

MEDICINAS TRADICIONALES

*Introducción al estudio de los sistemas tradicionales
de salud y su relación con la medicina moderna*

**GERMÁN ZULUAGA R.
CAMILO CORREAL M.**

**Cuadernos del Observatorio de la Vida
Volumen 3**

MEDICINAS TRADICIONALES

*Introducción al estudio de los sistemas tradicionales
de salud y su relación con la medicina moderna*

**GERMÁN ZULUAGA R.
CAMILO CORREAL M.**

**Cuadernos del Observatorio de la Vida
Volumen 3**

MEDICINAS TRADICIONALES

*Introducción al estudio de los sistemas tradicionales
de salud y su relación con la medicina moderna*

GERMÁN ZULUAGA R., MD
CAMILO CORREAL M., MD

Cuadernos del Observatorio de la Vida
Volumen 3
División de Humanidades

© 2002
Germán Zuluaga R.
Camilo Correal M.
Universidad El Bosque
Transversal 8A Bis No. 132 - 82
Tel.: 833 1388 - 833 1320
Fax: 833 2030
E-mail: irindopos@unbosque.edu.co
<http://www.unbosque.edu.co>
Bogotá, D.C., Colombia

ISSN COLECCIÓN 288-8077-21-8
Diseño e impresión:
Editorial Kimprex
Tel.: 280 1880 - 413 0044
Bogotá, D.C., Colombia
Noviembre de 2002

MEDICINAS TRADICIONALES

Introducción al estudio de los sistemas tradicionales
de salud y su relación con la medicina moderna

GERMÁN ZULUAGA R., MD
CAMILO CORREAL M., MD

© 2002
Germán Zuluaga R.
Camilo Correal M.
Universidad El Bosque
Transversal 9A Bis No. 132 - 55
Tels.: 633 1368 - 633 1320
Fax: 625 2030
E-mail: unibosque@unbosque.edu.co
<http://www.unbosque.edu.co>
Bogotá, D.C., Colombia

ISBN COLECCIÓN: 958-8077-51-6
ISBN VOLUMEN 3: 958-8077-54-0

Diagramación e Impresión:
Editorial Kimpres Ltda.
Tels.: 260 1680 - 413 6884
Bogotá, D.C., Colombia
Noviembre de 2002



25 Años

UNIVERSIDAD EL BOSQUE

"POR UNA CULTURA DE LA VIDA, SU CALIDAD Y SU SENTIDO"

DIRECTIVAS

Dr. ERIX BOZÓN MARTÍNEZ
Presidente del Claustro
Miembro Fundador

Dr. MIGUEL OTERO CADENA
Rector
Miembro Fundador

Dr. OTTO BAUTISTA GAMBOA
Presidente del Consejo Directivo
Miembro Fundador

Dr. GERARDO ARISTIZÁBAL
Vicerrector Académico

Dr. CARLOS LEAL URREA
Vicerrector Administrativo
Miembro Fundador

Dr. JAIME ESCOBAR TRIANA
Director Maestría en Bioética
Miembro Fundador

Dr. CARLOS ESCOBAR VARÓN
Director Curso Básico de Nivelación

Dr. HERNANDO MATIZ C.
Decano Facultad de Medicina
Miembro Fundador

Dr. JOSÉ ANTONIO SÁNCHEZ
Decano Facultad de Psicología

Dra. MARÍA CLARA RANGEL
Decano Facultad de Odontología

Ing. JAIRO HERNÁN BARRAGÁN
Decano Facultad de Ingeniería de Sistemas

Ing. WOLFGANG PFIZENMAIER
Decano Facultad de Ing. Industrial

Ing. MARIO FERNANDO CASTRO
Decano Facultad de Ingeniería Ambiental

Ing. FERNANDO RIVERA INSIGNARES
Decano Facultad de Ingeniería Electrónica

Lic. SARA MARÍA HERRERA
Decana (E) Facultad de Educación

Lic. RITA CECILIA PLATA
Decana Fac. de Enfermería

MAESTRO FRANCOIS KHOURY
Decano Facultad de Artes

Dr. FABIO POSADA VELÁSQUEZ
Decano, Facultad de Ciencias Económicas
y Administrativas

Agradecimientos

La División de Humanidades y el Observatorio de la Vida agradecen al Consejo Directivo por otorgar su aval al proyecto y al Dr. Jaime Escobar Triana por el respaldo incondicional ofrecido durante su periodo rectoral 2000 - 2002. Así mismo, a las Facultades de Medicina, Ingeniería Ambiental, Electrónica, Sistemas, al programa de Bioética y a la División de Investigaciones, por el apoyo presupuestal que facilitó el desarrollo de actividades del Observatorio.

Índice

Introducción	9
1. Historia del término "Medicina Tradicional"	11
Definición de medicina tradicional	13
Conocimientos tradicionales	16
Sistemas médicos	18
Características de las medicinas tradicionales	20
2. Elementos para examinar un sistema médico	23
Concepto Salud-Enfermedad	23
El diagnóstico	25
El tratamiento	29
La prevención	31
La modalidad de la praxis	33
3. Los sistemas médicos en el mundo	37
Medicina moderna, medicina occidental	37
Medicinas alternativas, complementarias y holísticas	38
Medicina indígena	40
Medicina popular, campesina y folclórica	43
Medicinas tradicionales	47
4. Disciplinas científicas	53
Antropología (médica y de la salud)	53
Ciencias biológicas y ambientales	56
Etnobiología	58
Psiquiatría y psicología	60

5. Marco jurídico	63
Legislación internacional	63
Otras iniciativas internacionales	71
Discusión y conclusiones	83
Referencias Bibliográficas	87

Índice

9	Introducción	
11	1. Historia del término "Medicina Tradicional"	11
13	Definición de medicina tradicional	13
16	Condiciones tradicionales	16
18	Sistemas médicos	18
20	Características de las medicinas tradicionales	20
23	2. Elementos para examinar un sistema médico	23
23	Concepto Salud-Enfermedad	23
25	El diagnóstico	25
29	El tratamiento	29
31	La prevención	31
33	La modalidad de la praxis	33
37	3. Los sistemas médicos en el mundo	37
37	Medicina moderna, medicina occidental	37
38	Medicinas alternativas, complementarias y holísticas	38
40	Medicina indígena	40
43	Medicina popular campesina y folclórica	43
47	Medicinas tradicionales	47
53	4. Disciplinas científicas	53
53	Antropología (médica y de la salud)	53
56	Ciencias biológicas y ambientales	56
58	Etnología	58
60	Psiquiatría y psicología	60

Introducción

La Universidad El Bosque propuso la conformación del Observatorio de la Vida para adelantar una reflexión interdisciplinaria en torno a problemas fundamentales relacionados con la vida y su abordaje académico. Una de las líneas de investigación propuestas fue "Cultura, Biodiversidad y Salud: Una reflexión interdisciplinaria en la Universidad El Bosque", la cual tenía como objetivo final la entrega de un documento sobre "las medicinas tradicionales, su historia y su actualidad" que sirva como marco conceptual de referencia para futuras investigaciones y para la apertura académica al tema, en el contexto promovido por la Organización Mundial de la Salud, guardando el rigor científico con que ha sido abordado en el ámbito internacional.

El documento que aquí se presenta es el resultado de doce meses de investigación sobre fuentes secundarias de distintas organizaciones, universidades y profesionales en el mundo, aunada a la experiencia de trabajo con distintos grupos étnicos, en el marco de los proyectos del Instituto de Etnobiología y Amazon Conservation Team.

Este documento ofrece una revisión sistemática del tema de las medicinas tradicionales. No pretende convertirse en una defensa de las *medicinas tradicionales* ni quiere ofrecer argumentos para su validación, sin una adecuada investigación, que como se insistirá, busca encajarse en un auténtico y respetuoso diálogo intercultural. Pero sí se ofrece como texto introductorio para establecer el marco conceptual adecuado que permita dicho diálogo, con la permanente llamada de atención a evitar el prejuicio, la desvalorización injustificada y el menosprecio de lo que consideramos puede ofrecer interesantes y valiosas herramientas para construir una amplia cultura de la salud. No se trata de abandonar las

herramientas del pensamiento científico occidental; no nos cansaremos de repetirlo. Pero sí de colaborar en la construcción de nuevas herramientas que permitan una investigación más justa.

Como se delinea a lo largo del documento, resulta difícil establecer las fronteras entre el chamanismo y las medicinas tradicionales. Aunque hacemos referencia continua al fenómeno del chamanismo, el texto no busca en sí mismo ser un documento sobre chamanismo y sólo hace referencia a él en la medida en que sirve como punto de partida de las medicinas tradicionales en cuestión. Tampoco hemos intentado hacer una descripción minuciosa de las variadas medicinas tradicionales, pues lo que se pretende es ofrecer herramientas para su observación, estudio, análisis y valoración.

