

Deterioro de los sistemas etnomédicos presentes entre tzotziles y tzeltales de Chiapas y procesos de recuperación y cooptación

Jaime Tomás Page Pliego*

Resumen

Este artículo tiene por objetivo discutir las repercusiones acaecidas en los sistemas etnomédicos de los Altos de Chiapas que son resultado del trabajo realizado, por un lado, por diferentes grupos religiosos y, por otro, de la política sanitaria manifiesta. El estudio se fundamenta en el seguimiento realizado a organizaciones de etnomédicos y parte de la consideración de que en la actualidad son pocos los jóvenes tzotziles y tzeltales que reciben el mandato onírico para ayudar a sanar a sus semejantes, esto, entre otras cosas, como consecuencia de los rápidos cambios que se están suscitando en las formas en que se concibe y se vive en el mundo; apuntando, en algunos casos, en el mediano plazo, a su desaparición, tal como desde hace varias décadas sucede entre los tzeltales de Oxchuc, donde en la actualidad la práctica médica se ha reducido a estrategias diagnósticas que se hacen sobre lo poco que se conoce de los métodos y teoría de la biomedicina, que la terapéutica se limite al uso de la herbolaria y la farmacéutica; además, que a la práctica se acceda por vocación y no por mandato. En respuesta a este proceso, se han conformado varias organizaciones de médicos indígenas, algunas en forma autogestiva, otras inducidas desde instancias gubernamentales buscando emular los modelos de las primeras. Dichas organizaciones, entre otros de sus objetivos, postulan la recuperación y fortalecimiento de lo que les sea posible de sus propias medicinas, así como mediar con la sociedad global en busca de espacios de respeto y aceptación a sus prácticas, así mismo, luchan por participar en la discusión suscitada en el plano de la política sanitaria dirigida a pueblos indios, interviniendo en las iniciativas que pretenden la incorporación de las medicinas populares y étnicas a los sistemas oficiales de atención a la salud-enfermedad. Tocándose en las conclusiones aspectos relativos a las actualizaciones acaecidas a las etnomedicinas, cooptación y política sanitaria, recuperación de aspectos de las etnomedicinas.

Abstract

In this paper we discuss the repercussions that in ethno medical systems has have the work performed by different religious groups and explicit governmental policy. It's based on research and experience with ethno medical organizations. The main statement is that almost for two decades young tzotzils and tzeltals stopped dreaming to obtain the "mandate" for helping to save and restore health, as a consequence of fast changes in the ways of conceiving and living in the world. A response and consequence of this process is the creation of various traditional medic organizations, some of them created by the associates and others induced from state institutions. Some of their objectives are the recovery and strengthen of what they still can of their ethno medicines, and mediation with global society agents searching for spaces of respect and acceptance of their practices, they also pretend to participate in the legal discussion that involves sanitary policy directed to Indian groups.

Palabras clave: cooptación, política sanitaria, religión, actualizaciones.

Key words: ethno medicine, sanitary policy, religion.

Fecha de recepción: octubre 23 de 2006

Fecha de aprobación: noviembre 21 de 2006

* PROIMMSE-IA-UNAM, jaimepagepliego@gmail.com

Introducción

En este artículo se señalan y discuten algunas de las repercusiones que sobre los sistemas etnomédicos presentes en los Altos de Chiapas ha tenido el trabajo realizado, de un lado, por diferentes grupos religiosos y, de otro, por distintos agentes del estado mexicano. Los datos vertidos provienen, de cuatro trabajos de investigación (ver Page, 1996, 2002, 2005 y una investigación en proceso) realizados en el seno de organizaciones de médicos y parteras mayas: el primero revisa la búsqueda de atención médica; el segundo, revisa la política sanitaria dirigida a pueblos indígenas de México y Chiapas; el tercero, presenta un estudio exhaustivo de los aspectos ideológicos que dan sentido a las prácticas etnomédicas de los tzotziles de Chamula y Chenalhó y el cuarto, las correspondientes de los tzeltales de Oxchuc, además de otros datos que he recabado a partir de discusiones y trabajos también elaborados por otros de mis colegas.

Religión

Entre las actualizaciones ocurridas en los sistemas etnomédicos presentes en los Altos de Chiapas, el factor inductor de mayor peso puede ser atribuido al trabajo proselitista de organizaciones religiosas entre las que predominan los presbiterianos, los pentecostales y la Nueva Iglesia Católica a partir del cambio de estrategia pastoral, trabajo que iniciaron unos antes y otros después en la década que inició en 1940 (ver: Morquecho, 1991; Rus, 1979; Rivera, 2001; Robledo, 1987 y Pérez, 1994) y que ha tenido como resultado una fuerte presión social hacia los tradicionalistas dentro de la que destaca la ejercida por los conversos.

En conjunto, las acciones de proselitismo religioso han influido de manera importante y determinante sobre los fundamentos ideológicos referentes a las formas de ver y de vivir en el mundo de la población maya y zoque de Chiapas, introduciendo visiones que traen aparejados modelos de vida delineados en el contexto global, que para los procesos de salud-enfermedad-atención privilegian el uso y consumo de la biomedicina.

Hay que precisar que la diversidad religiosa se suscita en México obedeciendo a varias coyunturas. Por un lado, la necesidad que en su momento tuvo el gobierno federal de instrumentar una ofensiva religiosa tendiente a diluir el poder social y religioso que detentaba la derecha clerical del país que a finales de los veinte había conformado el amplio movimiento Cristero que combatió contra el gobierno de Plutarco Elías Calles y que aún durante la presidencia de Lázaro Cárdenas constituía una amenaza más real que latente (Garza, 1999:142-145). Por otro, que la erradicación de las religiones

tradicionales de los grupos indígenas de México constituía una de las metas principales de la política indigenista, y se consideró que la incidencia de las asociaciones religiosas podía fungir como un pilar fundamental para quebrantar sus creencias religiosas, lo que facilitaría aun más su integración a la cultura mexicana (Aguirre Beltrán, 1976: 39; Garza, *op. cit.*).

