

INDÍGENAS, MEDICINA Y CULTURA

*Elena Puglisi**

Introducción

Esta reflexión se fundamenta en una investigación realizada entre octubre y diciembre del 2009 en la clínica “Sei” en San Cristóbal de las Casas, ciudad del estado del Chiapas, México. La clínica, independiente del gobierno mexicano, es una organización médica de primer nivel, y promueve la asistencia sanitaria de breve hospitalización. Las actividades de la clínica incluyen las visitas en las comunidades “indígenas”,¹ campañas de prevención para curar las enfermedades endémicas, cursos de planificación familiar y otro curso para educar a los promotores de salud. Los doctores trabajan en la clínica según una convención entre la clínica y dos universidades de la ciudad de Monterrey, la Universidad Autónoma de Nuevo León y la Universidad de Monterrey - colaboración elegida por el fundador de la clínica para promover el conocimiento de la cultura chiapaneca y especialmente del universo médico que caracteriza esta cultura entre los jóvenes médicos.

La cuestión de los “indígenas” del Chiapas ha tenido resonancia mundial gracias a la insurrección zapatista del enero del 1994. Los rebeldes denunciaron la situación de desconocimiento, discriminación, explotación y extrema pobreza de las poblaciones locales y todo el mundo conoció las condiciones de vida de los “indígenas”. La visión dicotómica que está a la base de la condición de vida de los “indígenas” es la distinción arbitraria entre ellos y el resto de la población nacional: los ladinos. A los “indígenas” son atribuidos específicos caracteres físicos, conductuales, sociales y culturales; y tal atribución ha creado no sólo dos universos diferentes con referencia a la población pero también con respecto a la acción del Estado en favor de la población. Las políticas sanitarias basadas en esta taxonomía restrictiva refuerzan y reproducen la distinción entre “indígenas” y ladinos, medicina “tradicional” y biomedicina, analfabetismo e instrucción; el acceso a los servicios sanitarios está efectuada con respecto a esta distinción.

El sistema sanitario mexicano ha rehabilitado, a partir de los años Ochenta, las prácticas terapéuticas “tradicionales”, antes consideradas como simple superstición, con el objetivo de prestar ayuda médica a las poblaciones “indígenas”, excluidas por la salud estatal. Así la medicina “tradicional” ha sido legitimada según las exigencias de la salud pública pero también ha sido depurada por los aspectos creídos superfluos y marginales a los objetivos de la cura. La correlación entre medicina “tradicional” y población “indígena” está presente a varios niveles, sea en la clínica Sei, que en las comunidades:

* Elena Puglisi es graduada en antropología médica, Universidad de Modena y Reggio Emilia, Italia.

¹ Se ha decidido insertar entre comillas los términos “indígenas” y medicina “tradicional” porque conceptos definidos externamente con respecto de la realidad local. Además son conceptos connotados políticamente y a menudo extraños respecto alle poblaciones mismas (N.d.A).

así la asignación de la identidad y la elección terapéutica son procesos paralelos nacidos de la misma distinción. La medicina “tradicional” parece dirigida a restablecer el equilibrio de las personas a través de prácticas mágico-religiosas o espirituales. Eso ha producido la devaluación y la privación de sentido de la medicina “tradicional” por parte de la biomedicina, legítima e institucionalizada. La medicina “tradicional” está sometida a un juicio biomédico de las terapias y las enfermedades. Los aspectos centrales de las prácticas terapéuticas, los ruegos y los sacrificios, son considerados oficialmente como practicas mágicas. Las técnicas terapéuticas indígenas son consideradas por los médicos en términos empírico-racionalistas, encasillándolas en esquemas impropios que excluyen la dimensión del sentido, enfatizando la dimensión sobre la eficacia intrínseca y reduciendo todo a las propiedades químicas de las sustancias usadas.

Las reformas legislativas han usados la medicina “tradicional” como aspecto emblemático de la especificidad “étnica” de los grupos indígenas, símbolo de la diversidad cultural y ámbito preferencial en que tienen que ser analizadas las dinámicas de afirmación de la identidad. La hegemonía ideológica de la biomedicina ha comportado la devaluación de los sistemas de conocimientos y respuestas médicas a ella diferentes y opuestos, produciendo una definición de la enfermedad sin contexto y contenido semántico. Estos procesos no han eliminado la variedad de las elecciones terapéuticas: otros sistemas médicos persisten y son prósperos aunque a menudo en condiciones precarias.

