

Medicina tradicional wixárika en el nuevo modelo de hospitales multiculturales y su implementación jurídica: un análisis desde el marco legal

Traditional Wixarika medicine in the new model of multicultural hospitals and its juridical implementation: an analysis from a legal standpoint

Jesús María García Carrillo*

Resumen

Este trabajo parte de concebir la construcción del hospital multicultural de la población de Huejuquilla, Jalisco, como el detonante de una serie de contradicciones legales respecto a la práctica de la medicina tradicional en el estado de Jalisco. De tal manera, a raíz de la construcción de este inmueble y la prohibición del Gobierno del Estado de Jalisco de esta práctica, en tanto que los médicos indígenas no se encuentran reconocidos por la legalidad nacional, este trabajo busca ahondar respecto a las disposiciones que evidencian huecos, contradicciones y demás problemáticas en materia legal.

En este orden de ideas, este trabajo revisa ordenamientos legales internacionales, nacionales y estatales donde sustancialmente se vuelve relevante la problemática de la práctica de la medicina tradicional. De igual manera, el trabajo también precisa una revisión concisa y estricta de diferentes modelos de hospitales comunitarios nacionales donde esta práctica sí ha sido permitida. Así, el trabajo pretende establecer un puente entre lo legal y la práctica social en sí, para posteriormente sintetizar y proponer algunas respuestas a esta problemática local. Finalmente, este trabajo presenta, a manera de conclusión, una síntesis de las principales recurrencias discursivas de todos los ordenamientos sociales revisados, con el fin de invitar a futuras investigaciones al respecto.

* Centro Universitario del Norte de la Universidad de Guadalajara, México.

Palabras clave: medicina tradicional, pueblos indígenas, ordenamiento legal, multiculturalidad.

Abstract

This paper argues that the multicultural hospital built in Huejuquilla el Alto, Jalisco, catalyzes a series of legal contradictions regarding the practice of traditional medicine in the state of Jalisco. Examining the conditions following the construction of the new hospital and the prohibition of traditional medical practices by the state government, on the grounds that indigenous healers are not legally accredited, this paper seeks to clarify traditional medical practice in Mexico through the contradictions, loopholes, and other problematic issues to be found in the current legal framework.

The paper reviews the provisions of state, federal, and international laws relevant to issues of the practice of traditional medicine. It also offers a concise review of different models of community hospital existing elsewhere in Mexico, where the practice of traditional medicine is permitted, seeking to establish connections between social practice and the legal framework, in order to synthesize and propose certain responses to local issues. In conclusion, it summarizes the recurring discourses to be found in all of the provisions reviewed, in the hope of facilitating future research in the area.

Keywords: *traditional medicine, first nations, multiculturalism, indigenous rights.*

Introducción

El presente trabajo no pretende enunciar los aspectos negativos del hospital multicultural de la población de Huejuquilla, Jalisco, pues muchas de estas contrariedades son evidentes. Antes bien, se pretende buscar de raíz la falla sistemática que permite a las autoridades incitar y reprimir el talante de los pueblos indígenas, marginándolos y oprimiéndolos más, a esperanzas de lo contrario.

Este trabajo se divide en cuatro partes. La primera presenta a manera de preámbulo la relación de hechos y la situación del hospital multicultural del municipio de Huejuquilla el Alto; posteriormente, se hace un recuento de la problemática de los hospitales multiculturales y el ejercicio de la medicina tradicional. La segunda parte expone los antecedentes del hospital de Huejuquilla, tanto en su edificación como en su praxis: estos apuntan irremediabilmente a considerar al hospital como una estructura donde se concretizan problemáticas sociales severas. En este marco de ideas, en este apartado se recuperan los acontecimientos históricos que enmarcaron la problemática.

La tercera parte ofrece la recuperación de diversos ordenamientos legales de diferentes niveles, desde lo internacional hasta lo estatal. La selección de estos aparatos legales se debe a que la actual legislación mexicana se centra en el reconocimiento de los derechos humanos y las estructuras internacionales definen la pauta a seguir en lo referente a la práctica de la medicina tradicional. Por ello, se hace un seguimiento de los principales estatutos internacionales, el orden legal nacional mexicano y, finalmente, el nivel estatal. De estos tres niveles de ordenamientos se desprende que existen diversas contradicciones en el tema que nos interesa. Finalmente, este trabajo sintetiza estas contrariedades a manera de conclusión para proponer una lectura a este fenómeno social.

Preámbulo

Actualmente se procura el “rescate” o incorporación de las culturas prehispánicas a diversos órdenes sociales de la nación mexicana. Así, en diferentes sectores de la vida nacional han aparecido tentativas donde se reivindica el rol indígena. Para el caso del sector salud, como refiere Chiara Milano (2007), la incorporación de la tradición indígena se ha posicionado dentro del esquema actual de salud a partir de diferentes mecanismos. Siguiendo con Milano (2007), se puede decir que el Hospital General de Cuetzalan, Puebla, es el primer referente en la materia de incorporación de la medicina tradicional indígena al modelo convencional nacional.

Ahora bien, más allá del Programa Especial de los Pueblos Indígenas 2014-2018 (Decreto de 2014) o de la aparición de la *Guía de implantación. Fortalecimiento de los servicios de salud con medicina tradicional* (Secretaría de Salud, 2013), en México no existe ningún ordenamiento federal que procure la edificación de nosocomios “multiculturales”. Desde esta perspectiva, no se puede establecer un sustento legal para la construcción de estos inmuebles.

No obstante, el proyecto del Hospital Comunitario Multicultural de la población de Huejuquilla, Jalisco, comenzó en el 2011 por iniciativa del presidente municipal Fredy Medina Sandoval. En estos términos, este hospital se agrupa a una tendencia social que carece de sustento legal. A continuación, se describirán los pormenores de la construcción de este inmueble.

Los gastos de la construcción de este predio corrieron en primera instancia por parte del municipio. Además de la iniciativa, parte del capital para la construcción vino de una aportación de cuarenta millones de pesos que fueron donados por la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI). La edificación del hospital respondía a complementar las labores del que ya funcionaba en la población, pues este último era insuficiente para atender a los habitantes de Huejuquilla.