Fue a través del apoyo logístico que brindó el Instituto Lingüístico de Verano (ILV) que se facilitó la entrada de diferentes asociaciones religiosas no católicas al estado de Chiapas. El ILV, dependiente de la Iglesia Bautista del Sur de Norteamérica, pero además, una asociación de corte interdenominacional (García Méndez, 2004:307), proveyó de la infraestructura necesaria a la Iglesia Presbiteriana, para que en 1938 iniciará la labor proselitista protestante entre los grupos indígenas de Chiapas (Rus y Wasserstrom, 1979: 87).

En algunos municipios las acciones de las asociaciones religiosas repercutieron en el corto plazo como fue el caso de Oxchuc, donde según reportó Harman (1990:28) hacia 1950 y con menos de una década de trabajo presbiteriano y de la Nueva Iglesia Católica, aproximadamente la mitad de la población tzeltal se había convertido, abandonado sus prácticas tradicionales. En otros municipios el trabajo no rindió frutos tan rápido, como en Chamula y Chenalhó donde el impacto se produjo hasta tres décadas después (Robledo, *op. cit.*, p. 81-87), generando, a su vez, a diferencia de Oxchuc, impresionantes índices de violencia y de expulsión de población, lo que es constatable por la cantidad de población maya protestante y católica que se ha asentado en la periferia norte de San Cristóbal de Las Casas, así como la fundación de lo que ahora son enormes poblados como el de Betania y otros más a lo largo de la carretera que va de San Cristóbal a Teopisca, asimismo los poblados que se han fundado en el municipio de Las Margaritas y en la Selva de Ocosingo.

El discurso de los distintos agentes religiosos se ha caracterizado por ser sectario, satanizador y descalificador concretamente de las formas ideológicas y de las prácticas indoc coloniales, lo que ha derivado en el plano social no sólo en enfrentamientos físicos, sino también en tendencias conciliadoras, consensos y, concomitantemente, actualizaciones de las nociones ideológicas con vista a la necesidad de lograr armonía social: elasticidad fundamental requerida para la coexistencia. Cambios que por el lado de las formas religiosas indoc coloniales que inciden en el sistema etnomédico a su vez se han concretado en prácticas tendientes a diluir tensiones sociales.

Ejemplo de lo anterior, es el caso del desplazamiento del elemento dualidad bien-mal, adjudicado a las deidades en el pasado, que ha sido severamente satanizado y que en la actualidad se traduce en que éstas tienen una adscripción unívoca,

aspecto que ha tocado un elemento importante de los de la larga duración a los que hacen alusión Braudel (1999) y López Austin (1984) cuando se refiere al "Núcleo duro", cuya actualización conlleva cambios significativos en la estructura social, que se concreta en el caso de la etnomedicina de los tzotziles de Chamula y Chenalhó en una vocación claramente unilateral por parte de los practicantes de este sistema etnomédico, aspecto también observado entre los j'ixtawanej de Oxchuc, en el sentido de que quien es hijo de Dios exclusivamente ayuda a recuperar la salud, a salvar los ch'ulel, mientras que quienes lo son del Diablo, están abocados a destruir al prójimo, es decir, que una sola persona ya no es capaz de ayudar y dañar, de ser j'ilol y j-ac'chamel, aspecto que estuvo generalizado hace unas cuantas décadas y que en el presente se observa raramente.

La diversificación entre bien y mal, a la vez ha generado la redistribución de la materia sagrada, destaca la actualización sufrida por las bebidas embriagantes de las que particularmente se utilizan el pox que es un destilado de caña elaborado a nivel doméstico o semi industrial, que en el pasado, cuando las deidades poseían un carácter dual, era obligado ofrendar por constituir uno de los principales nutrimentos de las deidades. Elemento que además era compartido por el j'ilol y los asistentes coadyuvando a alcanzar el estado ch'ul (sagrado), que remite a un estado alterado de conciencia que permite el acceso, limitado, a la dimensión de Yan Vinajel-Yan Balamil, costumbre todavía predominante entre los tzeltales de Cancún y la población maya que sobrevive en regiones en que las influencias señaladas no han impactado sensiblemente.

La actualización a que hacemos referencia, estriba en que el pox, por efecto de la revelación onírica, dejó de ser considerado nutrimento de la deidad celestial, por su naturaleza satánica, por lo que en el presente se emplea únicamente para "confundir al Diablo", además, el término "confundir" alude a una condición propia de la embriaguez, en que más allá de proveer medios para un acercamiento a lo sagrado, lo dificulta porque, sobretodo, el j'ilol embriagado es incapaz de concentrarse en el ritual, de seguir ordenadamente sus preceptos y, por ende, de ayudar a salvar-sanar a los enfermos; y en este mismo sentido afecta al Diablo, ofrendándosele con ese propósito, de tal manera que pierda la atención en sus víctimas.

En la actualidad al menos en los municipios de Chamula y Chenalhó, un buen número de j'iloletic destina las bebidas embriagantes (pox) al Diablo, mismo que se le brinda asperjándolo desde la boca hacia el altar, evitando beberlo, para sustituirlo se ha introducido el refresco (Fanta, Coca Cola, Pepsi Cola etc.), aceptado como nutrimento para las deidades a partir del olor dulzón que despide (porque las deidades se nutren de olor, calor, sacrificio y palabras) (Page, 2005:121).

