
La medicina alópata para los huicholes. Una cuña que no es del mismo palo

Antonio Fernández Tejedo
Casa Huichol en Guadalajara

El debate sobre las relaciones entre la medicina indígena y la medicina occidental ha sido largo, en raras ocasiones fructífero y, en nuestro país, las más de las veces poco productivo y hasta inútil.

El debate se origina desde el momento en que el Estado cumple con la obligación específica de prestar un servicio, percibido como esencial y urgente, a una población poco o nada preparada ideológicamente para recibir el pesado costo organizativo y pragmático de la medicina occidental.

Dado que los servicios médicos alópatas y su peculiar estratificación se encuentran en una verdadera crisis dentro de la propia sociedad capitalista, no es difícil deducir que esta crisis de la medicina alópata, de su organización y calidad del servicio, al confrontarse con el mundo indígena resulta más grave y complicada.

Señalaré brevemente, ya que no es el objetivo de este trabajo, aquellos factores que considero más relevantes de esta crisis para poder así valorar su inserción, repercusiones y resultados en el mundo indígena.

Cuando la salud es vista como una mercancía con un precio, dentro de nuestra estructura económica y social, tiende a distribuirse diferencialmente entre los miembros de la sociedad de acuerdo a su ingreso y *status* socioeconómico.

Como gran cantidad de estudios lo han documentado previamente, la gente de bajos ingresos tiene un acceso inadecuado a la atención médica por más que muchos números y estadísticas tiendan a demostrar lo contrario.

Aunada a una mala distribución "vertical" de los servicios médicos basada en el ingreso, en los sistemas médicos capitalistas se da también una mala distribución "horizontal", derivada de discrepancias geográficas en la disponibilidad de personal y de servicios; nada que cuadre mejor con la realidad indígena de México en lo que se refiere a pobreza extrema y aislamiento.

Por otro lado, la institución de la medicina está íntimamente ligada al marco socio-político más amplio de una sociedad.

Bajo nuestro moderno sistema económico neo-liberal, el derecho de los ciudadanos a recibir atención a su salud constituye, como en otros campos, un principio ambiguo por muchas razones. La más importante es que el derecho a la salud del grupo más desprotegido y marginal de la sociedad capitalista está sólo en el papel, principalmente porque el poder financiero médico y el prestigio profesional están concentrados en las grandes urbes y en unas cuantas organizaciones. De esta forma, el poder médico tiende a la monopolización, superespecialización y comercialización, estructuras organizativas a las que el indígena jamás tendrá un acceso apropiado.

Además de los avatares sexenales y de los gustos personales de los funcionarios en turno para la aplicación de políticas sanitarias en el mundo indígena, la ejecución de las mismas plantea el problema de que las contradicciones propias del sistema médico occidental se hacen más agudas en el campo y que tienden a resolverse bajo un esquema de todo o nada, es decir, o se implementan de determinada manera o no se ejecutan. No hay hasta ahora flexibilidad o adecuación que permitiera hacer eficiente el trabajo médico sin la

derrama económica tan grande y los resultados tan pobres que hasta ahora se obtienen.

Ríos de tinta han llenado los manuales de procedimientos de cada una de las instituciones oficiales de salud que, abismalmente separadas en sus métodos de aproximación al mundo indígena, han defendido cada una hasta la ruptura y la incomunicación su realidad, su verdad y sus métodos de trabajo.

Eso sí, quien nos escuche en los foros internacionales quedará sorprendido de los programas por implementar, de las acciones por emprender, de los posibles resultados, de los recursos invertidos. La imagen de México al exterior es brillante; sin embargo, el otro México, el que no pudo viajar a la conferencia en Ginebra, vive otra realidad a la que me referiré más adelante.

Desde luego, los tiempos cambian a una velocidad vertiginosa; la crisis económica, la deuda pública de los países del tercer mundo, la dependencia médica casi servil a las políticas de las transnacionales farmacológicas y a sus intereses han hecho que los ojos se vuelvan a los recursos propios en salud de cada país para tratar de resolver, aunque sea en parte, los gravísimos e injustos problemas estructurales y organizativos que en el renglón salud guardan específicamente las comunidades indias y en general la población rural mestiza y la marginal urbana.

De ahí que la fuerza y prepotencia del pensamiento médico occidental haya sido tocada por la guadaña mortal de los dictados del Fondo Monetario Internacional y sus políticas distributivas que obligan al pago de intereses de la deuda descuidando los renglones de cada país en salud y educación. No queda más remedio, entonces, que voltear hacia abajo y buscar en la medicina autóctona y en los recursos médicos naturales alguna respuesta que permita el no quedarnos paralizados en un futuro próximo.

