre el vulgo completamente ignorante, sino que hay entre ellos antiguos estudiantes de medicina, algunos que hasta terminaron sus estudios; pero que por adversas circunstancias, tales como reveses de fortuna, la ingente necesidad de atender las de una familia (de la que intempestivamente se ha resultado ser jefe u otras circunstancias apremiantes, se vieron obligados a cortar su carrera e impedidos de adquirir un título. Es indudable que en esta clase de curanderos las exigencias de una ley reglamentaria habrán de ser menos pe-

rentorias y que la solución estribaría en proveerlos de título mediante requisitos.<sup>3</sup>

Cicero refería que entre las principales objeciones a la reglamentación del ejercicio de la medicina estaban cuatro:

1. Se ataca la libertad de los enfermos que tienen derecho a elegir a quién ha de curarlos.
2. Se crean privilegiados en favor de una clase: la de los médicos titulados.
3. El título no es una garantía de saber ni de moralidad. El charlatanismo existe también entre los titulados y aun puede ser en ellos más desenfrenado y peligroso, y
4. Hay muchos lugares en la República en donde no hay médicos titulados, sino sólo curanderos.<sup>4</sup>

Respondiendo a cada objeción, aducía para la última:

Es ésta la objeción de mayor peso; pero no hiera en su base el principio de la reglamentación. Implica simplemente que ésta tendrá que ser mitigada en muchas ocasiones, que no habrá de ser férrea, rígi-

<sup>2</sup> Cicero, "Sobre la necesidad del título profesional para el ejercicio de la medicina", *La Farmacia*, tomo I, núm. 5, diciembre 15, 1917, pp. 89-96.

<sup>3</sup> Cicero, *op. cit.*

<sup>4</sup> *Ibid.*

da; pero tampoco a tal extremo suave que pueda ser impunemente burlada [...]

¿Por qué hay esa escasez de médicos titulados en las pequeñas poblaciones? Porque no sólo no hay aliciente para ellos, ni protección, sino antes al contrario, hostilidad por parte de los curanderos y brujas, que son los que allí sí gozan de verdaderos privilegios, y por la masa del vulgo ignorante, imbuido de prácticas supersticiosas y de prejuicios en contra de la verdadera ciencia. Pero si donde no existen médicos titulados habrá de resignarse temporalmente a que la Medicina sea ejercida por ineptos, no es razón para que en las grandes poblaciones, en donde hay gran número de aptos se deje en plena libertad a la ineptitud.<sup>5</sup>

En el imaginario colectivo de Cicero y sus colegas, la ineptitud conferida con generosidad a una masa ignorante, a un vulgo sin cultura, habrá de ser erradicada. Afortunadamente, la posición de Cicero es insostenible hoy, por lo menos expresada de manera tan explícita; subyace en ella algo más que la preocupación de un médico por proteger a la población de los charlatanes: se trata de la expresión, en medicina, de la actitud de rechazo al mundo indígena por parte de las clases dominantes, rechazo que persiste aunque se matice.

La falta de reglamentación del artículo 4o. constitucional de entonces continuó; para 1939 el órgano del Sindicato Nacional de Médicos Cirujanos de la República Mexicana, abordaba la figura de los charlatanes de la medicina, clasificándolos de acuerdo con su grado de educación, su proveniencia urbana o rural y sus recursos pretendidamente terapéuticos: “desde el miserable merolico de plazuela, hasta el elegante charlatán con suntuoso consultorio en principal avenida [...] desde el que para hacerse entender de su auditorio emplea el más típico folklore, hasta el que para impresionar a su atildado cliente le habla con lenguaje rebuscado y lo impresiona con términos médicos que las más de la veces no comprende”.<sup>6</sup> En esa clasificación se incluía a la mujer dedicada a la herbolaria:

Procede siempre de la clase indígena y casi nunca radica en la ciudad donde ejerce [...] su ignorancia es enorme, no sabe leer ni escribir: el español que habla es muy pobre y a las enfermedades o a sus hierbas las nombra con palabras indígenas o nombres vulgares,