Ahora bien, en un inicio el hospital no fue pensado para ser “multicultural”, pero debido a la falta de recursos de la Secretaría de Salud Estatal —no se tenía contemplada la creación de un hospital en la región norte, ni dinero para tal proyecto—, la CDI cambió el giro temático de partida de este hospital. El presidente municipal de Huejuquilla acudió a la Ciudad de México y se entrevistó con el director de la CDI. Acto seguido, se logró la aprobación del nosocomio con la única condición de que fuera “multicultural”. Con el dinero en cuestión, se procedió a dar inicio tanto con los primeros trabajos como con las diversas adecuaciones del predio en donde se construiría el hospital.

Posterior al establecimiento de la primera piedra del inmueble sucedió el cambio de administración municipal y, seguidamente, el cambio en el Gobierno del Estado de Jalisco. Cuando las nuevas autoridades

entraron en funciones se dio la orden de continuar con el proyecto y culminarlo en aproximadamente siete meses. Pese a los esfuerzos de las autoridades, no se cumplió la entrega del hospital. Posteriormente, también hubo un cambio relevante en el proceso de edificación del hospital, pues se dijo entonces que la obra sería tripartita, con financiamiento de la federación, del estado y de la CDI.

Al agrandar el fondo financiero de la construcción se prometió que este hospital contaría con equipamiento de vanguardia, además de que sería un hospital de segundo nivel, con atención médica a distancia y donde los pacientes recibirían atención especializada y oportuna. Se mencionó que este nosocomio seguiría a otros ejemplos satisfactorios en el país, como el Hospital General Mixto de Jesús María, Nayarit; el Hospital de las Culturas en San Cristóbal de las Casas, Chiapas, y el Hospital General de Cuetzalan, Puebla.

Una vez “terminado” el inmueble, se anunció que el hospital contaría con un área de servicios médicos especializados, donde internistas darían consulta todo el día vía remota, utilizando tecnología de punta especializada. En las áreas de consulta estaría la terapia intermedia y la supervisión a distancia vía robótica, y especialidades en pediatría, radiología, análisis clínicos, ginecología, cirugía, traumatología y urgencias.

Las camas con las que cuenta este inmueble son de un total de 22 censales y 19 no censales, considerando la estancia del paciente promedio de al menos ocho horas. Finalmente, para la atención en medicina indígena se establece la posibilidad de contar con hierberos, sobadores, parteras, curanderos y traductores. Se parte del supuesto de que para la operatividad de esta área se realice una consulta con los pueblos indígenas que tenga por función tanto recabar información sobre la operación del hospital y sus servicios en el área tradicional como para fortalecer su difusión. Finalmente, las autoridades civiles y médicas contemplan que la población objetiva a atender es de aproximadamente veinte mil personas, y se prevé que el 50 % de ellos sea indígena.

Este hospital se dio por terminado, cuando menos para las autoridades, el día 8 de abril de 2016; se construyó con una inversión de setenta y

cinco millones de pesos del Gobierno del Estado de Jalisco; treinta y cuatro millones como aportación federal vía Secretaría de Salud, y treinta millones de pesos de manera inicial por parte de la CDI, siendo el costo final de ciento treinta y nueve millones de pesos.

Marco legal y pormenores de la construcción del Hospital Comunitario Multicultural de Huejuquilla

El hospital multicultural de Huejuquilla no obedece a ningún proyecto de los que lo iniciaron. Si bien la aseveración es arriesgada, en sentido estricto este hospital obedece a un pragmatismo político que llevó a la construcción del inmueble para que este satisficiera las necesidades que otros hospitales de la región parcialmente subsanaban. Más allá de las cuestiones políticas, el hospital aparenta no haberse apegado a ningún estatuto referente hacia su propia condición.

Pareciera que quienes lo iniciaron no tenían idea que al acometer dicha empresa deberían reunir una serie de requisitos de forma y fondo. Como consecuencia, se puede afirmar, de manera casi categórica, que no existe un cuidado por atender las necesidades de salud que tienen los pueblos indígenas del norte de Jalisco ni de los indígenas de los estados circunvecinos, es decir Nayarit, Durango y Zacatecas.

La construcción de hospitales “multiculturales” exige, pues, un conocimiento de causa y forma (Milano, 2007). En este sentido, las autoridades debieron de haberse detenido en una reflexión respecto a la construcción de dicho inmueble para cumplir con los protocolos que se requieren en este tipo de hospitales. Actualmente, en México se tiene el registro del Programa Especial de los Pueblos Indígenas 2014-2018 (Decreto de 2014); de la *Guía de implantación. Fortalecimiento de los servicios de salud con medicina tradicional* (Secretaría de Salud, 2013), y del Programa de Medicina Tradicional de la Secretaría de Salud del Estado de Puebla (2009).

De estos ordenamientos, solo los dos últimos establecen parámetros para el ejercicio de la medicina tradicional en los hospitales del sector

salud público. El primer documento (Secretaría de Salud, 2013) es un reglamento oficial, pero no mandatorio y el segundo (Secretaría de Salud del Estado de Puebla, 2009) solo tiene vigencia en una entidad. De tal manera, se puede dejar constancia que el hospital de Huejuquilla no partió desde estos referentes. En estos términos, sobresalen algunos lineamientos que debió haberse seguido, pero no fue así.

Cabe decir que, para la creación de este tipo de nosocomios, al menos a partir de los ordenamientos antes mencionados, se tiene que contar con una serie de protocolos. También las motivaciones para la edificación de estos hospitales, al menos en el ámbito nacional, varía. Como refiere Milano (2007), el hospital de Cuetzalan, por ejemplo, surgió a partir de un movimiento que en un inicio fue totalmente independiente del gobierno. Como respuesta a las carencias de atención médica, que a diario padecen los indígenas de esta región de Puebla, grupos ajenos al gobierno emprendieron la praxis médica.

Posteriormente, los gobiernos estatal y federal lograron implementar esta praxis al modelo convencional y actualmente existen incluso clínicas particulares que ofrecen, a manera de experiencias turísticas, servicios médicos tradicionales (Milano, 2007). La última conclusión es que los motivos de estos hospitales radican en la necesidad de subsanar una carencia, pero se alinean en demasía al modelo convencional hasta asimilado y explotado de manera centralista por el Estado mexicano.