El resultado de las políticas no ha sido la igualdad de acceso a los servicios sanitarios y la extensión de este a toda la población pero el aumento de la disparidad por las posibilidades de recibir servicios. Las oportunidades de cura mejoras quedan destinadas a quien paga un seguro privado: la mayoría de la población recibe exclusivamente el seguro estatal que sólo comprende algunos de los servicios sanitarios necesarios.

La clínica: ¿quienes son los “indígenas”?

La clínica Sei tiene el papel de ayudar a las poblaciones “indígenas” del estado de Chiapas para los problemas médicos. La mayoría de los médicos llaman superstición los conocimientos de los “indígenas” sobre la salud y la enfermedad. Poseer tal convencimiento puede conducir los pacientes a ocultar los aspectos considerados por los médicos como derrelictos, supervivencias ancestrales. Este proceso de ocultamiento de las características personales o culturales puede comprometer el proceso de curación porque revela la falta de confianza en los médicos y en la biomedicina.

Quien hace una visita por la primera vez en la clínica tiene que rellenar un impreso con sus datos anagráficos y efectúa una breve entrevista para valorar si puede ser definido “indígena”. Si la lengua hablada durante el coloquio es una lengua “indígena”, tzozil y tzeltal, o si comprende el español y en línea con el juicio del médico con respeto al modo de vestir y a la estética del paciente, se decide si la persona es “indígena” o menos. En función de tal asignación de identidad los pacientes acceden a una faja diferencial de pago. En la clínica son disponibles tres fajas de pago, desde el gasto total de la visita y de las medicinas por quienes no son “indígenas”, hasta la gratuidad por quien es “indígena” al cien por cien. Los “indígenas” que se visten con los trajes tradicionales son pobres y pueden acceder gratuitamente a los servicios médicos. Si

tales características identitarias son “ensuciados” por el español y por los trajes que no corresponden a la tradición, la persona está obligada a cobrar la visita y las medicinas.

Las atribuciones identitarias no fueron caracterizadas por la presencia de conflictos ni de oposiciones. Eso está determinado por dos causas: los pacientes participan de las dinámicas identitarias de la clínica y las conocen; en según lugar, sólo quién conduce la entrevista tiene un papel activo en el proceso de atribución identitaria: este juicio está acreditado entre los pacientes.

Las características de los “indígenas” son, según los médicos, la lengua, el fenotipo, la cultura, el origen geográfico y los trajes. A pesar de que estos cuatro aspectos sean centrales, lo que emerge de los discursos de los médicos es el papel predominante de la cultura. En las entrevistas emerge que los médicos clasifican los pacientes según esquemas externos a la realidad médica, reproduciéndola. Las características consideradas propias de los “indígenas”, determinadas en el momento del nacimiento, pueden ser aplicadas a otros grupos y no denotan la especificidad de los “indígenas” chiapanecos: sirven a ordenar la realidad de la clínica. Los médicos omiten el carácter procesual y dinámico de las identidades. Para eliminar la discriminación existente pero son necesarias políticas y prácticas adecuadas al reconocimiento, al respeto y a la valorización de una cultura, en línea con los deseos de quién de aquella cultura declara de hacer parte.

En los que hace la clínica no se comprende bien como se puede ver quienes son los “indígenas” y quienes no. La clínica diferencia a partir de la apariencia de una persona y identifica el pensamiento “indígena” definido en términos de pureza, contra la mezcla característica de toda la Nación. Lo que ocurre en este proceso es la creación de una supuesta cultura “indígena”, caracterizada por el hecho de ser impermeable a los cambios y contrapuesta a la cultura nacional. Las muchas comunidades del Chiapas son así incluidas en la categoría “indígena”, anulando las diferencias y las semejanzas individuales y comunitarias.