<sup>5</sup> *Ibid.*

<sup>6</sup> *Acción Médica*, 45, 1939, p. 26.

que la mayoría de las sinonimias no consignan [...] sus recetas son siempre tés o infusiones, que algunas veces aconsejan serenar y otras tomar en ayunas, cuando el cuerpo está dispuesto a recibir el efecto de la hierba. No es raro también que indiquen la conveniencia de rezar algunas oraciones especiales para obtener mejor o más pronto alivio y dosifican siempre por hojitas o por lo que “se agarre con los dedos”. La herbolaria generalmente es vieja, desdentada y llena de arrugas, como son todos nuestros aborígenes cuando cargan a cuestras muchos lustros [...] Ejercen de muy buena fe y las primeras convencidas de la bondad de las hierbas son ellas mismas. Sus actividades no serían nocivas, si no faltara el diagnóstico y la dosificación correspondientes, pero por desgracia es muy fácil que empeoren al enfermo al darle una hierba para el hígado, cuando su enfermedad sea del corazón o bien, cuando por una dosis exagerada de cualquier infusión, intoxique al paciente [...] Es la herbolaria el escalón más bajo de la charlatanería; la más genuina representante de la medicina ejercida dentro de la más oscura ignorancia, y la más inocente competidora de la ciencia, que cree poseer los conocimientos necesarios para ejercer su comercio, sin tener la conciencia suficiente para diferenciar el bien del mal.<sup>7</sup>

La descalificación, inevitable desde la ilusión del progreso y en el contexto de una medicina en plena potenciación tecnológica, se presentaba plasmada en estereotipos. Especie de racismo maquillado de ciencia, se ha tratado de una descalificación técnica, pero sobre la base de una negación social de lo indígena.

Hoy, no sólo las insuficiencias del modelo médico dominante orillan a matizar la certeza excluyente de entonces. Estos juicios absolutos, estas cómodas certezas se han matizado a medida que el sueño de la modernidad se desvanece con la evidencia de los límites asistenciales cuantitativos y cualitativos. La incapacidad política para convocar al indígena y reconocerlo como partícipe activo de la sociedad es el otro elemento determinante en la evolución del papel de la medicina indígena en México.

## *El marco estructural*

En términos generales, dos ejes pueden sintetizar el marco estructural determinante en el devenir de la

<sup>7</sup> *Acción Médica*, 1939, 45:5 y 26.



medicina indígena en nuestro país y en América Latina: diversidad y desigualdad. Tanto la *diversidad* cultural y natural, como la *desigualdad* social, presiden las relaciones entre el modelo médico dominante y la medicina indígena. La diversidad cultural hace posible precisamente la existencia de concepciones y prácticas diferentes en torno a la enfermedad, la atención y la salud; la desigualdad social determina la demanda por los servicios que estas concepciones y prácticas suponen. A la diversidad necesaria se suma la desigualdad ominosa. El papel de la medicina indígena en nuestro país se encuentra en función de su contexto estructural: depende de la condición actual de las relaciones entre los pueblos indígenas, la sociedad y el Estado mexicanos.

El contexto político actual de esta relación en nuestro país se encuentra marcado hoy por una lucha arma-

da, detenida por la incipiente sociedad civil, y por una profunda crisis del régimen de gobierno. Esta realidad preside nuestra reflexión. La optimización del papel de la medicina indígena se encuentra en función de la apertura de espacios de participación real para los pueblos indígenas. Sólo un contexto social inclusivo puede garantizar una medicina inclusiva. Resulta altamente ineficiente ver lo técnico al margen de lo político.