Ciertamente, es difícil partir de las fracturas y contrariedades manifiestas entre la tinta y la acción. Si bien el hospital de Cuetzalan y el de San Cristóbal son referentes inmediatos, como refiere Milano (2007), también habría que considerar al Hospital General Mixto de Jesús María, Nayarit. Por tanto, el hospital multicultural de Huejuquilla debió de haberse sustentando en los protocolos arriba citados y en los procedimientos de este último, que se encuentra en relativa cercanía de Huejuquilla.

El hospital del estado de Nayarit, efectivamente, fue creado para dar servicio a los pueblos wixárika, cora, tepehuano y mexicanero, aposentados en una parte del estado de Nayarit, Durango, Jalisco y Zacatecas.

Si bien no se conocen lineamientos escritos que hayan sustentado la construcción de este nosocomio, en sus métodos médicos siguen los lineamientos federales y el ejemplo del hospital de Cuetzalan.

Para crear nosocomios como el hospital multicultural de Cuetzalan del Progreso, Puebla, se requiere considerar a la medicina tradicional y la alópata. Después, es necesario reunir una serie de terapeutas tradicionales y especialistas en herbolaria, quienes deberán aportar información a fin de realizar un estudio-análisis capaz de establecer una estadística en relación con la enfermedad que sea más frecuente entre las etnias y que despusen en las mediciones estadísticas por sus elevadas tasas (Milano, 2007).

También, se debe saber que en este sistema médico se condensa el pensamiento empírico/racional/lógico y el mágico/simbólico/metodológico, que distingue las practicas terapéuticas desde las propiedades curativas de las plantas hasta los complejos rituales terapéuticos (Secretaría de Salud, 2013). Con lo anterior, se podría decir que, al menos en México, estos proyectos nacen a raíz del distanciamiento entre la alópata y lo tradicional, así como del respeto de la cultura y forma de organización de los pueblos originarios mexicanos (Milano, 2007).

Cabe decir, también, que estos hospitales integrales mantienen como principal objetivo “proporcionar servicios mixtos de salud y disponer de espacios donde se desarrolle la medicina tradicional y la medicina alópata en un marco de interculturalidad” (Secretaría de Salud del Estado de Puebla, 2009). Entonces, se deben reconocer a aquella como un método complementario de la alopatía y, desde luego, debe tener un lugar apropiado para su práctica. Seguidamente, se debe de buscar los espacios legislativos para hacer llegar las iniciativas de ley para que se discutan en las cámaras de diputados y así se encuentre reconocimiento para los diversos médicos tradicionales.

Llegados a este punto, una vez que se plasme este reconocimiento en la Ley de Salud del Estado de Jalisco (1986) y en la Ley General de Salud (1984), esta práctica estará protegida y garantizada para su libre ejercicio. Si bien todas estas soluciones las ha propuesto la *Guía de implantación* (Secretaría de Salud, 2013), las leyes aún son ambiguas al respecto, pues

admiten ciertos grados de contradicción legislativa, como se demostrará posteriormente.

Partiendo de lo anterior, se puede decir que nuestras leyes deberían de incluir una suerte de protocolos para la construcción de este tipo de hospitales; algunos se proponen a continuación. De inicio, para construir un nosocomio es necesario partir de conformidad con los hospitales que se encuentren funcionando en términos aceptables e imitables; por ejemplo, el de Cuetzalan del Progreso, Puebla. Es decir, se necesitaría emular el modelo de este hospital.

Como establece el programa de la Secretaría de Salud del Estado de Puebla (2009), se tiene que estos hospitales deben partir de: 1) un diagnóstico situacional, iniciando con los padecimientos más frecuentes de las etnias de la región; 2) un modelo de atención de ambas prácticas — medicina convencional y tradicional—, además de difundir “documentos técnicos e informativos sobre medicina tradicional en la infraestructura de salud” (Gutiérrez, Betancourt & Betancourt, 2008, Introducción, párr. 9); 3) sensibilización y capacitación, es decir, vincular ambas medicinas a partir, por ejemplo, de la realización de talleres e intercambio de experiencias diversas sobre cultura indígena; 4) módulos de medicina tradicional, en donde se reciba consulta y cada módulo tenga una sala de espera, de expulsión y de consulta, laboratorios, baños, farmacia y temascal; 5) legislaciones a fin de que se dé reconocimiento a la medicina tradicional en las diversas normativas en materia de salud a nivel estatal y federal (Gutiérrez, Betancourt & Betancourt, 2008).

Sobra decir que para la edificación del hospital multicultural de Huejuquilla, en ningún momento se presentó algún proyecto sobre hospitales mixtos en México. Pudiera decirse, además, que nunca se hizo trabajo de campo ni se tuvo información a través de entrevistas con terapeutas alópatas e indígenas; mucho menos se hizo una revisión documental de las políticas de salud para los pueblos indígenas. De haber sido en estos términos, sin duda alguna se estaría cumpliendo con la normatividad de los pueblos indígenas; se lograría una mayor integración cultural para ofrecer las dos medicinas, y se crearían verdaderos servicios de salud intercultural.

Con lo anterior, impulsaríamos modelos alternativos interculturales de atención a la salud de los pueblos indígenas, pues no debemos olvidar que esta práctica médica, en periodos anteriores, y concretamente en México, fue subordinada, desplazada y en muchas ocasiones perseguida. Inclusive en la actualidad no se borran del todo esos vestigios en las experiencias que se tienen en los hospitales mixtos que se encuentran en las diversas entidades de la República Mexicana.

Cuestiones de normatividad internacional, federal, y estatal

Más allá de las querellas extralegales, lo cierto es que hoy en día los diversos actores que en el hospital multicultural de Huejuquilla cumplen las funciones de médico, iniciado o curandero se encuentran privados de poder prestar su servicio, pues los reglamentos del estado y de la federación se los imposibilita. Si bien, la *Guía de implantación* (Secretaría de Salud, 2013) dedica un gran apartado en la defensa de esta praxis médica, las contrariedades legislativas saltan a la vista, pues las autoridades no respetan cabalmente la ley. Así es que estos médicos no cuentan con un documento que los acredite como tales y, por tanto, las autoridades estatales han considerado apropiado privarles del ejercicio de su oficio.