Otro elemento que lentamente se ve actualizado, pues es una práctica que, por ejemplo, frecuentemente se observa en los rituales realizados en el templo de San Juan Chamula, es el referido al sacrificio de aves con motivo de la recuperación de los ch'ulel que se encuentran en manos de deidades secundarias malélicas. La actualización consiste en que después de realizar el barrido del paciente con gallo o gallina negra, luego, en vez de sacrificarlos, se les libera, esperando que al poco tiempo mueran por efecto del mal que han absorbido. Es decir, ya no se sacrifica (Page, 2005: 353-354).

Otros elementos de menor importancia son la incorporación de "pan colete" y huevo para limpiar a los enfermos, este último proveniente de la interacción que ocasionalmente tienen con curadores espiritualistas.

Las actualización referidas remiten a un proceso que por un lado apunta a la desconfiguración de las formas religiosas tradicionales y de las prácticas ligadas a estas y, por otro, a la resistencia a desaparecer manifiesta en una reconfiguración encaminada a eliminar los elementos que afectan su supervivencia.

Por otro lado entre los Oxchuqueros, que es el otro caso que hemos estudiado, el impacto del trabajo de las asociaciones religiosas, ha sido de alguna manera arrasador.

Como han referido distintos autores (Villa Roj, 1990: Siv 1969 y Harm, 1990) los sistemas de control social y el etnomédico estaban centrados en lo que ellos denominaron "brujería" y que los oxchuqueros nombran como ak'chamel o mal echado, sistema que a mi juicio mantenía a la población constantemente atemorizada, por no decir aterrorizada, ni siquiera en relación con los castigos que las deidades pudieran infligir, sino por la capacidad de algunos de sus agentes sociales, predominantemente ancianos, de causar daño a discreción, en ocasiones por motivos nimios. Lo anterior apunta a que al menos en Oxchuc, la religión tradicional estaba en un proceso franco de deterioro en el que predominaban elementos católicos que poco tenían que ver con la seguridad de la persona vista desde la perspectiva espiritual de la habitantes del municipio. Desafortunadamente la etnografía realizada en las décadas de 1940 y 1950 aborda estos aspectos de manera muy colateral, por lo que no se puede ser concluyente al respecto, sin embargo, lo que sí es un hecho bien documentado, es el rápido cambio de adscripción religiosa por el que pasaron los habitantes del municipio, que en parte me explico como una forma, no de alejarse, sino de quedar a salvo de los embates de los lab de ancianos y ak'chameltik.

Para dicha época tampoco se cuenta con etnografía sobre el sistema etnomédico de los tzeltales de Oxchuc, tan sólo los reportes realizados por Villa Rojas (1990), en torno a las

reuniones de pulsación de enfermos para buscar y fincar responsabilidad en torno a la persona que había puesto mal.

La información que nos ha sido proporcionada, apunta a que en la actualidad los *ch'abajeletik* quienes realizan los rituales más complejos y se suponen representantes de la humanidad ante las deidades celestiales, acceden al cargo por intuición, ya no reciben ni mandato ni formación por la vía onírica, sólo refieren que reciben alguna señal divina, totalmente difusa, respecto a que lo que hacen es lo que se espera. Por otro lado, son escasos lo que en la actualidad detentan este cargo, sólo presente en algunas comunidades. Así, entre los terapeutas que predomina están los hierbateros y las parteras. Ambos formados en el seno familiar, sin participación divina y ocasionalmente reforzados a partir de cursos impartidos a través de las organizaciones de médicos indígenas.

El estado mexicano y los sistemas etnomédicos

Como determinantes secundarios de las actualizaciones sufridas por los sistemas etnomédicos, tenemos la incidencia del mercado y sus elementos promocionales –medios masivos de información, modelos de consumo de grupos económicamente mejor situados–, así como la de la política social del estado –acción indigenista, programas estatales de bio-atención a la salud-enfermedad, interacción con grupos culturalmente distintos y procesos de incorporación de las etnomedicinas a los sistemas de atención a la salud-enfermedad.

En lo sucesivo centraré el trabajo en el tratamiento de las estrategias empleadas por el estado mexicano en torno a los sistemas etnomédicos.

La introducción de servicios de salud gubernamental a las regiones de población originaria se dio en la misma época en que tuvo lugar el inicio de la acción religiosa, fue bajo la presidencia de Lázaro Cárdenas que se instrumentó el año de servicio médico obligatorio a todo pregraduado de las escuelas de medicina, programa que en el caso que nos ocupa, en términos de promoción, difusión y aceptación, así como de cambio ideológico relacionado con hábitos de salud de la biomedicina tuvo muy bajo impacto. Ello, debido a que los centros y casas de salud fueron situados en las cabeceras municipales, donde generalmente asentaba el poder ladino, con acciones programáticas restringidas a éstas y lejos de las localidades donde vivían la mayoría de la población originaria, bajo la expectativa de que esta población se acercaría a dichos servicios en los días de mercado.

A finales de la década de los cuarenta, el estado Mexicano dio paso a una política indigenista integracionista con bases

institucionales firmes y directamente dependiente del ejecutivo, encaminada a la realización de acciones sostenidas y programadas. Para los efectos en 1949 inicia sus trabajos el Instituto Nacional Indigenista (INI) (Favre, *op. cit.*:339). A través de diferentes programas, desde el INI se pretendía conformar, en la población objetivo, hábitos acordes con los de la “sociedad mexicana”. En este sentido se instrumentaron medidas educativas y de provisión de servicios que precisamente pretendían incidir sobre las costumbres que se deseaba cambiar: por un lado, las relacionadas con las necesidades básicas (salud, habitación, técnicas alimentarias, educación); y por otro, la modificación de técnicas “atrasadas” de producción agropecuaria y artesanal.