Profundas diferencias éticas se han manifestado entre el gobierno mexicano y los indígenas rebeldes. Aquél se enfrenta a un discurso que le es ajeno, apostando a considerar lo indígena como un proceso totalmente específico que se verifica aparte del resto de la población. El discurso que enfrenta es sin embargo universalista tanto en términos conceptuales como formales. El régimen, con manifestaciones repetidas de descomposición interna, se apunala en la desorganización de la



Limpia con plantas aromáticas. Curandero don Cristino Hernández y doña Rosa Javana, Morelos, 1987. (Foto: Paul Hersch.)



sociedad civil y en el conjunto atomizador de estrategias personales de sobrevivencia.

A la racionalidad instrumental del gobernante, los indígenas están oponiendo una racionalidad comunicativa. Este conflicto constituye marco inmediato y a su vez referente fundamental de la relación entre la medicina dominante y la medicina indígena, y no puede ser soslayado.

La oferta de modificar las leyes incorporando en ellas un discurso inclusivo y autónomo significa muy poco, ante la ausencia de mecanismos y actores sociales que cumplan y hagan cumplir esos postulados.

A esto se añade la prescripción económica actual: *sobran* en el territorio más de cuarenta millones de mexicanos, incluidos por supuesto los indígenas. La planificación económica aplicada no arroja otra evidencia; se trata de un conjunto demográfico portador de patrones de producción y consumo ajenos a los términos técnicos sancionados por los organismos financieros internacionales y adoptados por sus epígonos mexicanos. De las estrategias de sobrevivencia de estos seres humanos *prescindibles*, y de los recursos ideológicos y materiales empleados en esas estrategias, lo único relevante son sus recursos materiales expropiables... ¿es éste un discurso político estereotipado o una descripción objetiva?, ¿podemos interpretar como mera ideología lo que es tal vez elemental sensibilidad?

### *El paciente como actor social*

Un tercer referente en el potencial asistencial y sanitario de la medicina indígena es el de los individuos y su entorno cotidiano. La autoatención y la medicina doméstica, elementos estructurales en toda sociedad,<sup>8</sup> juegan, aunque poco analizado, un papel en la relación entre el modelo médico dominante y la medicina indígena.

Actualmente en el enfermo, más que en algún espacio físico determinado o en un hipotético sistema de atención inclusivo, donde confluyen las diversas modalidades diagnósticas y terapéuticas. Esta confluencia espontánea se da en formas y ordenamientos aparentemente caprichosos, hasta que comprendemos que expresa la lógica de una búsqueda que se conforma a

partir de las condiciones de accesibilidad cultural y económica del sujeto y de su entorno social inmediato.

Cabe suponer un mayor protagonismo de los pacientes en esta confluencia, del individuo y su entorno doméstico como ejes que articulan sistemas médicos diversos; el paciente aporta su proceso patológico, su cuerpo dañado, su persona en búsqueda de bienestar o de consuelo, como sustrato imprescindible para cualquier encuentro entre sistemas generales, entre vastas estructuras asistenciales y modelos. En la carrera del enfermo es donde se van engarzando procedimientos y recursos, y son el enfermo y su referente doméstico quienes organizan las "alternativas" de cura pragmáticamente. Así, la emergencia de instancias de participación real de la ciudadanía es la emergencia de instancias impulsoras y reguladoras de cualquier práctica médica.

### *El terapeuta indígena frente al sistema de profesiones*

Los terapeutas indígenas, como actores sociales también determinantes en este proceso, operan en el marco del dispositivo asistencial generado por las sociedades indígenas, y sin embargo comparten, aunque con importantes matices, algunos rasgos con terapeutas de otros modelos médicos, como es la asimetría en su relación con el paciente,<sup>9</sup> en el reconocimiento de que, como fenómeno natural, quien cura a otro adquiere poder.<sup>10</sup>