Aún así, la fuerza histórica de 500 años de dominio ideológico es enorme, y esto hace que el debate al que hice referencia al principio se dé en planos francamen-

te desiguales, con poco convencimiento y se puede decir que desdeñosamente complaciente. Hasta desde el punto de vista del lenguaje, la precisión técnica de la lengua española en boca de los más renombrados técnicos frente al español hablado del indio, genera problemas que la sociolingüística plantea como infranqueables y a los que, sin embargo, también debe buscárseles una solución.

Pero en fin, pasando al lado positivo, en México el intento y el esfuerzo existen y se dan. Las instituciones no cejan de profundizar en este dilema, buscando alternativas, tratando de sacar frutos de los fracasos. Las asesoran y auxilian las experiencias de otros países en el mismo campo, las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), los postulados emanados de la reunión de Alma-Ata en relación con la medicina indígena y las recomendaciones que propone sobre los programas de Atención Primaria a la Salud y la disposición de sus recursos humanos encargados de pensar el cómo y el dónde de la inserción de la cuña.

Los resultados no han sido, desde mi punto de vista, fructíferos en muchos campos. Los que más preocupan son: la persistencia de los altos índices de mortalidad infantil que nos colocan entre los incómodos primeros lugares del mundo; la tuberculosis que está haciendo estragos, y el de la desnutrición generalizada de la población, sobre lo que en este momento es mejor ni hablar pues es por todos bien sabido.

Ante esta situación cabe hacerse por lo menos dos preguntas:

a) Las propuestas del sector salud para las comunidades indígenas, ¿son las más correctas?

b) ¿Cómo han respondido, desde dentro, las comunidades indias a estas propuestas, cuál ha sido su aportación o esfuerzo?

Para la primera pregunta, a 40 años de trabajo sanitario con los indios, el estado de salud de su población es la respuesta más evidente. Es decir, existe hoy día un desfase total entre las propuestas moderni-

zadoras del Gobierno para la nación en general y el estado real de desarrollo sanitario en las áreas indígenas. Por lo tanto, la respuesta es no, y personalmente creo que si en lugar de hacer la pregunta con relación a las comunidades indias, la hiciéramos con relación al pueblo de México en general, para mí la respuesta seguiría siendo no.

Respecto a la segunda, pienso que cada etnia habrá dado una respuesta particular de acuerdo con su idiosincrasia, y habrá también un denominador común que la identifique.

Específicamente la etnia huichol responde de una forma peculiar, claro está, ante la enfermedad y la muerte. Como para la mayoría de los indios, la enfermedad es el resultado de una influencia sobrenatural, y por lo tanto la influencia que un ser humano pueda ejercer sobre ella, exceptuando la del *maracame*, es nula.

El *medicine-man* local, perdón por el término, el *maracame* de la comunidad, se encargará en primera instancia de curar al enfermo; sus recomendaciones son generalmente para que los familiares cumplan con preceptos rituales olvidados, y otras recomendaciones también de carácter ritual, sus plegarias y cantos, ayudarán al restablecimiento de la salud, misma que se resolverá dentro del mismo principio de la magia o la adivinación.

Los familiares tomarán una actitud pasiva y expectante ante su enfermo, esperando que los problemas se resuelvan mediante la intervención de las fuerzas sobrenaturales inmanejables para el hombre común y corriente. Ni remotamente existe la comprensión del aspecto preventivo natural. La enfermedad no se presentará si se cumple con los preceptos rituales; el otro aspecto, el preventivo o el de la intervención directa, no se contempla.

Esta es una forma de ser y de comportarse ante un hecho cultural propio; se necesita conocer la respuesta indígena ante las propuestas y programas sanitarios que le son impuestos. La aplicación de nuestros pro-

gramas de salud a las comunidades han sido, hasta este momento, bajo las normas y criterios que ya me he permitido señalar. Esto ha favorecido y fortalecido una actitud poco participativa, dependiente y ambigua que en nada ha beneficiado al desarrollo del trabajo sanitario indígena. Esto tiene su lado positivo, puesto que los aspectos más demoledores de la medicina occidental no han llegado a calar profundo todavía entre los indios, principalmente la medicalización de la vida, la automedicación, la sobredemanda de servicios de urgencia, etcétera.

Es necesario aclarar y saber cuáles son los rasgos de carácter y de cultura sobre los que habría que trabajar para, de una vez por todas, tener presente qué se puede hacer y qué no se puede hacer desde el punto de vista de programas sanitarios entre los indios; yo creo que este tipo de trabajo sobre rasgos caracterológicos y actitudes, va a ser de gran valor para así ya no dilapidar lastimosamente recursos, tiempo y personal. Este tipo de trabajo no ha sido hecho, y lo poco que se sabe no ha sido descrito, pues existe una tendencia a tratar de ignorar los aspectos y rasgos negativos del indio que, como cualquier ser humano, los tiene. Su persecución cultural continua, su marginación y pobreza hacen que de ellos se hable sólo en forma de exaltación, preparando el terreno favorable que permite desarrollar acciones paternalistas y dadas que también, por otro lado, ayudan a limpiar la culpa ignominiosa de su atraso. Recuerdo que un presidente lloró públicamente por ellos.