Hasta finales de la década de 1970, tanto la política indigenista como la sanitaria dirigida a población originaria estuvo acorde con el planteamiento integracionista, caracterizado no sólo en el discurso sino también en las acciones por la descalificación, satanización y persecución de los practicantes de la medicina indígena tradicional, aspecto en que la estrategia indigenista incidió muy especialmente partiendo de la premisa de considerar a las etnomedicinas como uno de los principales factores de cohesión social, estabilidad y continuidad de las culturas indígenas. Por lo que las acciones sanitarias predominantemente fueron encaminadas “[...] a lograr, a la vez que la racionalización y secularización de los conceptos y las prácticas médicas tradicionales, el debilitamiento de los mecanismos de cohesión fundados en la magia y la religión”, (Aguirre Beltrán, 1976:39). Sin embargo se puede concluir, dado el estado de la cuestión, que debido a que esta política de estado no incidió sobre lo ideológico, sino se concretó en la promoción de prácticas, los cambios esperados fueron mínimos, y cuando sucedieron, como ya se señaló, fue paralelo y en consecuencia a los cambios religiosos, dado que también desde las estrategias de los grupos religiosos se privilegiaba la atención biomédica.

Las posiciones ideológicas y de política social que sustentaron la revalorización e incorporación de las etnomedicinas a los sistemas regionales de atención a la salud tienen como antecedente los lineamientos establecidos por diferentes agencias internacionales: ONU, FAO, OIT, OMS, OPS, etcétera, específicamente dirigidas a países con población indígena.

De entre los elementos contenidos en las recomendaciones emitidas sobre la materia, cabe destacar dos:

- 1) En 1977 la XXX Asamblea Mundial de la Salud, adoptó una resolución por medio de la cual se recomendaba a los gobiernos que dieran “una importancia adecuada al empleo de sus sistemas médicos tradicionales con una reglamentación apropiada y acorde con sus sistemas

nacionales de salud" (Akerle, 1983:3 citado por Campos-Navarro, 1996:67).

- 2) En 1978 en la Declaración de Alma-Ata, se formuló el lema "Salud para todos en el año 2000" sugiriendo que esto se lograría a través de la implantación de estrategias de atención primaria de salud, que entre otras cosas, se basaran en la participación, en el plano local, de personal de salud para la consulta y referencia de casos, "[...] con inclusión, según proceda, de médicos, enfermeras, parteras, auxiliares y trabajadores de la comunidad, así como de personas que practican la medicina tradicional, en la medida en que se necesiten, con el adiestramiento debido en lo social y en lo técnico, para trabajar como un equipo de salud y atender las necesidades de salud expresas de la comunidad" (Declaración de Alma-Ata, 1978).

Recomendaciones que cimentaron parte de la reformulación de la Ley General de Salud de México, que tuvo lugar en 1986, en la que en relación con nuestro tema establece en los artículos 57 y 58 la necesidad de que la comunidad participe en el desarrollo de programas de protección a la salud (Ley General de Salud, 1986:12) y que en síntesis se refiere a la participación en: la promoción y prevención en salud, así como auxiliares voluntarios en tareas simples de atención médica y asistencia social.

La Ley General de Salud, claramente elaborada dentro de una tónica de política ortodoxa de ajuste estructural, corre paralela con la disminución abrupta de recursos financieros destinados al sector salud, que tan sólo en el periodo de 1980 a 1988, decreció de 6.2 a 2.5%; reduciéndose, la participación del gasto, a menos de 1.3% del Producto Interno Bruto (PIB), considerando que este porcentaje incluía también el rubro de seguridad pública lo que, concomitante, derivó en el rápido deterioro de los servicios y la calidad de la atención, principalmente de las acciones orientadas a los marginados urbanos y rurales en que las acciones pasaron predominantemente a fomentar el autocuidado, la cultura en salud y la responsabilidad individual y de la familia en el mantenimiento de la salud, así como la atención de la enfermedad, concretándose claramente la tendencia a depositar en la familia y la comunidad la responsabilidad en cuanto a conservar la salud y atender las enfermedades (Page, 2002: 40).

En relación con el estado de Chiapas, en 1990 bajo el mandato del Lic. Patrocinio González Garrido, el Gobierno del Estado de Chiapas emite los preceptos legales que sustentan la implantación del Sistema Estatal de Salud, acorde con lo estipulado en la Ley General de Salud. En ésta, se incluyó un apartado destinado a normar la práctica de la medicina tradicional y herbolaria. Lo cual quedó

asentado en el Título IV: "Recursos humanos para la salud" Capítulo IV: "De los auxiliares de fomento a la salud" (Congreso del Estado de Chiapas 1990) y da cuenta de la situación legal a la que quedan sometidos los médicos indígenas tradicionales chiapanecos dentro del contexto del Sistema Estatal de Atención a la Salud. Para su elaboración no se realizó, como estipula el Convenio 169 de la OIT, al que México estaba suscrito en ese momento, acción alguna tendiente a que los diferentes grupos indígenas y organizaciones de médicos indígenas tradicionales del estado participaran ni en consultas previas ni en el diseño del documento. Su elaboración se realizó desde la perspectiva etnocéntrica de las clases dominantes del estado de Chiapas caracterizada por el desconocimiento y descarte de las características de vida y cultura de los pueblos maya-zoques; específicamente de los procedimientos de fomento a la salud, preventivos y terapéuticos que son parte de la etnomedicina (Page, 2002: 662-63).

Aunado a lo anterior el capítulo se inscribe en una tónica medicalizadora, ya que por un lado, no reconoce destrezas a los practicantes de las etnomedicinas, ni a éstas efectividad alguna, procediendo como si las comunidades y los médicos indígenas estuvieran esperando la primera oportunidad para deshacerse de su medicina y recibir los parabienes unos de la atención biomédica y otros el conocimiento. Dejándose, de lado, en primer término que grandes sectores de estos grupos participan de una visión de la realidad distinta de la sociedad global y, en segundo, la importancia histórica que para ellos tiene la tradición etnomédica, por ser una de las costumbres que en mayor medida ha coadyuvado a la sobrevivencia física, cultural y espiritual ante el constante embate de la sociedad colonial (Page, 2002:62).