En esta consideración se trata de utilizar la propuesta del modelo sistémico de profesiones de Abbott.<sup>11</sup> Con los evidentes límites que supone aplicar un modelo explicativo desarrollado para la sociedad occidental moderna, la dinámica entre profesiones puede servirnos para comprender algunos elementos de la relación existente entre el modelo médico dominante, la medicina indígena y la autoatención, y medicina doméstica. Los terapeutas tradicionales, aún considerando la gradación de su arraigo cultural y comunitario y el hecho de que muchos de ellos no se dediquen en exclusiva a la asistencia médica y espiritual sino que desarrollen simultáneamente labores agrícolas o de otro tipo para su sustento económico, y con ello no puedan ser conside-

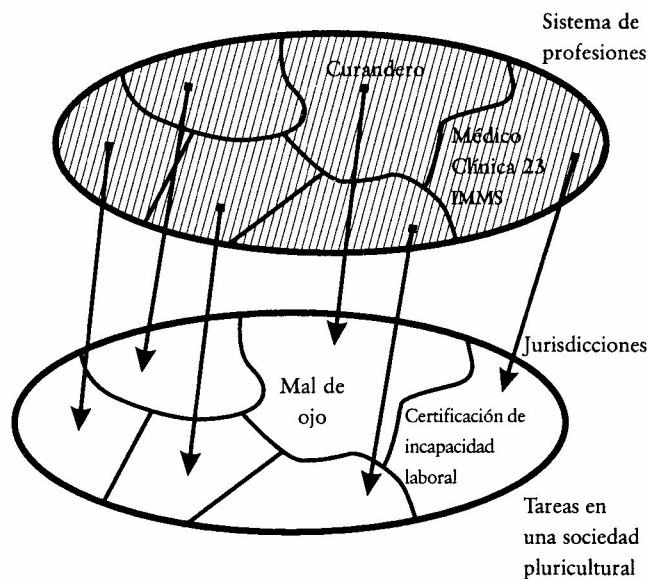
<sup>8</sup> Menéndez, 1990.

<sup>9</sup> Menéndez, *op. cit.*

<sup>10</sup> Twaddle, y Hessler, 1988.

<sup>11</sup> Abbott, 1988.

rados como profesionales en un cierto sentido, lo son en el momento en que esa actividad terapéutica cobra relevancia en su entorno.<sup>12</sup> Lo “profesional” no sólo constituye una categoría económica: se define también en el grado de calidad de un servicio, en la dedicación y solidez con que se lleva a cabo un trabajo determinado, en el desarrollo especializado de esa habilidad.



Gráfica 1.  
Sistema de profesiones y su jurisdicción sobre tareas

En la gráfica 1 se ejemplifica la relación existente entre una determinada configuración de tareas y la estructura profesional desarrollada para enfrentarlas: dos de ellas se consignan, subrayando sus jurisdicciones correspondientes. Las tareas usualmente preceden a los grupos profesionales. A efecto de contextualizar adecuadamente la confluencia de las diversas modalidades de cura, conviene detenernos en la dinámica de necesidades humanas, de tareas y jurisdicciones que constituyen el sustrato del modelo de profesiones. De acuerdo con Abbott, cada profesión se encuentra ligada a un conjunto de tareas por medio de jurisdicciones, de modo que la profesión y la tarea se relacionan mediante un vínculo social, el de la jurisdicción. Aunque ninguna profesión pueda extender su jurisdicción de manera infinita, una jurisdicción mayor supone mayor poder profesional.

<sup>12</sup> Profesar: sea en el sentido de “ejercer un oficio” como en el de “afirmar una creencia”, la etimología del término refiere a la declaración pública, al acto socialmente relevante (Gómez de Silva, 1988).

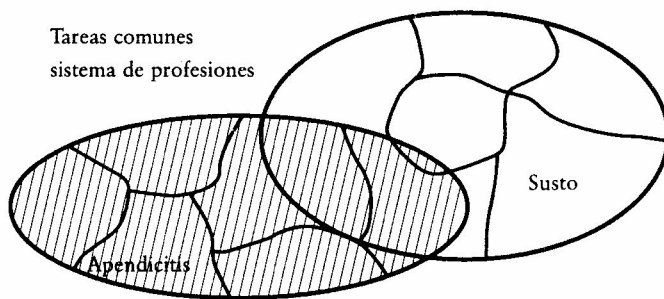
Existen así fuerzas externas que abren y cierran áreas de jurisdicción, afectando con ello a los grupos de profesionales.