La indagación que se propone a continuación plantea recabar algunos ordenamientos que permiten lecturas paradójicas sobre la legalidad de la implementación del sistema médico referido. De la misma manera que la *Guía de implantación* (Secretaría de Salud, 2013) lo ha hecho, se comenzará por desglosar la configuración argumentativa legal de ordenamientos internacionales, luego del orden federal y finalmente del orden estatal, para determinar si verdaderamente se puede privar a los médicos tradicionales de la realización de su oficio. Cabe recalcar que, si se han elegido algunos ordenamientos además de la ya mencionada guía (Secretaría de Salud, 2013), también se han elegido otros más, pues son estos los que imposibilitan la claridad que priva del ejercicio de su oficio a los médicos indígenas.

Internacional

En materia internacional, la estrategia de la Organización Mundial de la salud (OMS, 2013) establece que

[e]n todo el mundo, la medicina tradicional es el pilar principal de la prestación de servicios de salud, o su complemento. [...] La estrategia tiene dos objetivos principales, a saber: prestar apoyo a los Estados miembros para que aprovechen la posible contribución de la MTC a la salud, el bienestar y la atención de la salud centrada en la persona, y promover la utilización segura y eficaz de la MTC, mediante la reglamentación de productos, prácticas y profesionales. Esos objetivos se alcanzarán por medio del establecimiento de tres objetivos estratégicos, a saber: 1.- Desarrollo de una base de conocimientos y formulación de Políticas Nacionales 2.- Fortalecimiento de la seguridad, la calidad y la eficacia mediante la reglamentación y 3.- Fomento de la cobertura sanitaria universal por medio de la integración de servicios de MTC y la autenticación en los sistemas nacionales de salud (p. 9).

Los dos objetivos que propone la OMS (2013) para la utilización de la medicina tradicional-complementaria (MTC) se pueden resumir en la integración de estos modelos para brindar más ofertas en el sector salud. El primer objetivo parece un tanto contradictorio en su argumentación, pues al mencionar que esta práctica puede proveer “[una] posible contribución a la salud, el bienestar y la atención [...]” (p. 7) no se determina de forma tajante si los beneficios son seguros, sino que estos son una mera posibilidad, de ahí que una nación miembro de la comisión pueda hacer caso omiso a la recomendación sin ninguna represalia.

Por otra parte, el meollo legal, al centrarse en la figura individual, no precisa un reconocimiento de los pueblos indígenas como sociedades

donde esta medicina es practicada y aceptada en su totalidad. De esta manera, la figura del individuo como sujeto saludable descompone una práctica social y ancestral. Como consecuencia, el modelo individual de salud integral, impreciso, al menos en este contexto, desplaza al modelo social de salud tradicional.

En estos términos, esta práctica pasa a formar parte de un catálogo de posibilidades de sanación; no a ser parte del sistema social universal de salud, si es que existe uno, sino a ser un recurso más en una economía de la salud. Es decir, este sistema médico se convierte en una oferta más de mercado y, por consiguiente, un servicio del que se puede ser partícipe o no, dependiendo de factores económicos, políticos o sociales.

El segundo objetivo de la OMS (2013) sintetiza el propósito de traer la medicina integrativa al orden legal de cada nación. De tal suerte, se establece que se debe “[...] promover la utilización segura y eficaz de la MTC, mediante la reglamentación de productos, prácticas y profesionales” (p. 7). Este objetivo procura así la impulsión de esta práctica dentro de los modelos convencionales médicos. Cabe destacar que esta estrategia argumentativa tiende a un proceso de inclusión de un discurso periférico. En otros términos, de la marginalidad, el método tradicional pasará al orden centralizador del estado, para poder aportar beneficios a este; por consiguiente, reglamentarlo implicaría la mera traslación de un orden ajeno al sistema a uno propio.

Ahora bien, si se considera reglamentar las prácticas tradicionales de medicina indígena es porque a final de cuentas, a los ojos de los organismos de salubridad, estas prácticas siguen siendo caóticas, irregulares. Desde esta perspectiva, la reglamentación implicaría que la tradición ancestral, mítica y mágica de curar de los pueblos indígenas reconociera en sí misma su falta de razón, de regla y, por tanto, de orden. En resumidas cuentas, la reglamentación no deja de ser imposición.

Por su parte, los objetivos estratégicos para la realización de los dos primeros puntos propuestos por la OMS (2013) establecen una continuación de ideas donde esta medicina sigue siendo descalificada, pues se insiste en el desarrollo de una base de conocimientos, como si ella careciera de estos, o en todo caso, al tenerlos no son válidos en comparación

al ejercicio de la alopátia. No obstante, la normativa es clara, al menos en el primero de sus objetivos estratégicos, pues se hace hincapié en la formulación de políticas nacionales, es decir, para que se establezcan lineamientos para la plena práctica tradicional.

La OMS (2013) determina necesario fortalecer la seguridad, la calidad y la eficacia mediante la reglamentación. Este punto por sí solo condensa la aparente aceptación en el esquema ordinario de medicina alópata. Es decir, al considerar a la medicina tradicional periférica, se exige que sea segura, pues puede ser peligrosa; que tenga calidad, pues podría ser deficiente, y finalmente que sea eficaz a partir de reglas, pues debe volverse positivo lo mítico-mágico. En sentido estricto, este argumento ayuda a la conformación de políticas públicas y sanitarias. Sin embargo, a la vez de coadyuvar este proceso legal lo entorpece, pues no se reconoce a esta como una verdadera alternativa, o al menos como viable a la par de la medicina alópata.

Finalmente, el último punto estratégico presenta esta misma paradoja, pues a la vez de establecer el fomento a la cobertura sanitaria universal para todo el sistema de salud, también se exige que todos los órdenes de salubridad autentiquen a la práctica tradicional. En resumen, cabría decir que la estrategia de la OMS (2013) califica y a la vez descalifica al mismo mecanismo de salubridad del cual se hace apología.