Si bien, aunque promulgada, hasta la fecha esta Ley se encuentra relegada. Su utilidad estriba, por un lado, en la movilización que provocó entre la población maya-zoque, en torno a su rechazo y demanda de derogación, así como la realización de proyectos de capacitación encaminados a posicionarse para la instrumentación de una normatividad pertinente y, por otro, en el plano de la discusión académica y política, ha sido la de ejemplificar en diferentes foros precisamente lo que puede y no puede operar como ley.

Las organizaciones de médicos tradicionales indígenas

Conforme la estrategia dirigida a población marginal progresaba, en el discurso político se explicitó, por un lado, la inclusión de algunos sistemas médicos, específicamente los etnomédicos, a los sistemas regionales y estatales de atención médica, lo que se ha tratado de concretar de manera particular. Por otro, la incorporación selectiva de recursos etnomédicos herbolarios al sistema biomédico (Page, 2002:40).

La institución que ha estado a cargo de incorporar los sistemas etnomédicos a los sistemas regionales de atención es lo que hasta hace poco fue el INI, hoy Comisión para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, dependencia ligada al ejecutivo federal que, como ya se señaló, a finales de los setenta reformuló sus posturas e inició el apoyo aislado a proyectos encaminados al fortalecimiento y conservación de los sistemas etnomédicos, a los que se denominó de "medicinas paralelas". Años más tarde, a finales de la década de 1980, cuando la política internacional sobre la materia estuvo mejor definida, se indujo la creación de organizaciones de lo que dio en llamarse de "médicos tradicionales indígenas", bajo el modelo delineado autogestivamente por la primera de su tipo, surgida en San Cristóbal de Las Casas, Chiapas y conocida por sus siglas, OMIECH (Organización de Médicos Indígenas del Estado de Chiapas, A.C.).

El proceso de consolidación de OMIECH tomó de 1979 a 1985 en que logró constituirse legalmente como asociación civil y cuya maduración dio origen en 1997 al "Centro de desarrollo de la medicina maya" (page, 2002:52 a 58; Freyeremuth, 1992).

El devenir y aproximadamente el modelo generado por OMIECH fue retomado por el estado mexicano e implementado en todo el país a través del INI, contabilizándose a principios de la década de 1990, 52 organizaciones de médicos indígenas, a su vez agrupadas en el Consejo Nacional de Organizaciones de Médicos Indígenas Tradicionales. En el estado de Chiapas, a través nuevamente de la inducción del INI, se conformó lo que hoy se conoce como Consejo de Médicos y Parteras Indígenas Tradicionales de Chiapas A.C. (COMPITCH) integrado por 11 organizaciones. El COMPITCH ha jugado un papel relevante en la mediación con la sociedad nacional e internacional sobre todo en lo relacionado con problemas derivados del manejo de políticas ortodoxas de ajuste estructural que han apuntalado una disputa por la biodiversidad.

El modelo "Centros de Desarrollo de la Medicina Tradicional"

El proceso de revalorización e inclusión de las etnomedicinas en los esquemas de atención regional, en sus fases de gestión, ha generado dinámicas que aunadas a la influencia de las posiciones de los grupos religiosos mencionados más arriba, han incidido en las formas que sectores amplios llevan a cabo la práctica etnomédica, al menos la realizada entre los practicantes que participan en las 11 organizaciones existentes en el estado de Chiapas, lo que por supuesto tiene que ver con las características del modelo que se conoce como Centros de Desarrollo de la Medicina Indígena.

Como ya se esbozó, este modelo se empezó a delinear a finales de la década de 1970 en la sección de salud que el INI hoy CDPI, tiene en San Cristóbal de Las Casas, Chiapas. Surgió a iniciativa del Médico Gonzalo Solís Cervantes, y años después, todavía bajo su asesoría, fue adoptado por OMIECH en 1985.

Este modelo se basó en la conformación de huertos de plantas medicinales, cuando en el INI, instalados en localidades, escuelas y, durante un tiempo, en Unidades Médicas Rurales del Programa IMSS-COMPLAMAR. Más adelante este modelo se aplicó en las comunidades socias de OMIECH, lo que le ha permitido a la organización cubrir parcialmente los objetivos de coadyuvar a la recuperación del conocimiento herbolario en aquellas localidades donde, por una u otra razón, "se perdió" y de servir como vía para transmitir a los jóvenes el conocimiento que se tiene al respecto, evitando con ello su pérdida.

En forma paralela a los huertos, bajo el criterio de facilitar el acceso rápido y oportuno a los recursos terapéuticos y con objeto de evitar búsquedas de última hora que retrasen el tratamiento de enfermos graves, se instrumentaron colectas comunitarias con lo que se conformó un cuadro básico para dotar farmacias herbolarias que fueron instaladas en las comunidades socias, que está disponible en todo momento para su uso por parte de los agentes comunitarios validados. Precisamente este principio, es decir el fortalecimiento y recuperación de la herbolaria medicinal y otros recursos materiales que son utilizados como medicamentos y no los aspectos religiosos, son los que han sido retroalimentados positivamente por parte de los organismos nacionales e internacionales que han brindado apoyo financiero a los proyectos de las organizaciones.

Disputa por la biodiversidad

Otro factor que ha resultado de suma importancia en el posicionamiento no sólo de las organizaciones de etnomédicos sino de los grupos maya-zoque y de otras regiones del sureste mexicano, ha sido el de la disputa por los recursos bióticos.

Como es frecuente constatar, los países desarrollados a través de instituciones académicas y de la industria farmacéutica han posicionado sus intereses en la obtención del conocimiento terapéutico herbolario del estado de Chiapas. Ello responde al exitoso impacto que tiene el uso de plantas medicinales en el tratamiento de innumerables padecimientos, no sólo en el ámbito étnico sino entre la población general, resultado de la mega diversidad propia del estado.