Esperamos que este documento permita a los profesionales de las ciencias biológicas, ambientales, sociales y de la salud encontrar una referencia segura para el abordaje científico e interdisciplinario sobre las medicinas tradicionales y su potencial en la construcción de modelos de salud más adecuados a la realidad de nuestros países, incorporando aquellos elementos que puedan contribuir a una medicina más eficaz, más integral y más humana.

Este documento ofrece una revisión sistemática del tema de las medicinas tradicionales. No pretende convertirse en una defensa de las medicinas tradicionales ni quiere ofrecer argumentos para su validación, sino una adecuada investigación, que como se insiste, busca enfocarse en un auténtico y respetuoso diálogo intercultural. Pero sí se ofrece como texto introductorio para establecer el marco conceptual adecuado que permita dicho diálogo, con la permanente llamada de atención a evitar el prejuicio, la desvalorización injustificada y el menosprecio de lo que consideramos puede ofrecer interesantes y valiosas herramientas para construir una amplia cultura de la salud. No se trata de abandonar las

1. Historia del término “Medicina Tradicional”

Debemos a la antropología el surgimiento de la denominación “medicina tradicional” en el marco de la reflexión científica. Grebe (1988) nos ofrece un panorama histórico de esta evolución académica: En 1927 Paul Rivers la concibe como una parte integral de la cultura, cuyas prácticas “están inspiradas por ideas definidas referentes a las causas de la enfermedad”. Cinco años después Clements la define como un conjunto de rasgos culturales en torno a la salud, propios de un pueblo. Posteriormente Ackerknecht (1942) concibe a la medicina tradicional como una suma de patrones culturales y elementos de carácter mágico-religioso interrelacionados funcionalmente. Por último, Alland (1966) la define en un marco conceptual ecológico – cultural – biológico: cultura, biología, ambiente y enfermedad se interrelacionan en el proceso adaptativo mediante circuitos continuos de retroalimentación adaptativa.

El estudio de la medicina tradicional se inició sobre todo en aquellos países donde aún persiste una gran diversidad cultural, con presencia de numerosos pueblos aborígenes, en especial Latinoamérica, el centro de África, India y las selvas tropicales del sudeste asiático y Polinesia. En América Latina el estudio de los sistemas médicos tradicionales se inicia de manera formal en 1951, cuando el Instituto de Antropología Social del Smithsonian Institution de Washington propone al Dr. George Foster y cuatro antropólogos más: Charles Erasmus, Isabel Kelly, Kalerovo Orberg y Ozzie Simmons, estudiar en Colombia, México, Brasil y Perú los principios básicos que gobiernan la conducta médica en las sociedades campesinas y urbanas; los resultados sorprenden por el hallazgo de un cuerpo coherente y homogéneo de creencias y prácticas, comunes a los cuatro países (Burgos, 1992).

Sin embargo, seguía siendo un asunto teórico, con términos cada vez más complejos, pero en completa distancia con la realidad de los sistemas formales de salud. De acuerdo con Lozoya (1993), fue tan sólo en la década de los 60 cuando se inicia en todo el mundo un movimiento intelectual que propone la revaloración de las prácticas curativas de las culturas médicas que habían permanecido ajenas al desarrollo tecnológico y científico occidental. Este fenómeno se origina, principalmente, como consecuencia de la estrategia de salud desarrollada por la República Popular de China que logró solucionar importantes problemas de su numerosa población, mediante la combinación de los recursos provenientes de la ancestral medicina china con programas sanitarios y de prevención de las enfermedades de diseño y corte occidental modernos.

La Organización Mundial de la Salud descubre en el método médico chino una audaz estrategia de combinación de saberes médicos que –se pensó entonces– aplicado a otras latitudes, permitiría a los países del llamado Tercer Mundo remontar las dificultades de salud características del subdesarrollo económico. Se trataba de incorporar las diversas culturas médicas de Asia, África y Latinoamérica al pensamiento científico de nuestro tiempo, buscando que los gobiernos aprovecharan esos recursos humanos y terapéuticos junto con el bagaje conceptual e ideológico en el que habían coexistido con la cultura occidental dominante para avanzar en la solución de sus agobiantes problemas de salud.

Pero también se trataba de demostrar que la medicina occidental moderna, en la forma en que se practicaba en esos países, no era sino una manera parcial de abordar el tratamiento de las enfermedades y que adolecía de serias deficiencias, por su evidente contradicción con el ámbito cultural y social en el que se aplicaba; además, por las inalcanzables exigencias económicas que demandaba el modelo médico occidental impuesto a esos países. Por esa razón, en aquellos años, cuando también surgió la ambiciosa meta de la OMS “Salud para todos en el año 2000”, se creó el Programa de Promoción y Desarrollo de las Medicinas Tradicionales de la OMS (1975) para impulsar la participación de éstas en los programas de Atención Primaria en Salud, en los países cuya población contaba con vigorosas culturas médicas autóctonas, arraigadas en la

población y que, se aceptaba, venía proporcionando desde hacía siglos otras soluciones concretas a la problemática en salud, no obstante el desconocimiento oficial a sus practicantes y el desinterés de las instituciones de gobierno en investigar y desarrollar los recursos curativos autóctonos.

Con la dirección general de la OMS, a cargo del Dr. Mahler, médico de origen nigeriano, las propuestas sobre medicina tradicional prosperaron sobre todo en Africa, con experiencias concretas en Nigeria, Sudán, Malí y Kenya. De igual modo, los países del centro y sudeste asiático asumieron el reto de articular la medicina tradicional en los sistemas formales de salud, lo que se ha conseguido sobre todo en China, Japón, las dos Coreas y Vietnam. Por otra parte, en Tailandia, en 1988 se realizó la Consulta Internacional de Conservación de Plantas Medicinales, de la que se emitió la Declaración de Chiang Mai, importante carta de navegación en la que se enfatizó sobre la importancia de los conocimientos tradicionales para garantizar la atención primaria en salud.

Experiencias incipientes en América Latina (México, Guatemala, Bolivia, Perú, Ecuador y Colombia), permitieron que la Oficina Panamericana de la Salud estableciera la Iniciativa de Salud para los Pueblos Indígenas (1995). Finalmente, en Junio de 2002 la Organización Mundial de la Salud, ante los escasos avances a nivel mundial y las oportunidades aún no aprovechadas, promovió la Estrategia de Medicina Tradicional 2.002-2.005 en el que una vez más se invita a los gobiernos, las universidades y las organizaciones a promover e investigar los sistemas médicos tradicionales (2002).

Definición de Medicina Tradicional

Desde que el estudio de la medicina tradicional fue incorporado en los programas de la Organización Mundial de la Salud, hay un creciente interés de los médicos modernos por conocer las prácticas tradicionales de salud; y cada vez es más grande el número de practicantes tradicionales e indígenas que empiezan a aceptarse y reconocerse en el mundo

occidental. Pero todavía no hay consenso sobre la definición y el significado de *medicina tradicional*, término que de manera oficial se empleó por primera vez durante la reunión de Alma Ata y que posteriormente el Programa de Medicina Tradicional instalado por la OMS en Ginebra dio una primera definición:

*Se entiende por **medicina tradicional** la suma de todos los conocimientos teóricos y prácticos, explicables o no, utilizados para diagnóstico, prevención y supresión de trastornos físicos, mentales o sociales, basados exclusivamente en la experiencia y la observación, y transmitidos verbalmente o por escrito de una generación a otra (1978).*

Cinco años después se vio que esta definición no abarcaba en forma suficiente el universo de la medicina tradicional, por lo que se amplía y se precisa:

*La **medicina tradicional** es un término ambiguo usado de manera vaga para distinguir prácticas de atención en salud antiguas y ligadas culturalmente, que existieron antes de la aplicación de la ciencia a los asuntos de salud en la medicina científica moderna oficial o alopática. Algunos sinónimos empleados con frecuencia son: indígena, no ortodoxa, alternativa, folclórica, étnica y medicina no oficial. El término no es satisfactorio, porque implica ampliamente que hay un cuerpo de principios, conocimiento y habilidades comunes a todas las variedades de medicina tradicional y porque no distingue entre sistemas complejos y completamente abarcadores de atención en salud como el ayurveda, por un lado, y remedios caseros simples, por el otro (1983).*

Desde entonces son muchas las propuestas de definición, aunque pueden variar de acuerdo con el contexto geográfico o cultural. Por ejemplo Estrella (1995), refiriéndose a la región amazónica, afirma que:

La medicina tradicional es un conjunto de conocimientos y prácticas, que tiene como fundamento el saber médico ancestral de la población, modificado a lo largo de los siglos por la influencia

de la medicina popular europea, la religión cristiana, la tradición africana y los elementos popularizados de la medicina occidental. Es una práctica que se transmite por la tradición familiar o comunitaria, que tiene sus propios agentes de salud y sus ideas específicas sobre la enfermedad y la curación.

Las numerosas propuestas de definición de medicina tradicional apuntan a distintas direcciones y resultan poco claras.