En este marco legal, por lo tanto, importa ratificar la inmersión de esta medicina dentro de los órdenes establecidos, aunque a cambio de ello la propia práctica tradicional se subyugue y pierda condiciones esenciales en sí misma. Es decir, para la OMS (2013) es necesario legislar estas prácticas medicinales, pero siempre tomándolas en cuenta como defectuosas, inseguras y carentes de calidad y de eficacia positiva. De igual manera, cabe detenerse en las consideraciones establecidas en el Convenio sobre pueblos indígenas y tribales 169 (1989) de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), que a la letra dice:

Artículo 24. Los regímenes de seguridad social deberán extenderse progresivamente a los pueblos interesados y aplicárseles sin discriminación alguna.

Artículo 25.

1. Los gobiernos deberán velar por que se pongan a disposición de los pueblos interesados servicios de salud adecuados o proporcionar a dichos pueblos los medios que les permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control, a fin de que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental.
2. Los servicios de salud deberán organizarse, en la medida de lo posible, a nivel comunitario. Estos servicios deberán planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales.
3. El sistema de asistencia sanitaria deberá dar la preferencia a la formación y al empleo de personal sanitario de la comunidad local y centrarse en los cuidados primarios de salud, manteniendo al mismo tiempo estrechos vínculos con los demás niveles de asistencia sanitaria.
4. La prestación de tales servicios de salud deberá coordinarse con las demás medidas sociales, económicas y culturales que se tomen en el país (pp. 8-9).

Los términos planteados en los dos artículos del Convenio sobre pueblos indígenas y tribales 169 (1989) perfilan un establecimiento legal hacia la salud de los pueblos indígenas, donde estos, en primer lugar, deberán interesarse en los mecanismos de salud; así, no es una obligación del Estado implementar programas de salud a no ser que los pueblos se interesen en estos programas. Posteriormente, los cuatro numerales en los que se desglosa el artículo 25 estiman que una vez proveídos los servicios de salud, estos deben quedar bajo la total responsabilidad de los “pueblos interesados”. En este sentido, el Estado entrega los bienes y mecanismos de acceso a la salud, pero son los pueblos indígenas quienes

decidirán y procurarán el ejercicio, administración y utilización de estos procedimientos.

Seguidamente, el Convenio sobre pueblos indígenas y tribales 169 (1989) establece la manera idónea de organización, pues cada pueblo deberá volver autosuficientes los servicios de salud que se le hayan entregado. De esta forma, se establece que las prácticas curativas y medicamentos establecidos por el Estado deberán entrar al esquema de salud de los pueblos indígenas. Acto seguido, se explicita que el personal de estos centros de salud deberá ser, de preferencia, local y participe de la comunidad.

Finalmente, para el convenio 169 de la OIT (1989), los servicios médicos deben de coordinarse con las demás medidas culturales que se tomen en el país. Ahora bien, la parte medular de todas las estrategias legales expuestas por este convenio se articula desde y a partir de la cesión y reconocimiento de la necesidad de programas de salud por parte de los pueblos indígenas.

Formalmente, esta es una medida que procura el total respeto de los usos y costumbres de los pueblos; no obstante, en el marco legal mexicano, la implementación de esta medida se vuelve contradictoria a la Constitución, pues es deber del Estado proveer a toda la nación los servicios de salud. Bajo la perspectiva de los dos ordenamientos internacionales que se han rescatado, la configuración legal de estos se vuelve paradójica y contraproducente para el ejercicio de la medicina tradicional en México.

Nacional

Para el marco nacional se han rescatado tres lineamientos. La selección de estos se debe, en mayor medida, a las constantes discordancias argumentativas que se expresan formalmente en su contenido. Como se ha hecho mención, la *Guía de implantación* (Secretaría de Salud, 2013) rescata ordenamientos legales que permiten un marco referencial donde no queda ninguna contradicción en el ejercicio de la medicina tradicional.

Por otra parte, los mecanismos jurídicos propuestos a continuación permiten evidenciar de manera clara y concisa vacíos legales, así como contradicciones jurídicas. El primero es el artículo segundo de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM, 2017). Los siguientes ordenamientos estarán en la Ley General de Salud (1984), específicamente el artículo sexto fracción cuarta bis; finalmente, se hará mención del artículo 93 de la misma ley. La Constitución mexicana (CPEUM, 2017) establece que

[e]s deber del Estado asegurar el acceso efectivo a los servicios de Salud, mediante la ampliación de la cobertura del sistema nacional, aprovechando debidamente la medicina tradicional así como apoyar la nutrición de los indígenas mediante programas de alimentación, en especial para la alimentación infantil (artículo segundo, apartado B, fracción tercera).

En este orden de ideas, la práctica médica tradicional es un recurso para aprovechar, que permite ser apoyo para la nutrición de los pueblos indígenas a partir de diferentes programas de alimentación. En sí, la poca o casi nula atención que este mecanismo legal brinda a este ejercicio permite una gran apertura de lecturas. En la medida que para la Constitución esto sea un recurso para aprovechar, los programas de salud del Estado se verán beneficiados. Por consiguiente, el Estado ultraja los fines de la medicina tradicional.

Ahora bien, al considerar el enorme vacío de interpretación jurídica presente en este apartado, que consiste en la nula mención de órdenes legislativos para reglamentar esta actividad médica, se pudiera decir que la Constitución incita al establecimiento de estos para la plena complementación de los programas de salud; por otra parte, ello evidencia la no conceptualización del máximo orden legal por ocuparse de estas prácticas milenarias. En sentido estricto, la no existencia de normas no descalifica la existencia y práctica de la dicha actividad, pero el estable-

cimiento de esta como un recurso de apoyo la vuelve solo eso, un mero instrumento para complementar al sistema central de salud mexicano.

La Ley General de Salud (1984) establece que se debe “promover el conocimiento y desarrollo de la medicina tradicional indígena y su práctica en condiciones adecuadas” (artículo sexto bis). La articulación legislativa-argumentativa de este apartado irá de la promoción del saber mítico mágico al reforzamiento de esta praxis médica y finalmente a la especificación de esta actividad dentro de un campo “adecuado”.