El hacer lo que se pueda y hasta donde se pueda, sin que importen los resultados, es lo que ha propiciado el estancamiento total, no sólo en el área sanitaria, sino también en las áreas productivas y de servicios.

Yo pienso que el hablar del lado positivo y negativo de las cosas y de las gentes permitirá a las autoridades definir con más claridad los programas de educación en salud y Atención Primaria, si es que esas autoridades creen que deben hacerlo.

Vencer las resistencias y los miedos para atacar el

desinterés, la falta de organización comunitaria, la desinformación, la apatía, la falta de solidaridad, etcétera.

Después de señalar y describir algunos de los problemas que, en mi opinión, son los más agudos en relación con la medicina occidental y su inserción en el mundo indígena, queda la obligación de plantear algún tipo de soluciones, no con el fin de que nadie les haga caso o tome en cuenta, sino para redondear y concluir.

Primero. Nadie es responsable de la crisis de la medicina occidental y no está en manos de nadie la solución de esa crisis; ésta se resolverá por sus propios medios, por su propio devenir. Ya existen amplios sectores de la población que reflexionan, se preparan y cambian sus hábitos y costumbres médicas. Lo que sí podemos hacer es tratar de que esta crisis no afecte al mundo indígena.

Segundo. Yo propongo que se trabaje inicialmente en la organización comunitaria en salud, mediante la capacitación, sólo en el aspecto organizativo, de grupos de personas designadas y de voluntarios para crear los comités de salud en las áreas que propone la OMS.

Tercero. Romper el esquema tradicional que hasta ahora ha existido para la atención a la salud en las comunidades indias va a costar mucho esfuerzo. Se requiere de una claridad de criterio y de un ente responsable que supervise y dé continuidad a las estrategias en Atención Primaria de la Salud que implementa la Secretaría de Salud, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y la Universidad de Guadalajara.

Cuarto. Hacer a la comunidad copartícipe y responsable de los programas. La comunidad debe de responder porque está comprobado que muchas comunidades indias en otros países y en el nuestro lo han hecho.

Quinto. El dominio de un solo tipo de medicina, la alópata, priva a los grupos indígenas de los beneficios que otras orientaciones médicas podrían ofrecer, principalmente la homeopatía, cuyo trabajo sanitario en

áreas rurales y comunidades indígenas es prácticamente nulo, La homeopatía es una orientación médica mucho menos costosa que la alopátia; su eficacia está siendo comprobada día con día y sus aportaciones a la comunidad podrían ser de insospechado valor y efectividad. La acupuntura, el naturismo y otras orientaciones médicas podrían contribuir a diversificar las opciones y, sobre todo, brindar alternativas ante el desabasto de medicina de farmacia. Es una regla trágica el que cuando no llega la medicina a la comunidad, prácticamente no hay consulta. Ahí estriba otro problema: los médicos sólo saben recetar; es muy difícil que el médico pasante haga otras cosas además de recetar porque no se lo enseñaron.

Sexta. La desprofesionalización de los servicios médicos en áreas indígenas podría ser un paso aislado para elevar los niveles de salud en esas áreas. El termino desprofesionalización de los servicios médicos fue acuñado y descrito por Ivan Illich y ha sido uno de sus conceptos mas agredidos y desechados. Creo que valdría la pena decir algo de lo que por desprofesionalización de los servicios médicos entiende Illich:

La desprofesionalización de la medicina no implica la proscripción del lenguaje técnico, como tampoco exige la exclusión de la aptitud genuina, ni se opone al escrutinio público o a la denuncia del mal ejercicio. Pero sí implica un prejuicio contra la mistificación del público, contra la certificación mutua y la autodeterminación de los que curan, contra la discriminación legal de personas que curan elegidas y nominadas por las colectividades.

La desprofesionalización de la medicina significa desenmascarar el mito según el cual el progreso técnico exige la solución de problemas humanos por medio de la aplicación de principios científicos, el mito del beneficio obtenido por un aumento en la especialización del trabajo y el mito de que la creciente dependencia de la gente del acceso a instituciones impersonales es mejor que la confianza mutua.

A manera de conclusión, creo que la gente encuentra cada vez menos recursos en su ambiente y en su cultura que puedan ayudarle a avenirse con su sufrimiento, y así está forzada a depender de los servicios médicos para atender una gama creciente de problemas triviales; la gente está perdiendo la habilidad de vivir con la invalidez o el dolor, y llega a depender del manejo de cada incomodidad por un personal de servicio especializado. Jamás los servicios sanitarios podrán proporcionar un especialista para cada molestia. Las autoridades no deben permitir esta penetración ideológica médica, este pesado fardo o cuña que, para que de verdad apretara, debería ser del mismo palo o por lo menos de palo más resistente o variado.