- En un principio las definiciones buscaban establecer la frontera y la diferencia con la medicina moderna, más que intentar definirla por sus características intrínsecas.
- También ha querido definirse a partir del período histórico de conformación, sobre todo en relación con el surgimiento de la medicina moderna o del pensamiento científico occidental.
- Una acepción difícil y polémica encierra la noción discriminatoria de que la medicina tradicional tiene su origen en un pensamiento no racional o de cualquier modo distinto del pensamiento científico. Términos como empírica, experiencial, producto de ensayo-error, mágica, supersticiosa, folclórica se colocan como opuestos o contradictorios a *ciencia*.
- Algunos, tratando de ser respetuosos, sólo llegan al punto de oponer ciencia y tradición, para explicar la diferencia entre medicina moderna y tradicional, respectivamente.
- Más recientemente, dada la diversidad cultural que aún encontramos en el planeta, se ha preferido hablar de *medicinas tradicionales*, en plural, intentando así evitar la homogenización de conceptos y prácticas tradicionales.

Como sugiere Grebe (1988) cualquier intento de someter a estudio los conceptos y definiciones de la medicina tradicional debe considerar como paso previo algunas proposiciones básicas que identifican los factores comunes, compartidos por todas las categorías médicas existentes, a saber: 1) la enfermedad es un universal del hombre, puesto que ocurre en cualquier tiempo, espacio, sociedad y cultura. 2) Todos los grupos humanos desarrollan métodos con el fin de enfrentar la

enfermedad. 3) Todos los grupos humanos poseen creencias, cogniciones y percepciones culturales específicas para definir o reconocer la enfermedad. Estos elementos caben igual para la medicina moderna como para cualquiera de las medicinas tradicionales existentes.

A partir de estas nociones, la evolución del concepto ha permitido, en años recientes, llegar a un consenso más claro de lo que es medicina tradicional, e incluso se propone ahora un término más amplio: *sistemas tradicionales de salud*.

Cada cultura, dentro de su proceso de desarrollo histórico, ha identificado formas de responder a los problemas fundamentales...

En cuanto al problema específico de la enfermedad podemos decir que se han creado categorías, modelos, ideas, prácticas, etc. muy propios, que dependen de la cosmovisión, la historia social -y económica- y el ámbito geográfico -naturaleza- en el que se asienta cada cultura. Por ello, éstas respuestas no necesariamente son idénticas ni válidas para todas las culturas (OPS, 1995).

Para el presente texto tomamos como punto de partida esta última definición y pretendemos aportar nuevos elementos de reflexión para construir una definición más exacta y permitir así una mejor comprensión, estudio y aplicación de la medicina tradicional o sistemas tradicionales de salud. Solamente podremos comprenderla a partir de las relaciones intrínsecas que tiene la salud con la naturaleza y la cultura (Zuluaga, 2001). Pero antes es preciso hacer un recorrido histórico y en cierto modo semántico por los distintos sistemas de medicina tradicional que aún sobreviven en el planeta, incluso por aquellos que se han transformado o se extinguieron.

Conocimientos tradicionales

La difícil decisión de reconocer los saberes tradicionales, bien como medicinas, bien como *sistemas médicos* o bien como *ciencias*, ha sido mediada en los últimos años por un término más amplio y al parecer

menos comprometedor: *conocimientos tradicionales*. Supone que las sociedades tradicionales han adquirido conocimientos y que forman parte del acervo cultural de cada pueblo. Son conocimientos relacionados con la supervivencia, los modos de producción, las expresiones artísticas y religiosas, los modelos de salud y cualquier creencia, concepto, valor o técnica que se utilice en la vida cotidiana; Sánchez y cols. (2001) sugieren una primera aproximación:

*Una aproximación conceptual al **conocimiento tradicional** constituye un reto difícil, abarca un extenso campo, a veces ambi-*

*guo... En la literatura antropológica como **conocimiento tradi-***

***cional** se ha asignado secularmente el correspondiente a las socie-*

dades ágrafas, en las que los conocimientos se transmiten de mane-

ra oral, en oposición a las sociedades que poseen la escritura.

El término, no obstante, tampoco ha sido aceptado en forma unánime. Algunos autores prefieren hablar de *sabiduría popular*; otros, de *saberes tradicionales*, en una espiral de discusiones semánticas que aún hoy no termina. Tal vez lo que se ha generalizado y aceptado, sin mucha discusión, es la dicotomía Ciencia – Conocimientos Tradicionales: “*Designan – como hechos sociales – grandes sistemas de conocimiento, de un lado, el de la sociedad moderna y de otro, el de las sociedades tradicionales*” (Sánchez y cols, 2001).

Fue en el marco de la discusión internacional sobre los derechos de propiedad intelectual cuando surgió la preocupación por los conocimientos tradicionales de las comunidades. La Convención de Biodiversidad de Río de Janeiro buscó reglamentar las condiciones para el acceso a los recursos genéticos y muy pronto se consideró que dicho acceso también debería contemplar el acceso al conocimiento tradicional asociado a los recursos.

Los países de la Comunidad Andina de Naciones, al ratificar el Convenio sobre Diversidad Biológica, establecieron la Decisión # 391, 1996, de un Régimen Común sobre Acceso a los Recursos Genéticos e hicieron referencia explícita a los conocimientos tradicionales, al considerar que

los recursos genéticos tienen un componente intangible, que se definió como "todo conocimiento, innovación o práctica individual o colectiva, con valor real o potencial asociado al recurso genético o sus productos derivados o al recurso biológico que los contiene, protegido o no por regímenes de propiedad intelectual" (Comisión del Acuerdo de Cartagena, 1996). En efecto, en el Artículo II se reconocen y valoran los derechos y la facultad para decidir de las comunidades indígenas, afroamericanas y locales, sobre sus conocimientos, innovaciones y prácticas tradicionales asociados a los recursos genéticos y sus productos derivados.

No obstante, si los conocimientos tradicionales tienen ya un reconocimiento jurídico internacional, aún está lejos su reconocimiento en el ámbito de la ciencia occidental y de la academia. Como veremos más adelante, se trata del dilema de aceptar o rechazar el origen del conocimiento, el método o los resultados. En el caso específico de la discusión de propiedad intelectual, corresponde a las medicinas tradicionales un capítulo importante, ya que son ellas las que han generado la mayor cantidad de conocimiento en torno a las propiedades medicinales de los recursos naturales, con especial énfasis en las plantas medicinales.

Sistemas médicos

La discusión posterior sobre la definición de medicinas tradicionales ha girado en torno a la noción de sistemas médicos y sistemas de salud. Aunque para muchos son sinónimos, Pedersen (1989) sugiere diferenciarlos al considerar que los *sistemas médicos* son el conjunto organizado de recursos humanos, tecnologías y servicios específicamente destinados al desarrollo y práctica de una medicina para la atención de la salud individual o colectiva, mientras que entiende por *sistemas de salud* el conjunto de elementos o componentes del sistema social más amplio, relacionados con la salud y el bienestar físico, mental y social de la población.

Es preciso primero analizar con detalle lo que significa un sistema médico. Todos los sistemas médicos tienen **tecnologías** (materia

médica, drogas, hierbas, otros procedimientos diagnósticos y terapéuticos); **practicantes** (médicos, enfermeras, farmacéutas, curanderos, parteras); integrados por un **sustrato ideológico** (conceptos, creencias, mecanismos sociales y estructura económica).

Para la información oficial de un país o su ministerio de salud sólo existe un sistema médico: el correspondiente a la medicina moderna. Sin embargo, en el verdadero entramado popular de la salud observamos que coexisten diferentes sistemas médicos o incluso que el sistema médico global es mixto, pues no sólo coexisten sino que se interrelacionan unos con otros, dando lugar a un mosaico complejo. El hecho de que desde el punto de vista oficial sólo se reconozca uno de los sistemas médicos, no significa que los otros no existan ni tengan influencia en la determinación de la situación de la salud de un país.

En 1986 realizamos un diagnóstico de salud en San Agustín (Huila), a partir de los datos oficiales aportados por el Servicio Seccional de Salud del Huila (Zuluaga y Amaya, 1989). Siendo una población rural y marginada, la cobertura médica y hospitalaria era todavía escasa; las cifras afirmaban que apenas el 40% de la población tenía acceso al sistema de salud y que el 60% restante estaba sin cubrimiento alguno. En nuestro estudio pudimos observar que esas cifras no correspondían a la realidad. La población acudía de manera indiscriminada a distintos sistemas de salud: el sobandero de huesos, la partera, el curandero, el hierbatero, el farmacéuta, etc. Un 35% de los niños nacieron en el hospital durante ese año, mientras que el 55% fueron atendidos por parteras que la comunidad reconoce formalmente y tan sólo un 10% nacieron espontáneamente en sus casas. Mientras el hospital reportó que el 39.5% de la población acudió a la consulta externa, observamos que el 75% acudió a "consulta médica" con el expendededor de drogas de las farmacias, para enfermedades de nivel primario y secundario. Para el caso de traumas osteo-articulares, tan sólo un 10% de los pacientes acudieron al servicio de urgencias del hospital (sobre todo en aquellos casos en que se presentan heridas, pérdida de conocimiento o fracturas expuestas), mientras que el 90% había acudido a sobanderos, también reconocidos formalmente por la comunidad.