Progresivamente, el artículo sexto denota ciertos comportamientos discursivos que parecieran coadyuvar el ejercicio de la medicina tradicional en los fines más prácticos. No obstante, este ordenamiento se ve distendido en dos frentes de argumentación que parten de un mismo principio, el de la propagación. De tal manera, está en primer lugar la propagación del saber, hecho que por sí mismo procura la exhibición y difusión informativa.

Ahora bien, los dos posteriores establecimientos discursivos pretenden desarrollar y controlar el espacio de la práctica médica en cuestión. Desde esta perspectiva, si se precisa su reforzamiento, se tienen dos lecturas posibles: la primera va acorde a la propagación de este saber médico-mágico; la segunda procura considerarla como una práctica sin desarrollo, que necesita por lo tanto del mismo.

Esta segunda lectura se valida desde la propia argumentación del tercer apartado de este artículo sexto, pues la práctica deberá ser realizada en condiciones adecuadas, es decir, las condiciones propias no bastan, no son suficientes y, por tanto, son inadecuadas: de ahí la necesidad de desarrollarla. En sentido estricto, este apartado legal a la vez de programar un discurso de difusión y propagación informativa, también pretende normativizarlo a partir del reconocimiento de fallas latentes y esenciales en esta práctica (falta de desarrollo y ejercicio de la práctica de forma inadecuada).

Dentro de esta misma ley (Ley General de Salud, 1984) se ha rescatado el artículo noventa y tres, donde se detalla con mayor aplomo ciertos procedimientos específicos referentes a la praxis tratada.

La Secretaría de Educación Pública en coordinación con la Secretaría de Salud promoverá el establecimiento de un sistema de enseñanza continua en materia de Salud. De la misma manera reconocerá, respetará y promoverá el desarrollo de la Medicina Tradicional Indígena. Los programas de prestación de la salud de atención primaria que se desarrollan en comunidades Indígenas deberán adaptarse a su estructura social y administrativa así como su concepción de la salud, y de la relación del paciente con el médico respetando sus derechos humanos (Ley General de Salud, 1984, p. 32).

La coordinación de dos dependencias federales para coadyuvar la práctica médica establece lineamientos a partir de la instrucción sobre la salud desde la educación. Por consiguiente, para este artículo, la salud se concibe, una vez más, como un saber a promover. La instrucción de la salud en la práctica educativa, no obstante, se vuelve en un primer momento imprecisa, pues no se enuncia a quiénes será impartida ni tampoco si esta propagación de conocimiento será permanente dentro de la formación escolar.

La argumentación prosigue en la una línea de acciones específicas a surtir efecto sobre el ejercicio médico tradicional. Reconocer, respetar y promover son acciones por realizarse para esta práctica. No obstante, la ausencia de un sujeto enunciativo en este orden legal implica una discordancia discursiva tal que no se define si este corresponde a la Secretaría de Educación Pública, a la Secretaría de Salud o a los Programas de difusión.

Si partimos del supuesto de que la Secretaría de Educación es el sujeto, debido a su planteamiento sintáctico y ya que es la instancia que debe promover un sistema de enseñanza en materia de salud, entonces las acciones se realizarán a partir de la mediación de la figura de un “otro” legal. Esto quiere decir que, al menos enunciativamente, existe una transferencia de acciones, es decir, el sujeto enunciativo posiciona al “otro” como ejecutor.

Por consiguiente, se puede decir que la Secretaría de Salud discursivamente media su propio reconocimiento, respeto y desarrollo de la medicina tradicional a través de la Secretaría de Educación, a partir de un sistema de difusión de la práctica médica milenaria de los pueblos indígenas. Finalmente, sucede un radical cambio discursivo, esta vez, de ser adaptada la práctica médica, será el orden sistemático en materia de salud el que fungirá como complemento. En este sentido, este ordenamiento es el único que ha considerado cambiar la perspectiva. Aunque este cambio suceda solo en comunidades indígenas, no es, por consiguiente, un estado normativo, sino uno de excepción.

Estatal

Las disposiciones federales suelen ser el modelo a partir del cual los ordenamientos estatales se configuran. De tal manera, existe una concordancia entre la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (2017) y la Constitución Política del Estado de Jalisco (2017). Así, las nociones estatales concernientes a la práctica médica tradicional serán aplicadas por la misma estructura legal. Cabe decir también que los criterios de selección de las normativas son los mismos que procuraron la incorporación a este texto de los mecanismos legales nacionales e internacionales.

Ahora bien, es de destacarse que la Constitución Política del Estado de Jalisco (2017) haya creado un ordenamiento para interpretar el artículo cuatro de la Constitución nacional (CPEUM, 2017). Así, la Ley sobre los Derechos y el Desarrollo de los Pueblos y las Comunidades Indígenas del Estado de Jalisco (2007) procura determinar figuras legales que protejan y garanticen el pleno respeto de los derechos humanos de los pueblos indígenas de Jalisco.

En este sentido, este ordenamiento en particular (Ley sobre los Derechos y el Desarrollo de los Pueblos y las Comunidades Indígenas del Estado de Jalisco, 2007) se encargará de solventar las querellas legales respecto a la práctica médica tradicional en el estado de Jalisco, especí-

ficamente en los artículos 42 y 44. También se consideran los artículos 97 y 107 de la Ley de Salud del Estado de Jalisco (1986) y la Ley para el Ejercicio de las Profesiones del Estado de Jalisco (1998) para determinar ciertas inconsistencias legales-discursivas de esta práctica.

La Ley sobre los Derechos y el Desarrollo de los Pueblos y las Comunidades Indígenas del Estado de Jalisco (2007) menciona: “El acceso efectivo de los indígenas a los servicios de salud constituye una acción prioritaria” (art. 42). Posteriormente, se añade: “El estado y los municipios gestionarán y facilitarán el acceso a los regímenes de seguridad social progresivamente a los indígenas interesados” (art. 42). Finalmente se enuncia: “Los médicos tradicionales indígenas podrán practicar sus conocimientos ancestrales sobre la medicina tradicional y herbolaria para fines curativos y ceremoniales, sin que estos suplan la obligación del estado de ofrecer los servicios institucionales de salud” (art. 42).