Las estrategias políticas promovidas por la clínica no quedan circunscritas a la asignación de la identidad: a veces son usadas por los pacientes. Quien quiere acceder a la faja más baja de pago niega el conocimiento del español y se viste de acuerdo con la tradición. Según los médicos la manipulación de las identidades son un fraude, la tentativa de ocultar la esencia para una facilitación económica. Es el diferente trato económico a producir tal identidad funcional a la visita médica.

Las comunidades “indígenas” no aparecen en armonía con el gobierno y por eso no tienen acceso a los servicios básicos del estado asistencial. La falta de continuidad de la asistencia médica ha transformado las islas felices en comunidades marginadas. La misión de la clínica está clara: promover el desarrollo sanitario. La fundación propone unas soluciones a los problemas centrales con respecto de la salud de los “indígenas” para mejorar las condiciones de vida de las poblaciones locales; ellos tienen que abandonar las costumbres contrarias al desarrollo como el elevado número de hijos. Estas políticas contribuyen a reproducir la ideología que localiza la población “indígena” en contraposición al resto de la Nación mexicana: pureza “indígena” *versus* mezcla nacional.

En la clínica Sei la medicina “tradicional” tiene poco espacio a pesar de la clínica se dirija principalmente a la población “indígena”: el paradigma médico de referencia es el biomédico. El ámbito ocupado por la medicina “tradicional” está limitado por el herbolario. Todos los médicos están en contacto con la medicina “tradicional” durante las visitas en las comunidades o con los pacientes en la clínica. En Sei los pacientes no tienen la posibilidad de elegir si adoptar a la biomedicina o la medicina “tradicional”, reducta a el herbolario. Son los médicos que deciden que cura prescribir, después de haber efectuado el diagnóstico. El herbolario dice que los remedios preparados utilizando las plantas pueden ser útiles solo contra enfermedades “típicas” del Chiapas, y si se conoce la eficacia científica del principio activo contenido en la planta. En designar los ámbitos de competencia de la biomedicina y de la medicina “tradicional” lo que ocurre es un juicio de valor sobre cuyo resultados las dos medicinas pueden alcanzar. A la medicina “tradicional” son reservadas algunas enfermedades catalogadas por los médicos como “leves” y “simples”.

La complejidad de la biomedicina deriva, según los médicos, del reconocimiento científico de que ella goza. Algunos médicos afirman que la biomedicina tiene una eficacia documentada mientras la medicina “tradicional” no. La operación que ellos cumplen es de reducción porque juzgan la medicina “tradicional” en los términos de la biomedicina y no consideran que el objetivo de ambas las medicinas es curar al paciente y restablecer su salud. Los pacientes de la clínica tienen desconfianza en hablar de medicina “tradicional” y la mayoría de ellos dice de creer en la biomedicina; según los pacientes de la clínica quien se refiere a la “medicina “tradicional” es porque tiene dificultades económicas y no puede viajar para consultar un doctor.

Los sistemas terapéuticos diversos con respecto a la biomedicina son definidos en comparación a esta y eso ha producido la reducción de la complejidad de los sistemas terapéuticos a algunas características consideradas mas importantes según el sistema biomédico hegemónico. Las políticas estatales en campo sanitario han tratado de uniformar las prácticas terapéuticas en vista de su reconocimiento oficial; a pesar de esto los indígenas aún tienen dificultades de acceso a los servicios sanitarios. Las características terapéuticas chiapanecas no están reconocidas y los indígenas no tienen autonomía de elegir entre biomedicina y medicina “tradicional”. La marginalización del saber indígena ha producido la progresiva pérdida de conocimientos ancestrales en favor de las prácticas legitimadas por el estado. De otra manera de cuánto ocurre en Guatemala (Xitumul Piox en este numero de *Universitas Forum*), dónde los terapeutas tradicionales han tenido modo de mantener los mismos conocimientos y el propio sistema terapéutico, en Chiapas se ha asistido a una pérdida de tal saber, sea del punto de vista de las personas que se dirigen a ello, sea con respecto del cambio del saber mismo, transformado en línea a su entrada en los hospitales. Las poblaciones “indígenas” chipanecas son comunidades a los márgenes, privadas de las mismas especificidades y uniformadas por la visión oficial exterioriza. Y la medicina “tradicional” tiene que resolver las faltas del sistema sanitario hegemónico: es una medicina al servicio del Estado.