No se trataba pues de que un 40% de la población acudiera exclusivamente al sistema médico oficial y el 60% restante no. Según el caso, dolencias menores, dolencias mayores, dolencias crónicas no solucionadas por los médicos del hospital, accidentes, fracturas, la gente recurre indistintamente a uno u otro sistema médico. En últimas, lo que pudimos concluir es que en San Agustín existía un sistema médico mixto y complejo, en lo que entonces quisimos llamar *modalidades de atención*.

Por tal razón, se requiere un análisis sistémico más integral y comprehensivo para entender la compleja e intrincada realidad del sistema médico de una población. Repetimos, el carácter hegemónico y oficial de la medicina moderna no le concede el derecho de desconocer o menospreciar los demás sistemas médicos, aunque estén subordinados o camuflados. Es más, consideramos que es un deber de los Ministerios de Salud y la Academia abordar de manera más real la dimensión compleja de salud de su respectivo país. Si bien hay países en donde por ley sólo es permitida la medicina moderna y otros en los que hay legislaciones que autorizan la coexistencia de sistemas tradicionales de salud, la mayoría de los países del mundo se ubican en una franja intermedia, con la coexistencia de distintos sistemas médicos, conformando sistemas médicos pluralistas, aunque no encuentren respaldo científico o jurídico.

Desde el punto de vista antropológico, la conjugación de varios sistemas médicos dentro de una misma población ha sido reconocida como *sincretismo*. Incorporación de creencias, conceptos, prácticas, técnicas para el manejo de la salud. Hasta hoy este sincretismo se ha estudiado exclusivamente desde el punto de vista cultural, *sincretismo cultural*, pero no se ha profundizado en la reflexión sobre posibles *sincretismos científicos*, en la medida en que sólo se considera científica la versión de la medicina moderna, mientras que las demás influencias son declaradas de antemano como no científicas.

Características de las medicinas tradicionales

Los esfuerzos por definir la medicina tradicional suponen sobre todo un ejercicio por entender sus características y sus fronteras. Al reconocer

que son muchas los sistemas médicos tradicionales que hay en el planeta, resulta difícil obtener denominadores comunes a todas ellas y, a lo largo de los años, numerosas propuestas se han presentado. Grebe (1988) nos ofrece una de las más amplias, en las que se recoge gran parte de la información obtenida hasta entonces por la antropología médica:

1. *La medicina tradicional es patrimonio anónimo y colectivo de un pueblo.*
2. *Se transmite de generación a generación, por transmisión oral.*
3. *Sus creencias y prácticas son perdurables, dando curso a largos ciclos de transmisión.*
4. *Se fundamenta en conocimientos empíricos acerca del medio ambiente basados en la observación, el ensayo y error, como también en la tradición; éstos permiten al hombre intentar el control de su medio ambiente.*
5. *Abarca un número relativamente pequeño de recursos y componentes, que son muy similares en todas las culturas tradicionales. Estos varían en sus combinaciones de tecnología, utensilios, conocimientos y creencias, prácticas rituales, etnociencia y simbología.*
6. *Medicina, magia y religión se integran en un conjunto de creencias y prácticas rituales que "protegen" al hombre contra "las fuerzas del mal".*
7. *El concepto de enfermedad se basa en diversos supuestos, tales como la intrusión de cuerpos extraños o espíritus, la acción de espíritus maléficos, la pérdida o carencia de un componente esencial para la vida, las prácticas de brujería o hechicería, el castigo divino por haber desobedecido normas o tabúes, los contrastes entre frío y calor (patología humoral) y causas empíricas diversas.*
8. *Los recursos terapéuticos son variados y heterogéneos e incluyen sahumamientos, fumigación, aspersiones, masajes, cataplasmas, ventosas, infusiones de hierbas medicinales, sangrías, enemas, laxantes, baños, dietas, etc. Combinando o seleccionando recursos empíricos y mágico-religiosos, se intenta mejorar síntomas tanto físicos como psíquicos.*
9. *La profilaxis utiliza principalmente recursos mágico-religiosos para evitar enfermedad, tales como la propiciación de los espíritus antepasados, ofrendas, ejecución de ritos, contramagia, uso de amuletos, talismanes, tatuajes, escarificaciones, pintura corporal, perforación en narices, orejas o labios, etc.*

10. *Tendencia consistente en "tratar al hombre completo", como una unidad integral en la cual coexisten componentes biológicos y psicológicos.*
11. *Una definición diferente de los roles del terapeuta y del paciente, donde se enfatiza la calidad emotiva de la relación humana y una interacción flexible canalizada por los valores culturales compartidos.*
12. *El terapeuta tradicional actúa sin la presión del tiempo limitado y prescrito, operando simultáneamente en los niveles psicofísicos y socioculturales.*
13. *Generalmente, el terapeuta tradicional desarrolla sus funciones en ambientes conocidos y contextos familiares que favorecen una atmósfera humana, cálida y relajada.*

Por supuesto, estas características comunes son al mismo tiempo muy amplias y generalizadoras. Pero todavía adolece de invocar nociones poco precisas y ambiguas. Por ejemplo, la autora aún mantiene la categoría de natural vs. mágico-religioso, algo que estudios más recientes prefieren evitar; de igual modo, la noción del aprendizaje por ensayo y error está en cuestionamiento actual; además, si bien las características anotadas amplían el rango de acción a niveles ambientales y psicológicos, persiste una visión personalística del acto médico tradicional y deja por fuera las connotaciones sociales y comunitarias. En posteriores capítulos, abordaremos algunos de estos problemas.

Para que una medicina pueda ser considerada como tradicional, además de sus elementos teórico-prácticos, debe cumplir con el requisito de tener un arraigo histórico, un arraigo cultural y un arraigo social, en el entramado de la tradición de un pueblo. La medicina tradicional se define en concordancia con la tradición del pueblo que la utilice. Por lo tanto, puede hablarse de diferentes medicinas tradicionales, según hagamos referencia a los indígenas de la Amazonía, a las poblaciones aborígenes del Centro de África o a los pueblos del Extremo Oriente, por ejemplo.

2. Elementos para examinar un sistema médico

La práctica de cualquier sistema de salud tiene cinco elementos fundamentales: a) el concepto salud-enfermedad, b) el diagnóstico, c) el tratamiento, d) la prevención, y e) la modalidad de la praxis. Veamos cada uno de ellas:

Concepto Salud-Enfermedad

Éste tal vez es el punto cardinal para la comprensión de los distintos sistemas médicos, y por ello vale la pena profundizar en este aspecto. Para empezar, debemos considerar como lo plantea Sánchez (1999), que el significado del concepto salud-enfermedad puede ser entendido desde diferentes perspectivas, a saber: a) perspectiva biomédica, donde el concepto está basado en la dolencia o disfunción del cuerpo humano; b) perspectiva cultural donde el contexto es el concepto primario de malestar y que fácilmente choca con la anterior porque los médicos diagnostican las enfermedades..., pero los enfermos padecen y necesitan ser comprendidos, en sus dolencias subjetivas, que no siempre se coinciden; c) perspectiva sociológica que significa un estado de funcionalidad dentro de un papel social; d) perspectiva económica y política que hará ver a la salud como un bien económico y a su vez podrá determinarse por los factores económicos; y e) perspectiva antropológica y filosófica, en la que se habla de lo más propio y específicamente humano y donde podemos citar como ejemplo a *Lain Entralgo* quien define salud como "hábito psico-orgánico al servicio de la vida y de la libertad de las personas; y consiste tanto en la posesión de esa normalidad como en la capacidad física para realizar los proyectos vitales".

En este sentido debemos avanzar hacia unos conceptos que amplíen la noción estructuralista de la salud-enfermedad, superando las visiones anatomopatológica, fisiopatológica y etiopatológica y sus diversos grados de fusión y complementación, y el modelo biomédico dadas sus fisuras sociológica, psicoanalítica, antropológica y epidemiológica.

Por otra parte, la salud pública ha considerado, desde el modelo de Blum tomado por Lalonde, los cuatro clásicos determinantes de la salud (Medio Ambiente; Biología y Herencia; Comportamiento y estilo de vida; y Servicios de Salud), para evaluar la inclusión de todos los factores que pueden influir de manera directa o indirecta en la salud y a partir de allí fijar sus derroteros en programas y políticas de salud. En este sentido debemos reconocer que en la *cultura* y en su forma de comprender la salud y la enfermedad existen factores que pueden quedar por fuera de estas categorías, o significar enfermedades como procesos sociales, y por ello no están siendo incluidas. Vale la pena echar mano también de esta información vital, no para validarla o escudriñarla, sino para determinar, con las herramientas de investigación propias de la salud pública, qué efecto tiene sobre los perfiles de morbi-mortalidad la intervención de esos procesos o factores señalados y determinados *culturalmente*.