La última de estas iniciativas, tomó cuerpo con el proyecto de bioprospección denominado ICBG-MAYA. (*International*

Cooperation Biodiversity Groups) que fue realizado entre 1998 y el año 2002, a través de un convenio trilateral establecido entre la Universidad de Georgia (UG) de Estados Unidos (EU); el Laboratorio Molecular Nature Limited (MNL) del Reino Unido (Inglaterra), empresa biotecnológica de Gales y el Colegio de la Frontera Sur (ECOSUR) de México, que entre otras cosas tenía como objetivos 1) el descubrimiento de medicinas y desarrollo farmacéutico (descubrimientos a ser patentados); 2) Etnobiología Médica (estudio de los seres vivos entre las comunidades humanas) e inventario de la biodiversidad; y 3) Conservación, Agricultura Sustentable y Crecimiento Económico. (COMPITCH, 2002).

La ejecución de dicho proyecto cuyo perfil cabe claramente dentro de los focos de alarma encendidos por ONG Internacionales dedicadas al combate de la bio-piratería generó tal nivel de alarma entre las organizaciones de médicos indígenas que integran COMPITCH, que les llevaron a movilizarse hasta lograr que el proyecto fuera cancelado por México y el ECOSUR, iniciativa que incluso coadyuvó a la suspensión del ICBG de desierto que se realizaba con la participación del Instituto de Biología de la UNAM.

Las repercusiones de esta experiencia marcaron profundamente a los etnomédicos y sus localidades de origen y prácticamente desde que inició el proyecto hasta el 23 de marzo de 2006, se optó por la estrategia de negar acceso y permiso de trabajo a cualquier académico que pretendiera realizar estudios sobre etnobotánica, consigna que se extendió más allá de las fronteras del estado de Chiapas.

Según declaración hecha por COMPITCH (2006), bajo las consideraciones de:

- Que el sistema de patentes es causa estructural de nuestra pobreza, mecanismo fundamental de los poderosos para lucrar legalmente con los bienes de uso público y así mantener en la dependencia y esclavitud económica a nuestros pueblos y suprimir la autonomía de las comunidades.
- Que la Constitución Nacional establece que la nación mexicana es la propietaria originaria y soberana de la tierra, el agua y el espacio que integran su territorio y que el agua y el espacio están sujetos a concesión.
- Que el dominio y usufructo sobre las accesiones de los terrenos (que son las plantas) es libre para sus propietarios directos aunque su naturaleza de bien público (utilidad social) y tenencia compartida con muchos otros propietarios rurales, sobre todo comunidades indígenas, las convierte en un recurso mancomunado y estratégico no privatizable.

Y sobre la base de los siguientes principios:

1. La vida, cualquiera que sea su forma, no se puede patentar o privatizar;
2. Los recursos naturales (en este caso la biodiversidad) son estratégicos y del dominio nacional pero bajo la custodia y los principios de las comunidades rurales;
3. Los conocimientos asociados a esos recursos son igualmente estratégicos y de la Nación pero quedan bajo la custodia y principios de sus poseedores;
4. El intercambio de recursos o de conocimientos tradicionales relacionados con la salud humana no se puede hacer bajo reglas de mercado. Lo sagrado no se merca.

Se propone llevar a cabo las siguientes acciones de resistencia:

Primera: a partir de hoy, los médicos y parteras indígenas tradicionales organizados integrados al COMPITCH, harán públicos todos y cada uno de sus saberes, prácticas y aun las innovaciones que vayan logrando. Esta revelación pública de lo que se denomina el patrimonio intangible no será, sin embargo universal. Se allegará sólo a las organizaciones y comunidades del país y del extranjero que, por sus actos, consideremos hermanas y suscriban los mismos principios, incluido el de que esos bienes son de la Nación mexicana.

Segunda: convoca a la conformación de una RED social de comunidades y organizaciones en las áreas biodiversas del país. El propósito: regular de manera explícita y coordinada por sus poseedores el acceso de terceros al manejo, uso, conservación o aprovechamiento de la biodiversidad en esos territorios.

Como se puede notar, el problema de disputa sobre la biodiversidad es cada día de mayor importancia, las organizaciones de etnomédicos están cada día mejor capacitadas sobre todo en términos de legalidad, mejor organizadas y ligadas a redes nacionales e internacionales que han establecido una lucha sobre el particular. Pero asimismo, la valoración que ha hecho la sociedad global sobre la biodiversidad específicamente en las plantas medicinales, sitúa este recurso en el primer plano en torno a las actualizaciones que se presentan en las etnomedicinas.

En mi opinión, los elementos antes señalados han generado, al menos entre los etnomédicos vinculados de una u otra manera a organizaciones, formas de práctica con un enfoque diferente al realizado de manera tradicional, reforzado desde las posiciones ideológicas biomédicas que sustentan las agencias nacionales e internacionales, que privilegian el financiamiento de proyectos que, por un lado, coadyuven a la incorporación de prácticas selectivas y principios de las

etnomedicinas que tienen efectividad en la curación de enfermedades del sistema biomédico y, por otro, reorienten las estrategias terapéuticas hacia el predominio de la herbolaria medicinal como principio terapéutico, lo que ha generado:

Primero, casi obvio, que se privilegie la administración de una infusión u otra forma de aplicación, por sobre los rituales encaminados a ayudar a las personas a sanar.

Segundo, pérdida de rigor y desacralización de la recolección de plantas medicinales, en relación: a pedir permiso, horarios de colecta, épocas de colecta, excepción de tabúes para su corte y bendición.