Las profesiones no se desarrollan de manera independiente unas de otras. Nuevos grupos profesionales pueden ganar jurisdicción estableciendo una clientela entre grupos que plantean tareas no atendidas, o bien reclamando jurisdicción específica sobre una tarea antes común para un determinado número de profesionales. En el primer caso se encuentra el surgimiento de los homeópatas, osteópatas y quiroprácticos, cuando la medicina dominante ignoró una clientela potencial; el segundo caso, el de la circunscripción de una tarea antes común a varias profesiones, es el de los gerontólogos o el de los terapeutas conyugales.

Es en este contexto que pretendo analizar la confluencia de la medicina dominante y la indígena. Pienso que es pertinente caracterizar las tareas que implican jurisdicción diferencial en esta confluencia, reconociendo que, aun cuando menos estructurado, en nuestra sociedad pluricultural opera un sistema de profesiones.

Es en el seno de ese sistema que podemos plantear propuestas de articulación, donde la jurisdicción espontánea sobre las tareas no se constituya a partir del grado de accesibilidad económica, sino a partir de la oferta profesional específica para necesidades específicas.

Puede ser que en una sociedad pluricultural inclusive diversos sistemas de profesiones se encuentren operando simultáneamente, con procesos de influencia mutua, como se plantea en la siguiente gráfica:



Gráfica 2.

En otras palabras, se trata de facilitar el acceso a un sistema médico de profesiones que reconozca las demandas culturales, las necesidades anímicas, las tareas relativas a la optimización de las relaciones interpersonales sobre una base común de accesibilidad a la



En México existen numerosas muertes infantiles cada año que pudieron ser evitadas. (Foto: Paul Hersch.)

atención física satisfactoria del enfermo. Esta utopía, funcional como referente, subraya la insuficiencia e inequidad de los paquetes asistenciales actuales que han recortado la patología *atendible* —eufemismo de reciente uso político— a unas cuantas entidades preestablecidas.

Por otro lado, las profesiones como construcciones sociales refieren a la sociedad occidental moderna.<sup>13</sup> Su consolidación pasó en todo caso por un proceso de organización corporativa, en una dinámica de confrontación y lucha por jurisdicciones frente a otros grupos profesionales.<sup>14</sup>

<sup>13</sup> En el área sanitaria sobresale el caso de la enfermería. Abbott recuerda cómo Nigthingale definió un área potencial de trabajo, quitándosela a los militares y luego a las autoridades civiles, quienes de todas maneras, no estaban haciendo nada frente a las tareas susceptibles de atención enfermeril.

<sup>14</sup> Abbott, *op. cit.*

En este contexto puede analizarse también el proceso de organización corporativa de los terapeutas tradicionales, impulsado en el sexenio pasado por el gobierno salinista; ese esfuerzo atraviesa por dos áreas problemáticas: *a)* se verifica en el seno de una gestión gubernamental cuya política económica y social fue capaz de suscitar precisamente una rebelión indígena de trascendencia nacional aún no ponderada suficientemente, y *b)* convoca, en general, a la organización de los terapeutas al margen de las organizaciones políticas y sociales, campesinas e indígenas, regionales y locales. Como sucede con frecuencia en el ámbito campesino en nuestro país, los convocados son organizados exógenamente, con recursos logísticos y apoyos económicos externos; el proceso tiene un objetivo explícito plenamente legítimo, el de la salvaguarda de la medicina indígena a través de la protección de sus terapeutas. Al margen de la autenticidad del propósito y



del valor del esfuerzo de sus promotores, ambos fuera de discusión, la paradoja de la corporativización exógena de los terapeutas indígenas se acentúa cuando recordamos los vicios de relación susceptibles de aparecer en cualquier relación de financiamiento externo, y la potenciación de un desequilibrio intracomunitario previo, con el apoyo inevitable en el proceso a un sector de la población que ya opera con un poder sobre el resto de la población: el de la cura.