También es importante considerar que, si bien dentro de nuestros esquemas modernos de comprensión del fenómeno de enfermar, en alguna medida hemos llegado a equiparar los conceptos de salud y normalidad y los de enfermedad y anormalidad, quizá se esté incurriendo en imprecisiones que han desviado la mirada de los referidos como normales, ignorando la enfermedad que en ellos puede haber, hecho que tal vez no pueda ser generalizado a todas las culturas y comunidades y por ello sea necesario precisar hasta qué punto esta interpretación de los fenómenos que empiezan a ser comunes en una población y por tanto asumen el rasgo de normalidad, pasen a ser considerados como "sanos" o mantengan su estatus de "enfermos".

Para terminar, si hacemos acopio de lo anterior, surge un Perfil Cultural de la Enfermedad, el cual en esencia debe reconocer la percepción que la propia colectividad tiene del enfermar, cuáles son las enfermedades

que con mayor frecuencia aquejan a la población, bien sean estas ajustadas al diagnóstico médico moderno o a enfermedades propias de la comprensión cultural.

El diagnóstico

Es el resultado de la puesta en marcha de una serie de herramientas técnicas que permiten decir cuál es la enfermedad que tiene el paciente. En la medicina occidental el diagnóstico se hace con base en la historia clínica: interrogatorio al paciente o sus familiares, examen físico y procedimientos paraclínicos (laboratorio clínico, imágenes diagnósticas, etc.) Algunas medicinas tradicionales también emplean el interrogatorio y el examen físico. Pero en ambos casos difiere del modelo empleado por la medicina moderna, aunque puedan existir coincidencias en el uso de algunos términos o su significado.

Las preguntas hechas al paciente o sus familiares no necesariamente son las mismas. Pueden sí dirigirse a los síntomas de la enfermedad, o los antecedentes personales o familiares. Pero se acompañan muchas veces de otras preguntas no menos importantes: sus relaciones personales, sociales, ambientales y espirituales. Es sabido que para la medicina moderna la pregunta sobre la espiritualidad del paciente es poco importante, salvo algunas excepciones, como es el caso de la consulta psicológica o psiquiátrica, o de algunos movimientos religiosos que prohíben la transfusión sanguínea o transplantes. Para muchas, si no la mayoría de las medicinas tradicionales la cuestión espiritual es muy importante. En el caso de comunidades indígenas, ha sido suficientemente documentado que la ruptura de un tabú es causa directa o indirecta de enfermedades y por lo tanto el médico tradicional está obligado a explorar si el paciente ha roto algún tabú (por ejemplo, cazar un animal en época prohibida) También es frecuente encontrar que las medicinas tradicionales usualmente establecen categorías de enfermedades por frío o por calor y, por lo tanto, el médico tradicional suele preguntar sobre sensaciones térmicas específicas, distintas de la fiebre, tal como se entiende en la medicina moderna.

En relación con el examen físico, tampoco debemos esperar que las medicinas tradicionales sigan el ortodoxo método de inspección, palpación, auscultación y percusión sobre el cuerpo del enfermo. Puede que algunas de estas cuatro técnicas se empleen. El mejor ejemplo para ilustrar esta diferencia lo encontramos en la práctica del *pulso*. En la medicina occidental el pulso consiste en registrar el movimiento de ciertas arterias superficiales, para determinar la frecuencia cardiaca; la arteria radial ubicada en la muñeca es el lugar más empleado. Sin embargo, en este mismo lugar anatómico, los médicos tradicionales chinos exploran el pulso para diagnosticar la mayoría de las enfermedades y establecen sorprendentes diferencias, hasta alcanzar doce clases distintas de pulsaciones en cada antebrazo. Y también es frecuente la técnica del *pulseo* entre muchos curanderos de América Latina, indígenas o mestizos, aunque no lo hacen sobre arterias superficiales, sino sobre otras regiones anatómicas y lo que dicen experimentar son corrientes de energía.

Pero si las diferencias resultan evidentes en el interrogatorio o el examen físico, son aún mayores en el uso de métodos *paraclínicos*. Éstos en la medicina moderna son sobre todo mediciones químicas y bacteriológicas de la fisiología humana y el cada vez más sofisticado empleo de imágenes diagnósticas, comenzando por los tradicionales rayos X y siguiendo por la ecografía, la tomografía axial computarizada, la resonancia magnética nuclear, la gamagrafía y las diversas formas de endoscopia o exploración interna del organismo a través de tubos y lentes. También las medicinas tradicionales emplean sus propios métodos paraclínicos, aunque difieren en cuanto a *tecnología* se refiere. En la medida en que nos resultan extraños, usamos la categoría de mágicos o supersticiosos para describirlos.

Es extendido el uso del cuy o curí en el curanderismo de la región andina de Perú, Bolivia y Ecuador, en el que frotan el cuerpo del paciente con un cuy vivo, para después disecarlo y explorar los cambios de los órganos, que reflejarían las alteraciones del enfermo. Se sabe que los antiguos médicos incas hacían algo similar con las vicuñas, en las que determinaban incluso profecías sobre las condiciones climáticas futuras. También sabemos del uso de piedras de cuarzo para diagnosticar, por chamanes y curanderos en el mundo entero. Pero donde resulta aún más difícil de

comprender, es en el uso de variaciones del estado de conciencia, a través de métodos exógenos o endógenos del trance, para, en un nivel sobrenatural, determinar la clase y la causa de la enfermedad.

Como podemos ver, por distintos métodos, los sistemas médicos buscan en todos los casos llegar a un diagnóstico. Pero también aquí nos enfrentamos a un nuevo problema. El diagnóstico busca responder a dos preguntas distintas: a) cuál es la enfermedad, y b) cuál es la causa de la enfermedad. Y esto, que parece obvio, no está claro en los diagnósticos, tanto de la medicina moderna como de las medicinas tradicionales.

Una de las críticas más justas que se hace a la medicina occidental es el poco conocimiento de la causa de las enfermedades; en efecto, en más del 70% de las enfermedades todavía no se ha podido establecer una causa real del problema. Es por eso que hablamos de enfermedades *idiopáticas*. En muchos casos ya sabemos cuáles son los factores predisponentes, pero no la causa exacta. En otros, sabemos que obedece a factores genéticos, pero eso no significa que sepamos exactamente cuándo o por qué surgió una mutación genética. Tal vez es en las enfermedades infecciosas en donde parece que tenemos más precisión sobre la causa: una bacteria, un parásito, un virus, etc.; pero aquí también ignoramos en muchos casos por qué unas personas sí se infectan, mientras que otras, igualmente expuestas y en las mismas aparentes condiciones nutricionales o inmunológicas, no.

En este sentido, la medicina occidental emplea la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), revisada periódicamente. Conviene examinar dicha clasificación, para apreciar que las categorías ofrecidas no corresponden a los mismos niveles de causalidad. Mientras ciertas enfermedades se refieren al órgano o sistema orgánico afectado (hepatitis, gastritis, nefritis), otras se refieren a la causa inmediata (parasitismo intestinal, infección respiratoria aguda, politraumatismo); unas más se refieren a alteraciones bioquímicas (dislipidemias, diabetes mellitus, anemia), e incluso algunas hablan solamente del síntoma (enfermedad diarreica aguda, migraña). Estamos seguros que si alguien ajeno a nuestra medicina intentara comprenderla desde la clasificación de

enfermedades, encontraría severas dificultades, ante tal dispersión de causas, conceptos, síntomas y desequilibrios, en categorías confusas.

Si esto ocurre con la medicina moderna, podría ser igualmente confuso al examinar las categorías diagnósticas en las *medicinas tradicionales*. Uno de los puntos de conflicto y de entrada, al examinarlas, es tratar de imponer nuestra categoría para comprender las de ellos. ¿Cómo podemos tener como referencia unas categorías que no son consistentes al interior? Tal vez sería más conveniente comenzar por establecer una categoría más homogénea de nuestra medicina occidental, en el que no se mezclen causas, síntomas, órganos o alteraciones fisiológicas, antes de proponerla como referencia segura para el análisis de las categorías de las medicinas tradicionales. De no ser posible, por lo menos alcanzar la benignidad y comprensión en dicho análisis.

Bien advierte Páramo (1992):

Cabe, pues, al menos la conjetura de que las clasificaciones de otras etnias, lejos de ser falaces y de expresar el caos, correspondan a sistemas de referencia que nos desconciertan, no por adolecer de una deficiencia lógica supuestamente superada por la ciencia de Occidente, sino, simplemente, por ser distintos de los que estructuran nuestros hábitos de pensar; porque se articulan en torno de preguntas y respuestas que no nos hemos hecho o que ya hemos olvidado, aunque no sean válidas ni legítimas que las que nos proponemos en las disciplinas acreditadas por nuestra cultura.

Si resulta difícil comprender y aceptar los métodos de diagnóstico que emplean las medicinas tradicionales, más difícil aún resulta entender el significado de los diagnósticos. Porque, por supuesto, no podemos esperar que empleen la misma terminología que la nuestra. Resulta extraño esperar que un curandero presente como diagnóstico el *Lupus Eritematoso Sistémico*, por ejemplo, aunque es probable que nos hable más bien de un *Mal Aire* o una enfermedad de *Frío*.