Esta clasificación de la población produce dos efectos diferentes. Del punto de vista ideológico, la clasificación es efectuada sobre bases arbitrarias, lengua y vestuario, y reproduce una visión de la realidad dicotómica que no toma en consideración la complejidad del tejido social chiapaneco. Del punto de vista de las políticas sanitarias

esta visión dicotómica crea diferentes tipologías de servicios a que corresponden muchas modalidades de acceso según el grupo de pertenencia. Eso indica como las bases a partir de las que son efectuadas las asignaciones identitarias sean arbitrarias y no tomen en consideración el punto de vista de los actores sociales y sus solicitudes de autonomía y autodeterminación.

A partir de los años ochenta la discriminación ha sido reemplazada por la tentativa de subrayar y exaltar los aspectos positivos de los “indígenas”. El redescubrimiento y la construcción de las identidades se configura como un proceso de nueva-indigenización, en cuyo se trata de poner remedio a las políticas que intentaron de construir una realidad nacional homogénea y “mestiza” por la progresiva eliminación de los rasgos culturales considerados típicos de los “indígenas” además de principales obstáculos al desarrollo del país.

A pesar de las tentativas efectuadas a partir de los años noventa a favor del redescubrimiento de la medicina “tradicional”, la asistencia sanitaria resulta todavía ser conectada a las dinámicas de exclusión consiguiente por una distinción de la población sobre base “étnica”. Las políticas de la tolerancia han sido dirigidas con base en las necesidades del sistema a sanitario oficial, no tomando en consideración las necesidades terapéuticas de las personas. Los “indígenas” siguen no pudiendo acceder a la mayoría de los servicios ofrecidos por el Estado. Igualmente la inclusión de las prácticas terapéuticas “tradicionales” en los servicios directos a los “indígenas” reproduce la distinción “étnica” de la asistencia sanitaria, creando vacíos terapéuticos.

Conclusiones

Las taxonomías sociales y aquellas médicas producen un sistema de valores. Las distinciones que son efectuadas a nivel institucional comportan juicios sobre las identidades, sobre la posibilidad de efectuar selectas terapéuticas y sobre las selectas terapéuticas mismas. A tales juicios corresponden políticas que estructuran espacios de existencia por cada categoría localizada y crean un campo de legitimidad, basado sobre una visión restrictiva y simplista de las prácticas terapéuticas “tradicionales”. Los discursos oficiales caracterizan la medicina “tradicional” sobre la base de los aspectos derivados por el pasado, reproduciendo una visión de estas prácticas como inmóviles, estáticas y diques en las mismas comunidades. Los dos aspectos, aquel de la identidad y aquel de la medicina “tradicional”, tienen efectos sobre las políticas sanitarias y sobre las estrategias de los actores.

Las relaciones entre la medicina “tradicional” y el sistema sanitario hegemónico conciernen sobre todo las políticas oficiales dirigidas a tutelar algunos aspectos de tales prácticas terapéuticas y a su incorporación dentro de los circuitos oficiales. También las dinámicas que se someten a la inclusión de la medicina “tradicional” en el sistema sanitario biomédico son efectuadas de modo arbitrario y reproducen una visión simplificada de éste. La identificación que ocurre sea a nivel estatal sea a nivel de la opinión pública entre herbolarios y prácticas terapéuticas tradicionales comporta la anulación de la multiplicidad de las expresiones de este última.

Los efectos que las políticas de la identidad y la división de la oferta terapéutica sobre base “étnica” tienen es de reproducir un sistema de pensamiento dicotómico,

caracterizado por la existencia de “indígenas” y “mestizos”, grupos cerrados y arbitrarios que legitiman el acceso a determinados sistemas de cura o lo excluyen. Y reproducen una caracterización de valor de los dos grupos, distintos sobre la base de cuyo los servicios de cura se dirigen, que indica la biomedicina como elegida y la medicina “tradicional” como opción obligada por quién no puede acceder a la primera.