La secuencia discursiva evocada por estos ordenamientos contrapone dos perspectivas. La primera procura que los servicios de salud sean estructuras por integrarse y proporcionarse por el estado para los pueblos indígenas; la segunda, por su parte, sí atiende consideraciones respecto a la práctica referida. Si bien pareciera que la oposición entre ambas perspectivas se resuelve, la parte medular de la situación radica en que en un inicio no sea especificado si la medicina deba ser practicada o no.

En estos términos, cuando se establece que el acceso a la salud es una prioridad, y una actividad por gestionar, se desconoce al sistema tradicional; más que no considerarse como una opción, no se hace mención de este. Por consiguiente, cuando se plantea este ejercicio se hace a través de una perspectiva mítico-religiosa. De este modo, la práctica es aceptada, pero no suple o complementa el deber del estado de proveer salud a los pueblos y comunidades indígenas; este ordenamiento defienda la praxis ancestral, mas no se preocupa por su inserción en el modelo estatal de salud pública.

La paradoja subyacente a este ordenamiento sería considerar, al menos para el estado de Jalisco, que todo intento de ofrecer servicios de medicina tradicional atentaría en materia legal contra la Constitución

y, por ende, con los derechos humanos de los pueblos indígenas. Para el caso de la Ley de Salud del Estado de Jalisco (1986) se estableció el reconocimiento de una “Comisión de arbitraje médico del estado de Jalisco”. Así, a la letra se enuncia:

Toda aquella persona que manifieste ante la comisión ser profesional de la medicina deberá acreditarlo, presentando el original de la cédula profesional correspondiente, si en la investigación que realiza la comisión de alguna de las partes, que se ha presentado o se le esté señalando como profesional técnico o auxiliar de salud no sea acreditada esa profesión u oficio con documentos inobjectables, la comisión deberá presentar denuncia de hechos ante la fiscalía general del estado a fin de que se investigue sobre la probable comisión de un delito (art. 91, fracción IV).

Por lo tanto, al establecerse mecanismos precisos y específicos, esta comisión pretende reglamentar del todo y garantizar bajo un marco legal de reconocimiento profesional el ejercicio del deber médico. Como consecuencia evidente, el sistema tradicional de salud queda totalmente excluido de este ordenamiento, a tal grado que esta práctica sea considerada como un delito. La Ley de Salud del Estado de Jalisco (1986) establece:

Para el ejercicio de las actividades profesionales en el campo de la medicina, odontología, veterinaria, biología, psicología, ingeniería sanitaria, nutrición, patología y sus ramas y las que se establecen a otras disposiciones legales aplicables, se requiere que los títulos profesionales o certificados de especialización hayan sido legalmente expedidos y registrados (art. 107).

Así, al menos en este ordenamiento, quien ejerza la práctica médica referida deberá validar su formación a partir de la expedición de un

título profesional o un certificado. Más allá de la imposibilidad de este ejercicio, pues los órdenes de los pueblos indígenas no tienen validez total en el marco estatal mexicano, la exigencia de un título procura que el marco de salubridad quede sometido enteramente al marco legal del Estado mexicano y, por consiguiente, quien no se someta a este incurrirá en un delito. Cabe agregar lo relativo a la Ley para el Ejercicio de las Profesiones del Estado de Jalisco (1998), que establece lo siguiente:

No podrán ejercer en el estado las profesiones a que alude el artículo 5 del presente ordenamiento, quien hayan cursado estudios que necesitan para su acreditación alguno de los documentos a que se refiere el art. 42 de esta ley o sus equivalentes, y que no obtengan previamente el registro o la cédula profesional correspondiente en los términos de ley para el ejercicio de Abogado o Licenciado en Derecho, Médico, Arquitecto, Biólogo, Contador Público, Economista, Farmacéutico, físico , Químico, Homeópata, Ingeniero, Lic. En Trabajo Social, Odontólogo, Profesor Normalista, Psicólogo, Topógrafo Veterinario, Zoólogo Enfermería y Licenciados en Educación, así como de las especialidades que deriven de estos (art. 10).

Queda asentada la nula inserción de la medicina tradicional al modelo legal de práctica profesional estatal. La repercusión inmediata lleva a considerar a esta práctica como ha sido definida por la Ley General de Salud (1984): un ejercicio a practicarse entre los pueblos originarios, pero no a insertarse en el programa de salud estatal. A la larga, al igual que su propio reconocimiento, la nula aceptación de esta actividad tradicional en el modelo de salud estatal denota el crítico estado de marginalidad en el cual se sitúan los pueblos originarios de México.

Discusión: de la práctica legal a la práctica social

La línea de relación comunicativa entre el fracaso del Hospital Comunitario Multicultural de Huejuquilla y las contrariedades legales presentes en los apartados internacionales, nacionales y estatales se bifurcan en la concepción identitaria de los pueblos indígenas mexicanos. Si, como afirma Milano (2007), el Estado mexicano se encuentra en la transición donde la identidad indígena se legitima a partir de la incorporación de la medicina tradicional al modelo convencional del sistema de salud, ello se vuelve un ruedo donde confluyen desde prácticas políticas, hasta económicas y turísticas.

Siguiendo a Milano (2007), estas consecuencias parecieran no afectar a la identidad indígena, sino fortalecerla. No obstante, al menos desde la perspectiva que se privilegia en este texto, las contrariedades discursivas legales y la total falta de planeación en el modelo hospitalario del hospital de Huejuquilla denuncian un fortalecimiento, sí, pero de la misma subyugación y discriminación que padecen los pueblos indígenas.

En este orden de ideas, la terrible conclusión que la misma Chiara Milano (2007) enuncia se convierte en una contradicción, pero que a la larga refuerza prácticas sociales donde la figura del indígena se convierte en un espectáculo, una atracción turística. Se vuelve más operante la discriminación: si la práctica de la medicina tradicional cumple sus fines, pero vuelve a los indígenas y sus costumbres un producto, al reivindicar prácticas milenarias también las sojuzga a un mercado donde lo “exótico y autóctono” es valioso.