Para terminar, hemos visto en numerosas ocasiones que con sus extraños métodos diagnósticos, los médicos tradicionales llegan a conclusiones similares a las nuestras. O también muchos casos en los que su diagnóstico resulta incomprensible para nosotros, pero el tratamiento resulta eficaz. De modo que la investigación debería tener como principio la eficacia del procedimiento (desde el diagnóstico hasta el tratamiento), antes de juzgar por separado cada uno de los pasos dados. Si un método diagnóstico es incomprensible para nosotros, revisemos primero si el resultado es correcto y entonces la tarea sería, no rechazar el método empleado, sino tratar de comprenderlo con nuevas herramientas científicas.

El tratamiento

El procedimiento terapéutico es quizás el punto más importante de un sistema médico, sobre todo si éste está orientado a la curación de las enfermedades. Para la medicina occidental en él reside la mayor cantidad de tiempo del entrenamiento universitario y el enfoque es evidentemente curativo. No obstante, muchas medicinas tradicionales tienen como eje fundamental la prevención de las enfermedades.

La medicina occidental tiene tres procedimientos terapéuticos fundamentales: a) la Farmacología, en su mayor parte con medicamentos de síntesis química, b) la intervención quirúrgica, y c) las terapias complementarias, tales como fisioterapia, fonoaudiología, radioterapia, terapia ocupacional o distintas versiones de terapias psicológicas y psiquiátricas. El arsenal terapéutico es extremadamente amplio y variado, considerado con toda justicia como una de las más grandes conquistas de la civilización humana.

Las medicinas tradicionales también poseen una gran riqueza de procedimientos terapéuticos: a) la Farmacognosia, en la que se emplean partes de sustancias animales, vegetales y minerales. b) la intervención quirúrgica, que podemos observar en algunas medicinas tradicionales, sobre todo para lesiones tumorales superficiales o incluso complejas

trepanaciones y amputaciones, como las realizadas por la antigua medicina preincaica. Resulta difícil determinar la realidad de las operaciones quirúrgicas "invisibles" realizadas por los famosos sanadores filipinos. c) terapias complementarias, tales como ejercicios físicos, masajes, hidroterapia, regímenes de alimentación estrictos, abstinencia sexual.

Hasta aquí hay una aparente coincidencia de los recursos terapéuticos entre la medicina occidental y las medicinas tradicionales. El asunto sin embargo resulta más complejo al encontrar otras propuestas terapéuticas singulares tales como la ya muy reconocida acupuntura y moxibustión de la medicina china o el uso de cuarzos entre diferentes pueblos indígenas; estas terapias podrían agruparse en la categoría de terapéuticas energéticas. Aún más extraño resulta el empleo de lo que podríamos llamar terapias espirituales, que son muy frecuentes en las medicinas tradicionales, y que incluyen trances, actividades mediumínicas (muy comunes en África) o ceremonias terapéuticas en las que el curandero, mediante cantos, danzas, sahumeros, soplos y aspiraciones, dice conseguir la mejoría del paciente.

Las técnicas espirituales son menospreciadas por la medicina occidental, a pesar de que el sentido de trascendencia sigue siendo importante para la mayoría de las culturas humanas. Un estudio adelantado por Benson (1996) en la Universidad de Harvard presenta evidencias estadísticas del importante papel de la fe religiosa y de ciertas prácticas espirituales en la condición de salud de las personas o en sorprendentes mejorías clínicas. Sin importar la cultura, más de la mitad de la humanidad busca refugio y recursos en la espiritualidad, no importa la clase de medicina a la que acuda, cuando se enfrenta a una grave enfermedad; peregrinaciones, novenas, sacramentales, promesas, son herramientas cotidianas del enfermo, aun si se encuentra en un sofisticado hospital de atención especializada.

Un último punto que quisiéramos destacar en relación con las terapias es el enfoque individualista del tratamiento propio de la medicina occidental. Con quizás la única excepción de las terapias psicológicas grupales, siempre la terapia es individual, en la que el paciente es el único

receptor del método terapéutico. Por el contrario, son muchas las medicinas tradicionales que presentan un enfoque terapéutico colectivo; aunque resulte difícil comprenderlo, con frecuencia un curandero propone un tratamiento que debe ser recibido por otros familiares o miembros de la comunidad, en ocasiones incluso sin que lo reciba el propio enfermo. De manera especial, ciertas medicinas tradicionales consideran que la terapia debe contemplar actos penitenciales individuales y colectivos, sobre la premisa de que la infracción a una norma natural, social o religiosa es la causa o factor predisponente de la enfermedad, por lo que la penitencia y la reparación son condiciones necesarias del tratamiento; es el caso de las peregrinaciones terapéuticas colectivas que los curanderos andinos realizan con sus pacientes a las lagunas sagradas.

La prevención

Aunque el sentido común permite suponer que la prevención ha de ser el aspecto más importante de un sistema médico, la medicina occidental todavía muestra graves insuficiencias a la hora de prevenir. Tan solo a partir de la reunión de Alma Ata, de la Organización Mundial de la Salud, la prevención ha comenzado a instalarse en el quehacer de los ministerios de salud en todo el mundo.

Fue la Atención Primaria en Salud el programa que inauguró el enfoque preventivo, dirigido en primer lugar al control prenatal, las campañas de inmunización, el control de crecimiento y desarrollo infantil, y el control de la natalidad. Poco a poco se ha ido extendiendo a otros tópicos, tales como el mejoramiento de la nutrición, la prevención y el control de desastres naturales, las campañas contra la drogadicción, el tabaquismo y el alcoholismo, entre otras. La prevención empieza a ser considerada como la propuesta de cambios de actitud, al hacerse evidente que los modos de vida son en gran parte responsables de las enfermedades. La prevención en lo ambiental y lo sanitario, también son capítulos de importancia.

Por su parte, las medicinas tradicionales también ofrecen propuestas preventivas en salud, aunque difieren en mucho de una a otra. Conocemos

por ejemplo el empleo de una pulsera con cuentas de colores para la protección de los niños contra el mal de ojo, costumbre frecuente en Latinoamérica y el mundo de influencia árabe. En este caso, debemos contemplar dos elementos de reflexión: por una parte, la noción de amuleto o talismán para referirnos a objetos en los que se introduce un poder invisible que produce protección al individuo que lo porta. Sin duda alguna, para nuestro pensamiento occidental, el amuleto es sinónimo de superstición y se requerirá una evidencia muy fuerte para que lleguemos a admitir su eficacia. Por otra parte, lo que hay implícito en estas prácticas es la noción de protección, frente a un mundo que es amenazante. Aquí podemos apreciar la noción en la medicina occidental cuando hablamos de las vacunas, del consumo de vitamina C o el uso de inmunoglobulinas polivalentes como medidas protectoras directas contra ciertas enfermedades.

En un estudio anterior (Zuluaga, 1991) examinábamos el uso de brebajes de plantas amargas acostumbrado por las comunidades afrocolombianas del Chocó y que siempre era reportado como "bueno para proteger el cuerpo"; en un principio considerábamos que hacían referencia a un brebaje mágico y que la protección se hacía sobre todo para agresiones mágicas. Posteriormente, vemos que los principios amargos de las plantas tienen una acción directa sobre el Sistema Nervioso Autónomo y puede incrementar las defensas del organismo, por lo que el concepto de protección invocado parece tener eficacia orgánica.

Pero el nivel de protección en las medicinas tradicionales va más allá del uso de amuletos o brebajes. El fundamento de muchas de ellas reside en el respeto de unas reglas, normas o leyes naturales, sociales y culturales que buscan la armonía y la salud de la comunidad. Toda esta normatividad cultural debería considerarse como una herramienta preventiva importante que la medicina tradicional ofrece. Se entiende, asimismo, que la terapéutica en muchos casos implique una acción penitencial, con la que se refuerza la norma infringida y se invita al enfermo y la colectividad a cumplirla sin vacilación.

Numerosos estudiosos han logrado establecer el valor preventivo de muchas normas sociales de pueblos indígenas que, a simple vista, parece-

rían absurdos. Reichel Dolmatoff (1997), por ejemplo, hace un amplio análisis de los tabúes de cacería, pesca, recolección de frutos del bosque y medidas alimenticias que tienen los grupos Tukano Oriental en el Vaupés colombiano, y llega a la conclusión de que se articulan de una manera sorprendente para garantizar la seguridad alimentaria de la comunidad y la disponibilidad permanente de alimentos importantes para mantener la salud.

Varios historiadores de las religiones semíticas han tratado de dilucidar el valor de las estrictas leyes que se planteaban desde la religión, pero que afectaban la vida cotidiana del pueblo. Es el caso de la Ley de Moisés, tan llena de detalles en los libros del Pentateuco; la severidad moral contra los infectos de lepra, parecía responder a una actitud de control epidemiológico, frente a una enfermedad cuyo tratamiento era desconocido, y las normas relacionadas con la mujer después del parto o durante la menstruación, también parecen obedecer a un deseo de protección para la salud femenina.