Tercero, la colecta indiscriminada de grandes cantidades de planta para su procesamiento ha llegado a extremos de amenazar con la extinción de algunos recursos con demasiada demanda.

Cuarto, el procesamiento de plantas para su conservación: secado y embolsado, elaboración de jarabes, tinturas, shampoos, y encapsulados, que da a los productos la apariencia de medicamentos de farmacia, lo que ideológicamente va impactando a favor de la biomedicina tanto en los terapeutas como en sus usuarios.

Lo antedicho ha influido de tal manera en las organizaciones que la correlación de fuerzas para encabezarlas, se ha ido desplazando desde los j'iloletic es decir quienes ayudan a sanar mediante procedimientos predominantemente religiosos, hacia los hierbateros, sobre todo los que destacan en conocimiento amplio de plantas medicinales y su uso, solas o combinadas, que ha impactado positivamente en el sentido de enriquecer y fortalecer el uso de la herbolaria y combinaciones de alta efectividad.

Sobre la base de lo hasta aquí expuesto, y atendiendo al título del trabajo, podemos decir que, por un lado, es factible distinguir cualitativamente entre las actualizaciones que son resultado de la interacción religiosa de las que provienen de la incidencia de distintos agentes, digamos laicos, de la sociedad global.

En este sentido es claro que las actualizaciones que tienen como causal lo religioso, inciden en la dimensión local manifiesta en la interacción cotidiana de miembros de un grupo social, y están encaminadas a generar consensos que permitan, en la medida de lo posible, la coexistencia pacífica.

Por otro lado, se identifican las actualizaciones que son producto de la dinámica establecida con "los otros", con la sociedad global, que intenta por todos los medios imponer sus esquemas y transformar las sociedades para su propio beneficio.

Dado que para este trabajo hemos dado mayor peso a los aspectos ligados a la política sanitaria, me extenderé un poco más en las conclusiones correspondientes.

Conclusiones

En primer término, las actualizaciones que han tenido lugar en los sistemas etnomédicos, obedecen:

- a) De manera determinante, a la influencia que han tenido, predominantemente, los procesos religiosos y, en segundo término, los de globalización acaecidos en la región, que después del levantamiento del EZLN en 1994, han incidido con mayor intensidad.
- b) Estos gradualmente han ido generando que en las formas que adopta la atención primero se transforme el ritual religioso, para luego ser situado en un segundo plano, para anteponer un producto, un medicamento, en este caso el herbolario, a la manera biomédica, como garante para la recuperación de la salud.

Segundo, que lo relativo a cooptación, remite a:

- a) Que la política sanitaria dirigida a los pueblos indígenas y a la población pobre de México, inscrita en políticas ortodoxas de ajuste estructural, conlleva la clara intención de depositar en la familia y la comunidad, pero sobre todo en sus terapeutas tradicionales, la responsabilidad de la atención de las enfermedades. Contemplando, a estos últimos, como la instancia de primer contacto dentro de las estrategias de atención primaria en salud.
- b) Que en la incorporación de los sistemas etnomédicos a los sistemas regionales de atención médica, de ninguna manera se considera establecer una interrelación institucionalizada entre la biomedicina y las etnomedicinas, sino que la estrategia se ha centrado en generar organizaciones de etnomédicos y su fortalecimiento. Para ello, se les brinda apoyo mediante campañas de reconocimiento y financiamiento de proyectos que coadyuven a su fortalecimiento. Todo lo cual, a su vez, se espera se traduzca en el incremento del consumo de sus prácticas, no sólo por parte de la comunidad originaria, sino también de la población mestiza que comparte las mismas áreas geográficas y parcialmente la cultura. Lo anterior tiene como objetivo que en la medida en que la comunidad recurra a las instancias tradicionales de atención, en esa medida absorberá parte del gasto. Coadyuvando así, por un lado, a disminuir el volumen de enfermos atendidos por las instancias oficiales, con un costo mínimo para el Estado en lo relativo a los programas de apoyo a las etno-

medicinas; brindándole al estado la posibilidad de canalizar, los escasos recursos con que cuentan las instituciones de salud, a la instrumentación de programas de fomento a la salud, aplicación de medidas puntuales en la prevención de las enfermedades infectocontagiosas en el primer nivel de atención, la disminución de la morbilidad y mortalidad materna y neonatal y el reforzamiento de los niveles segundo y tercero de atención, como es evidente en el gasto de salud ejercido durante la última década.

Tercero en lo relativo a la recuperación:

a) Los procesos organizativos han generado a su vez estrategias autogestivas de recuperación y fortalecimiento de conocimientos y prácticas que en la experiencia de los etnomédicos resulta relevante preservar en beneficio de las colectividades a las que pertenecen, especialmente los recursos herbolarios. Así mismo, a manera de protección han sido capaces de enfrentar a consorcios internacionales interesados en patentar la biodiversidad, al percibirlos como una amenaza a sus recursos y a su futuro.

Cuarto, la disputa por la biodiversidad:

a) Ha marcado indeleblemente el acontecer actual, de alguna manera los pueblos indígenas se saben poseedores de la

riqueza que representa el conocimiento relativo a los efectos de la biodiversidad sobre la salud y la enfermedad, conocimiento del que la sociedad dominante, representada por consorcios farmacéuticos e instituciones académicas y el estado, les quiere despojar, apropiándose.

b) Esto último, constituye, por un lado, un paso atrás en el avance de la biomedicina visto desde la perspectiva del mercado de consumo de medicamentos, toda vez que ha redundado, no sólo en los etnomédicos sino en una buena parte de la sociedad, en la revalorización del recurso herbolario como opción terapéutica efectiva y libre de efectos nocivos y reacciones secundarias, con la ventaja adicional de que o es gratuito o, por lo menos, de bajo costo.

c) Asimismo ha surgido en el telón de la discusión la cuestión ética de la propiedad del conocimiento y del destino de su beneficio, lo que constituye un punto crucial ya que les ha llevado a adoptar posiciones, literalmente humanistas, al afirmar y adoptar en su lucha la siguiente consigna: "No a las patentes, la biodiversidad pertenece a todos".