Generar sin embargo una instancia organizativa de los terapeutas implica también no sólo el apoyo fructífero a terapeutas imprescindibles y a sus pacientes, sino el fortalecimiento de una alternativa médica a partir de sus agentes, y ello no es por supuesto desdeñable. Es de hecho un paso fundamental que ha de ser ahora regulado, pero ya no tanto por la instancia gubernamental que lo impulsó, sino por la población organizada a la cual se ha de adscribir. El conocimiento domina la estructuración de la jurisdicción. En el conflicto entre grupos profesionales, la reducción es con frecuencia la redefinición de la jurisdicción de otros a la propia estructura, desplazando un diagnóstico profesional de un problema por otro diagnóstico profesional del mismo problema.<sup>15</sup> En tal contexto, los terapeutas indígenas, agrupados, pueden hacer evolucionar su conocimiento desde su propia perspectiva y legitimar su jurisdicción, antes de que ésta se vea reducida por otros grupos, convirtiéndose en verdaderos interlocutores organizados.

Los hechos culturales que demandan atención profesional no aparecen de repente. En el desarrollo de la biomedicina en México en este siglo, la medicina indígena fue reducida como charlatanismo, como mal inevitable pero transitorio. Sin embargo, la demanda cultural y sanitaria hacia el terapeuta indígena persiste y es manifiesta, como manifiesta es la incompetencia de la medicina dominante para enfrentar ejes patógenos tan determinantes como lo son el alcoholismo, la desnutrición, la contaminación ambiental, y la relación interpersonal instrumental.

Sólo un sistema de profesiones inclusivo, donde la medicina indígena sea desarrollada y potenciada, en lugar de ser *vitrinizada* e idealizada, puede asumir la jurisdicción que le corresponde sobre algunas de las tareas que, mal atendidas por la medicina moderna, demandan en definitiva su jurisdicción.

En la sociedad moderna, la moneda de la competencia entre profesiones es el conocimiento. El médico indígena porta un conocimiento que dará una pauta fundamental para la medicina inclusiva del futuro: nuestra responsabilidad común es la de coadyuvar a que se retire de ella la precariedad que se le impuso y que se le dore de condiciones adecuadas para su desarrollo y evolución, como expresión del desarrollo cualitativo mismo de la participación social.

¿Cuáles pueden ser las pautas de semejante florecimiento de la medicina indígena? Indudablemente una de ellas se encuentra en la terapéutica empírica y en los esquemas nosológicos donde subyace la integración entre la mente y el cuerpo, entre la dimensión anímica y fisiológica de los sujetos.

### Conclusiones

Ochenta años no han pasado en balde, por lo menos en lo que se refiere al discurso oficial respecto a la medicina indígena; sin embargo los cambios formales en éste, no se expresan en los hechos políticos. La justificación racial dió paso a una argumentación económica y técnica. La *masa ignorante* de antes es hoy el conjunto demográfico prescindible, si nos atenemos a la expresión cotidiana de la política económica.

Lo prescindible, sin embargo, debiese ser la ubicua precariedad, pues la aptitud no estaba tan correctamente distribuida como suponía Cicero: la hay en la medicina dominante, en la medicina indígena y en la autoatención. En este sentido, el antropólogo ha de hacer una adecuada observación etnográfica también de los *actores sociales no indígenas* que inciden en la medicina indígena.

El reconocimiento de la relevancia del paciente indígena y de su entorno doméstico lleva a insistir en su potencial como actor en la optimización asistencial y sanitaria de la medicina indígena. No se puede dejar la suerte de ese potencial sólo a los agentes gubernamentales y a los terapeutas. El gran vacío en esa posible confluencia es el de la sociedad organizada que accede a la medicina como usuaria.