Lo anterior nos permite afirmar de nuevo que las prácticas preventivas de las medicinas tradicionales deben ser examinadas con cautela y sin prejuicios, siempre en relación con los aspectos culturales de la salud. Casi todos los autores modernos coinciden en manifestar su admiración por el control natural, social y cultural que los chamanes de los pueblos indígenas realizan y con el cual han conseguido un admirable manejo sostenible del medio ambiente y de los recursos renovables y no renovables.

La modalidad de la praxis

Estamos acostumbrados, en el mundo occidental, a presenciar el quehacer médico en una modalidad que se mueve entre el consultorio médico y el hospital. En ambos casos, usualmente un médico se enfrenta de manera directa y personal a un paciente. Es una modalidad unidireccional y unipersonal. La práctica médica se hace en privado, en una relación que se ha dado en llamar *médico-paciente*. Además, en todos los casos

la mediación del servicio se hace a través de un pago económico que bien puede hacerlo directamente el paciente al médico, o lo realiza a través del aporte económico a los sistemas de seguridad en salud.

Esta modalidad de la praxis médica no siempre ocurre en las medicinas tradicionales. Si bien es cierto que muchas de ellas usan la modalidad personalística, en otras el ejercicio médico se realiza de manera colectiva. Un médico tradicional atiende al mismo tiempo a varios pacientes y miembros de la comunidad. Hablamos aquí de los rituales colectivos, ceremonias terapéuticas, frecuentes sobre todo entre los pueblos indígenas y aborígenes de América Latina, África y el sudeste asiático. Se sobreentiende que el ritual ofrece, además del beneficio terapéutico directo, un beneficio terapéutico colectivo y un enriquecimiento de la noción social y comunitaria de la salud y la enfermedad.

Y encontramos entonces uno de los aspectos más difíciles para la medicina occidental: el hospital. Es una institución que se instaló en forma definitiva en el siglo XVIII y que según la historia de la medicina tuvo su nacimiento en el Templo de Esculapio, el dios griego de la medicina, a donde acudían los enfermos para rogar por la salud. El hospital moderno sigue siendo el centro de referencia fundamental de la investigación y la práctica de la medicina occidental. Pero, como lo han advertido salubristas y médicos, el hospital representa para muchas comunidades un conflicto cultural. Se le acusa de ser un espacio inhóspito, frío, deshumanizado, escenario de tragedias y enfermos, así como el lugar obligado para nacer y para morir. Como afirma Idoyaga (1997) "el lugar en que principalmente surge el conflicto entre la medicina oficial y las etnomedicinas es el hospital".

El común de la gente, sobre todo en el Tercer Mundo, no quiere acudir al hospital y la cobertura de ocupación hospitalaria sigue siendo restringida, aunque existan los recursos locativos y económicos disponibles. ¿Cuáles con las razones de este rechazo? Más que técnicas o económicas, resulta evidente que predomina el rechazo en lo cultural.

La mayoría de las medicinas tradicionales del mundo no poseen la estructura clásica del hospital, aunque pueden observarse variedades

de "hospitalización" y lugares especiales para desarrollar una ceremonia ritual o un tratamiento. Para el caso de las comunidades indígenas podríamos considerar "la maloca" o casa ceremonial como el lugar privilegiado de la medicina tradicional.

También la relación de pago o contraprestación varía en las medicinas tradicionales. En muchos casos el curandero sólo solicita el valor del servicio, si el enfermo se cura. El pago puede darse *en especie* (alimentos, animales, objetos), o *en servicio*, cuando el paciente o sus familiares realiza jornales de trabajo en la finca del curandero. Es frecuente que el monto del valor sea voluntario, de acuerdo con las posibilidades y la generosidad del enfermo o sus familiares.

Otro elemento fundamental de la modalidad de praxis reside en el lugar que ocupa el médico dentro de la estructura social de la comunidad a la que pertenece. Para la medicina occidental resulta obvio que el médico tiene un status especial, considerado como un gran profesional, científico y persona influyente; tiene un modelo de vida urbano, forma parte de las clases sociales media y alta, y pertenece en todo momento a la cultura moderna. Los médicos que trabajan en hospitales y centros de salud ubicados en áreas de pobreza y marginación, por supuesto no participan de la vida cotidiana propia del área en cuestión; viven en otro barrio, se desplazan en automóvil y no comparten actividad comunitaria en forma cotidiana (sus hijos estudian en colegios distantes, no tienen relación con las actividades religiosas de la parroquia o el centro religioso, no asisten a reuniones de juntas comunales o cívicas, ni acuden a las fiestas y celebraciones comunitarias).

Los médicos tradicionales, en su mayoría, tienen un perfil completamente diferente. En muchos casos el curandero es visto con una aureola religiosa (como se aprecia en la medicina ayurvédica, el shintoísmo y las formas médicas del budismo, además de los chamanes). Cuando no es este el caso, el curandero casi siempre pertenece al mundo rural e incluso su manutención la obtiene sobre todo de las prácticas agrícolas y pecuarias de su finca o chagra. Es un campesino más, dedicado a la agricultura, la cría de animales y guiado por los referentes naturales

tales como los ciclos de la luna, las estaciones y otros fenómenos ambientales. En los últimos 50 años se ha incrementado el fenómeno del curanderismo urbano, en todos los lugares donde hay medicina tradicional. Sin embargo, dichos curanderos se ubican sobre todo en los barrios marginales y en las zonas de pobreza, y se asimilan en todo a la comunidad que allí habita. No podemos desconocer que también hay un reciente incremento de médicos tradicionales que quieren adquirir en todo las modalidades de praxis de la medicina occidental.

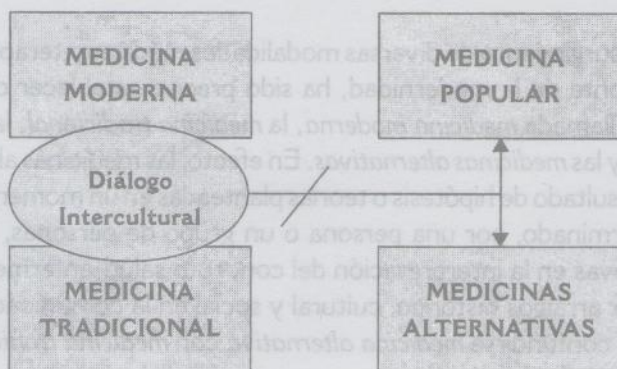
Estos y muchos otros elementos deben ser examinados al momento de intentar describir la praxis médica de cualquier sistema de salud. Por ejemplo, el lenguaje empleado, la vestimenta propia del médico, la forma de prescribir los remedios (que pueden ser suministrados directamente, o preparados por el paciente, o adquiridos en droguerías, tiendas y plazas de mercado). Un sinnúmero de variables que permiten comprender la complejidad implícita en la praxis de salud y que deben ser tenidas en cuenta a la hora de una justa valoración. Así mismo, esta comprensión más integral permitirá entender mejor por qué la gente prefiere un sistema médico a otro; no se trata sólo de la eficacia objetiva clínica del procedimiento, sino también de los aspectos culturales que rodean la práctica, para llegar incluso a considerar que este ambiente cultural puede ser un factor determinante de la eficacia o inoperancia, en un momento dado, de cualquier sistema médico.

Los médicos tradicionales, en su mayoría, tienen un perfil completamente diferente. En muchos casos el curandero es visto con una aureola religiosa (como se aprecia en la medicina ayurvédica, el shintóismo y las formas médicas del budismo, además de los chamanes). Cuando no es este el caso, el curandero casi siempre pertenece al mundo rural e incluso su mantención la obtiene sobre todo de las prácticas agrícolas y pecuarias de su finca o chagra. Es un campesino más, dedicado a la agricultura, la caza de animales y guiado por los referentes naturales.

3. Los sistemas médicos en el mundo

Aunque es difícil establecer una clasificación amplia y detallada de los distintos sistemas médicos que coexisten en el mundo, para el presente documento queremos hacer diferencia explícita entre la llamada medicina moderna, los sistemas de medicina tradicional y lo que en el discurso reciente se ha dado en llamar medicina popular y medicinas alternativas.

La propuesta de diálogo intercultural se ofrece de manera exclusiva entre la medicina moderna y las medicinas tradicionales, por lo que corresponde a otras investigaciones el abordaje de lo popular y lo alternativo.



Medicina moderna, medicina occidental

Ya hemos dicho que no podemos definir la medicina tradicional solamente en referencia con la medicina moderna. Esto obliga a tratar de escudriñar las similitudes y las diferencias entre una y otras, así como los límites de su teoría y de su práctica.

Al igual que en el sistema médico occidental, en los sistemas de salud tradicionales, por cada enfermedad existe una etiología, una anamnesis, una sintomatología, un examen físico instrumental del enfermo (diagnóstico y diagnóstico diferencial), un pronóstico y una terapia, a lo que se suman prácticas preventivas y de promoción de la salud (OPS, 1995).