La existencia de mecanismos que regulan y validan la práctica médica tradicional en México es contradictoria. Por una parte, están los tratados internacionales y demás aparatos legislativos nacionales que permiten el pleno ejercicio de esta actividad y a su vez, en estos mismos órdenes también hay paradojas, donde se concibe esta como un mero instrumento, un apoyo, y nunca como una práctica confiable y factible. Aunado a esto, en estricto derecho, los ordenamientos del ejercicio de la medicina en el estado de Jalisco, dada su condición ética, no permiten el modelo

tradicional, pues quienes lo practican están fuera de un marco convencional de formación intelectual y técnica.

Se pudiera percibir esta situación como afirma Foucault (2004) en *El nacimiento de la clínica* al decir que el Estado se apropia de la capacidad de impartir la práctica médica de manera totalizadora y exclusiva. Así, se podría decir que las constantes contradicciones legales al respecto son giros modernos del Estado mexicano para discriminar, oprimir; pero, en última instancia, conservar su poder y su condición hegemónica en el ejercicio de los servicios de salud. A final de cuentas, la gran falla del hospital multicultural de Huejuquilla es a la vez una denuncia y un escaparate donde se evidencian las grandes carencias y retos ante los que son confrontados los pueblos indígenas de México.

Conclusión

La encrucijada legal en la cual los pueblos originarios son posicionados en la normativa mexicana los orilla a una sintaxis jurídica donde hay constantes contradicciones entre la aceptación y el rechazo de las prácticas médicas ancestrales. En este sentido, no hay escapatoria jurídica para ellos, pues las propias leyes que protegen el ejercicio de estas prácticas son contradictorias.

En sentido estricto, si es que existen hospitales multiculturales donde es posible practicar la medicina indígena, es un mérito de quienes han buscado su inserción dentro del Estado mexicano. De esta forma, la gran lección de esta actividad tradicional es que parece necesaria su inserción a partir de protestas, movimientos sociales y demás actividades fuera de la ley, pero que paradójicamente el Estado habrá de asimilar posteriormente.

Por todo lo anterior es que actualmente la medicina tradicional es vista como una estrategia de impulso para programas sociales, como un bien o un producto exótico de “fin de semana”. Las disparidades legales y sociales que permean la praxis médica de los pueblos indígenas son las mismas que subyugan a los pueblos indígenas desde hace años en México. A la larga, los grandes problemas de la nación mexicana mantienen

aún fuertes lazos con problemas de reconocimiento identitario y de ejercicio gubernamental.

Referencias bibliográficas

- Campos-Navarro, R. & Ruiz-Llanos, A. (2001). Adecuaciones interculturales en los hospitales para indios en la Nueva España. *Gaceta Médica de México*. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2001/gm016j.pdf>
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos [Const.]. 2017 (México). Recuperado de http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1_150917.pdf
- Constitución Política del Estado de Jalisco [Const.]. 2017 (México). Recuperado de https://www.jalisco.gob.mx/sites/default/files/constituci_n_politica_del_estado_de_jalisco.pdf
- Convenio sobre pueblos indígenas y tribales, 1989 (núm. 169). Ginebra, Suiza. Organización Internacional del Trabajo. (27 de junio de 1989). Recuperado de http://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_INSTRUMENT_ID,P12100_LANG_CODE:312314,es
- Decreto de 2014. Decreto por el que se aprueba el Programa Especial de los Pueblos Indígenas 2014-2018 [Presidencia de la República Mexicana]. 30 de abril de 2014. Recuperado de <http://www.cdi.gob.mx/programas/2014/programa-especial-de-los-pueblos-indigenas-2014-2018.pdf>
- Foucault, M. (2004). *El nacimiento de la clínica*. Buenos Aires, Argentina: Siglo XXI.
- Gutiérrez Domínguez, M. A., Betancourt Aguilar, Y. & Betancourt Aguilar, I. (2008). Medicina tradicional indígena en Puebla: los hospitales integrales. Experiencias en la capacitación y transferencia tecnológica sobre plantas medicinales y preparados herbolarios. Recuperado de <http://medicinaindigena.blogspot.mx/>

- Ley de 1984. Ley General de Salud. 7 de febrero de 1984. Recuperado de <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lgs.htm>
- Ley de 1986. Ley de Salud del Estado de Jalisco. 30 de diciembre de 1986. Recuperado de <https://transparencia.info.jalisco.gob.mx/sites/default/files/Ley%20de%20Salud%20del%20Estado%20de%20Jalisco.pdf>
- Ley de 1998. Ley para el Ejercicio de las Profesiones del Estado de Jalisco. 27 de enero de 1998. Recuperado de <https://transparencia.info.jalisco.gob.mx/sites/default/files/Ley%20para%20el%20Ejercicio%20de%20las%20Profesiones%20del%20Estado%20de%20Jalisco.pdf>
- Ley de 2007. Ley sobre los Derechos y el Desarrollo de los Pueblos y las Comunidades Indígenas del Estado de Jalisco. 11 de enero de 2007. Recuperado de <https://info.jalisco.gob.mx/gobierno/documentos/3139>
- Milano, Ch. (2007). La legitimación de las medicinas indígenas en México. El ejemplo de Cuetzalan del Progreso (Puebla). *Dimensión Antropológica*, 41, 81-106. Recuperado de <http://www.dimensionantropologica.inah.gob.mx/?p=1714>
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023*.
- Secretaría de Salud del Estado de Puebla. (2009). *Medicina tradicional*. Recuperado de <http://www.ss.pue.gob.mx/index.php/ciat/item/2217-medicina-tradicional>
- Secretaría de Salud. (2013). *Guía de implantación. Fortalecimiento de los servicios de salud con medicina tradicional*. Recuperado de <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/38485/ModeloFortalecimientoMedicinaTradicional.pdf>

Cómo citar este texto

- García Carrillo, J. M. (2017). Medicina tradicional wixárika en el nuevo modelo de hospitales multiculturales y su implementación jurídica: un análisis desde el marco legal. *Punto CUNorte*, 3(5), XX-XX.