Es justo esta perspectiva de usuario organizado la que nos rescata de posiciones maniqueas y sentimentalistas. La lógica implacable de quien busca atención recurriendo a lo que mejor le resulte es la lógica rectora que además ha existido siempre en las culturas. Es esta

<sup>15</sup> Abbott, *op. cit.*

perspectiva del usuario la que puede ejercer control sobre el terapeuta de cualquier medicina, pero sólo en un contexto organizativo diferente donde la ciudadanía tenga presencia decisoria.

La alusión al sistema de profesiones permite plantearnos la pertinencia de confeccionar un mapa de aquello que debe ser accesible a toda la población, pero definido sin prescripciones económicas foráneas. No puede plantearse en serio como un avance la oferta al indígena *de aquello que ya tiene*, del acceso a su propia medicina. La preservación tiene por sentido ser base de desarrollo. Un sistema inclusivo supone el acceso voluntario a una atención adecuada y moderna ahí donde se encuentra indicada, como en el caso de las urgencias, de las intervenciones quirúrgicas o de las modalidades diagnósticas eficaces de cualquier medicina. Ello supone una diferente priorización presupuestal, la cual se encuentra en la base de la discusión. Tampoco se puede continuar confundiendo en los hechos condiciones saludables con condiciones curativas. La base de una confluencia entre medicinas es estructural, e implica, por cierto, el acceso a satisfactores y servicios básicos. La confluencia entre la medicina indígena y la medicina dominante implica así definir y desarrollar la potencialidad diferencial de ambas medicinas.

La referencia al modelo sistémico de Abbott lleva también a reflexionar en lo que sería la delimitación de las diversas tareas y de las jurisdicciones sobre esas tareas en el contexto de un modelo médico inclusivo, y a considerar como real el proceso de competencia al interior del sistema, donde aparecen además otras prácticas y actores, como son las iglesias cristianas y los pastores y sacerdotes que cifran en la oferta de curación una estrategia proselitista. Tal proceso implicaría tanto explicitar las prioridades y jurisdicciones como optimizar una búsqueda de atención frecuentemente tortuosa e ineficaz.

No se puede disfrazar de amplitud de criterio y de estímulo a la autonomía lo que es un mero cálculo

de recorte presupuestal para nuevos programas asistenciales que reducen crecientemente la responsabilidad del Estado en la salud pública.

Planteamos que en el sistema de profesiones la medicina indígena tiene su función y ésta no es sólo "simbólica", sino que puede prevenir el daño prevenible, en mejores condiciones de accesibilidad cultural y económica, lo que se traduciría en una alternativa *eficiente*.

En síntesis, es necesario dejar de prescribir y justificar la precariedad de ambas medicinas, tanto en una medicina detenida y colonizada que vio cortada de tajo su evolución, medicina de conjuntos sociales permanentemente atropellados, como en una medicina altamente mercantilizada que plantea principalmente relaciones instrumentales a sus usuarios. La optimización del papel asistencial y sanitario de la medicina indígena en nuestro país requiere del concurso de los terapeutas indígenas agrupados y también, centralmente, de una población con niveles cualitativamente superiores de organización y participación social.

### Bibliografía

- Abbott, A., *The System of Professions*, Chicago, Chicago University Press, 1988.
- Anónimo, "El charlatanismo", en *Acción Médica*, 45, México, 1939, pp. 5 y 26.
- Cicero, R., "Sobre la necesidad del título profesional para el ejercicio de la medicina", en *La Farmacia*, 1(5), México, 1917, pp. 89-96.
- Gómez de Silva, G., *Breve diccionario etimológico de la lengua española*, México, FCE, 1988.
- Menéndez, E., "Antropología Médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones", en *Cuadernos de la Casa Chata*, núm. 179, México, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, 1990.
- Twaddle, A.C. y R.M. Hessler, en Mosby (ed.), *Sociology of Health*, San Luis Misuri, 1977.