Bibliografía

- Aguirre Beltrán, Estructura y función de los Centros Coordinadores, en *Indigenismo en Acción*, México, Instituto Nacional Indigenista. 1976,
- Braudel, La historia y las ciencias sociales. España. Alianza Editorial. 1999.
- Bautista, Espacios disputados y poder local en Oxchuc, Chiapas, Tesis para obtener el título de licenciado en Antropología Social, San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, FCS-UNACH. 2002.
- Campos, Legitimidad social y proceso de legalización de la medicina indígena en América Latina. Estudios de México y Bolivia. Tesis que presentó para obtener el grado de Doctor en Antropología. Facultad de Filosofía y Letras. Instituto de Investigaciones Antropológicas, UNAM. México. 1996.
- Castro, 2000, "Proyecto biotecnológico ICBG-MAYA (Caso de estudio). 2000.
- COMPITCH, Biodiversidad y memoria, Chiapas, México, Equipo de Asesores del Consejo de Organizaciones de Médicos y Parteras Indígenas Tradicionales de Chiapas, COMPITCH. (Documento circulado por INTERNET). 2002.
- Declaración política del COMPITCH, acciones de resistencia y propuestas, México, Equipo de Asesores del Consejo de Organizaciones de Médicos y Parteras Indígenas Tradicionales de Chiapas, COMPITCH. (Documento circulado por INTERNET). 2006.
- Congreso del Estado de Chiapas, Ley de Salud, Tuxtla Gutiérrez. Chiapas. 1990.
- Freyermuth, Medicina Indígena y Medicina Alópata: Un

- encuentro difícil en los Altos de Chiapas. Chiapas. México. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social Sureste. 1992.
- García, "La tierra prometida: génesis y estructura del campo religioso no católico chiapaneco, en Anuario 2002, Chiapas, México, Centro de Estudios Superiores de México y Centroamérica-UNICACH. pp. 299-312. 2004.
- Garza. El género entre normas en disputa: Pluralidad legal y género en San Pedro Chenalhó. Tesis para la obtención del Grado de Maestra en Antropología Social. Chiapas. Chiapas, México. Facultad de Ciencias Sociales/ universidad Autónoma de Chiapas. 1999.
- Harman, C., Cambios médicos y sociales de una comunidad maya-tzeltal, México, Instituto Nacional Indigenista Consejo Nacional para la Cultura y las Artes. 1990
- Morquecho, Expulsiones en los Altos de Chiapas. Chiapas, México, (Manuscrito). 1991.
- Un acercamiento a la identidad política y religiosa de los musulmanes en San Cristóbal de Las Casas, San Cristóbal, Chiapas, Ediciones Pirata. 2004.
- OMS/UNICEF. Declaración de Alma-Ata, México, Escuela Superior de Medicina. Instituto Politécnico Nacional. 1978.
- Organización Internacional del Trabajo, Convenio 169, Ginebra, Suiza. 1989.
- Page Pliego, Religión y política en el consumo de prácticas médicas en una comunidad tzotzil (estudio de caso), Chiapas, Instituto de Estudios Indígenas de la Universidad Autónoma de Chiapas. Serie Monografías 6. 1996.
- Page Pliego, Medicina Maya: pasado y presente Serie Medicina Indígena y legislación 2 (de 4). OMIECHA.C. IEI/UNACH San Cristóbal de Las Casas, Chiapas. Folleto para distribución comunitaria. 1999.
- Política sanitaria dirigida a los pueblos indígenas de México y legislación en torno a sus medicinas. El caso Chiapas. (1857-1995). Chiapas, México. PROIMMSE-IIA-Universidad Nacional Autónoma de México/ Instituto de Estudios Indígenas de la Universidad Autónoma de Chiapas. Científica 9. 2002.
- El mandato de los dioses: Medicina entre los tzotziles de Chamula y Chenalhó, Chiapas. México, Programa de Investigaciones Multidisciplinarias sobre Mesoamérica y el Sureste-Instituto de Investigaciones Antropológicas de la Universidad Nacional Autónoma de México. 2005.
- Pérez. Expulsiones indígenas. Religión y migración en tres municipios de los Altos de Chiapas. Chenalhó, Larrainzar y Chamula. México, Editorial Claves Latinoamericanas. 1994.
- El impacto de las migraciones y expulsiones indígenas de Chiapas: San Pedro Chenalhó y San Andrés Sacamch'en de los Pobres (Larrainzar), Chiapas, Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Autónoma de Chiapas/Asociación Mexicana de Estudios de Población. 1998.
- Rivera, "Expresiones del Cristianismo en Chiapas" en Revista Pueblos y Fronteras No. 1. PROIM-MSE-IIA-UNAM. México. p. 67-92. 2001.
- Robledo, Disidencia y religión: Los expulsados de San Juan Chamula. Tesis para obtener el título de Licenciada en Antropología social. México Escuela Nacional de Antropología e Historia. 1987.
- Rus, Wasserstrom, Evangelización y control político: el Instituto Lingüístico de Verano (ILV) en México. Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales. México. Universidad Nacional Autónoma de México. No. 97. 1979.
- Secretaría de Salud. Ley General de Salud, Editorial Porrúa, México. 1986.
- Siverts, Oxchuc: una tribu maya de México, México, Instituto Indigenista Interamericano. 1969.
- Villa, Etnografía tzeltal de Chiapas. modalidades de una cosmovisión prehispánica. Chiapas, México. Gobierno del Estado de Chiapas-Consejo Estatal para el Fomento de la Investigación y Difusión de la Cultura. 1990.