No hay consenso sobre la forma en que debemos referirnos a la medicina moderna; adjetivos como alopática, occidental, científica, positivista, facultativa, entre otros, reflejan la disparidad de criterios para definirla. De cualquier modo, la Organización Mundial de la Salud ha preferido hablar de medicina moderna, refiriéndose al modelo biomédico imperante, oficial en los ministerios de salud y validada por la formación académica de las facultades de medicina.

Medicinas alternativas, complementarias y holísticas

Ante el surgimiento de diversas modalidades médicas y terapéuticas en el horizonte de la modernidad, ha sido preciso establecer diferencias entre la llamada *medicina moderna*, la *medicina tradicional*, la *medicina popular* y las *medicinas alternativas*. En efecto, las medicinas alternativas son el resultado de hipótesis o teorías planteadas en un momento histórico determinado, por una persona o un grupo de personas, buscando alternativas en la interpretación del concepto salud-enfermedad, pero sin tener arraigos histórico, cultural y social en la comunidad; por eso, no debe confundirse *medicina alternativa* con *medicina tradicional*.

Nuevamente encontramos el conflicto planteado entre medicinas tradicional y alternativas; estas últimas cobijan cualquier teoría o modalidad terapéutica, sin importar su origen o su hipótesis de trabajo y se multiplican día a día como podemos evidenciarlo en la siguiente lista: naturismo, helioterapia, homeopatía, yoga, geoterapia, dietética, hidroterapia, acupuntura, esencias florales, moxibustión, quiropraxia, iridología, crudivorismo, digitopuntura,

bioenergética, metaloterapia, medicina biológica, sofrología, cromoterapia, macrobiótica, vegetarianismo, gnosticismo, danzoterapia, etc. Se pretende agruparlas a todas en un capítulo llamado Medicina Holística pero no han sido sometidas al rigor científico y no presentan informes adecuados de sus resultados; no cabe duda que muchas de estas opciones pueden resultar eficaces, pero deben aceptar el reto de la investigación científica y establecer las fronteras precisas entre una y otra para posibilitar su evaluación.

Son muchas las razones que, por otra parte, nos permiten afirmar que la medicina tradicional latinoamericana, con su enorme influencia de la sabiduría indígena y la medicina popular, no puede ser ubicada en el contexto como una alternativa médica más; este sistema tradicional de salud tiene ante todo un arraigo antropológico, social y cultural, sellado por un largo proceso histórico. El denominador común, en medio de las aparentes múltiples diferencias encontradas desde México y Norteamérica hasta el Cono Sur del continente, está dado por la certeza de una estrecha relación entre hombre y naturaleza, en la que las plantas medicinales ocupan un lugar central, como parte del cúmulo de conocimientos que poseen nuestras gentes (Zuluaga, 1992).

Es interesante observar que el Ministerio de Salud de Colombia emitió un concepto jurídico, cuando fue invitado a reglamentar la práctica de las *medicinas alternativas*. Considera que no debe hablarse de medicinas alternativas, pues la medicina, según ellos, es una sola, por lo que sugiere que se hable más bien de *terapias alternativas*. Aunque parezca una simple cuestión de semántica, es importante considerar la diferencia, ya que puede tener implicaciones jurídicas y prácticas importantes para el futuro.

La Estrategia de Medicina Tradicional 2002-2005 propuesta por la Organización Mundial de la Salud (2002) es explícita en hacer diferencia entre Medicinas Tradicionales, por un lado, y Medicinas Complementarias y Alternativas, por el otro. Aunque ambas son incorporadas en dicha

estrategia, la diferencia permanece y corresponde a profundas implicaciones de orden cultural.

Las implicaciones médicas, sociales, económicas, culturales y éticas del abordaje de la medicina tradicional nos obligan a separar, en forma radical y tajante, la medicina tradicional de las llamadas medicinas alternativas. Mientras que estas últimas deben examinarse a la luz de la tecnología, la primera abarca un inmenso ejercicio de reflexión interdisciplinaria, en el que las humanidades, las ciencias ambientales y biológicas, además de las ciencias de la salud, no sólo están invitadas, sino sobre todo obligadas a participar.

Medicina indígena

Muchos autores consideran que la verdadera medicina tradicional se refiere exclusivamente a la practicada por los grupos indígenas que aún sobreviven en el planeta. Sin duda alguna, es allí donde podemos encontrar las expresiones más genuinas y originales (en términos históricos) de la medicina tradicional, pero resulta difícil establecer los límites y fronteras entre pueblos indígenas. En segundo lugar, la palabra indígena se ha utilizado como sinónimo de primitivo, aborígen, salvaje o grupo étnico. Son términos también ambiguos y confusos, aunque trataremos de comentar algunos de los más empleados:

- *Indígena* es bien sabido que tuvo su nacimiento en un enorme equívoco histórico, cuando Cristóbal Colón creyó llegar a las Indias Orientales y consideró que los habitantes de América eran *indios*. Esta expresión se generalizó para todos los aborígenes del Nuevo Mundo y de allí el adjetivo de *indígena*, término que también fue acuñado en las lenguas sajonas. Posteriormente el término fue empleado para definir a los aborígenes de otras regiones, tales como los habitantes del centro de África, pero sobre todo los pueblos aborígenes del sudeste asiático, polinesia, centro y norte de Asia y los habitantes cercanos al Polo Norte. A pesar del error histórico la palabra es hoy empleada incluso por muchos pueblos que se definen así mismos como *indígenas*.

- *Primitivo* tiene dos connotaciones: a) que es muy antiguo, arcaico, antes del desarrollo histórico actual, y b) que es atrasado, con poca tecnología, e incluso con un pensamiento animista, mágico, prelógico o supersticioso. De las dos connotaciones, es obligatorio abandonar la segunda, marcada por prejuicios propios del pensamiento occidental y atravesado por un menosprecio de los sistemas de conocimiento ancestrales que, aunque distintos, pueden ser eficaces para conocer y transformar la realidad. Deberíamos, para ser estrictos, emplear la palabra primitivo en la primera connotación, es decir, en relación con su estado histórico, si lo comparamos con la modernidad.
- *Salvaje* en su acepción etimológica corresponde a pueblos que habitaban en las selvas. Usualmente corresponde a grupos humanos que mantienen una estructura social y cultural caracterizada por el nomadismo o la transhumancia, la cacería, la pesca y la recolección de productos del bosque, en la que todavía no hay un claro componente de domesticación de animales, agricultura, sedentariización y construcción de poblados a manera de ciudades. Es importante comprender que el término *civilización* tuvo su origen en la palabra *civilita*, que significa ciudad, estructura social que apareció en distintas culturas cuando el hombre pudo domesticar animales, conoció la agricultura y pudo entonces agruparse en viviendas vecinas, conformando las primeras civilizaciones estables (China, India, Egipto, Fenicia, Sumeria, Persia, Grecia y Roma, son las más conocidas). Con el paso del tiempo se estableció una oposición radical entre salvaje y civilizado. Hoy es frecuente encontrar en el argot popular de todo el mundo, e incluso en el ámbito científico, la noción de civilizado como un juicio de valor que contrasta con el peyorativo término de salvaje.

No obstante, conviene precisar, para efectos de un análisis adecuado, que la palabra salvaje se ha extendido a grupos humanos que no habitan en las selvas (por ejemplo los lapones del cinturón vecino al Polo Norte o los pueblos tradicionales del desierto del Sahara), e incluso a pueblos que aunque viven en ecosistemas forestales,

poseen la agricultura, domesticación de animales y estructuras sociales de pueblos agrupados.

- *Aborígen* es, en tercer lugar, un término que muchos prefieren para referirse a esos grupos humanos que históricamente y culturalmente difieren de la cultura occidental moderna. La palabra tiene un sentido etimológico de origen. En efecto, describe a los habitantes originales de un lugar, a aquellos descendientes de los primeros seres humanos que habitaron dicha región. Pero en forma inevitable se asocia a las nociones de primitivo, indígena o salvaje. Esto, por supuesto, dejaría por fuera a muchos grupos humanos que aunque viven hoy en la cultura moderna occidental son auténticos descendientes de los ancestros originales. De manera especial hablamos de los pueblos europeos, germanos, francos, celtas, sajones, catalanes, eslavos, o en Asia y África a los pueblos semitas, los indos, los mongoles y la numerosa población amarilla del Extremo Oriente.

Podríamos afirmar que todavía hoy, en un mundo caracterizado por el mestizaje multirracial y las migraciones y mezclas interculturales, la mayoría de la población mundial puede considerarse aborígen. Con excepción de América, el continente del mestizaje, en las demás regiones habitan los descendientes de aborígenes (en razas puras o en mestizajes).

- *Etnia* ha sido el término académico que desde el siglo XIX se viene instaurando para referirnos a esos pueblos distintos de la cultura occidental moderna. En principio, corresponde a un concepto racial: "Agrupación natural de individuos de igual idioma y cultura" y étnico: "Pertenece a una nación o raza", de tal manera que la etnografía se define como la ciencia que estudia, describe y clasifica las razas y los pueblos. Pero su connotación desde el principio apunta a describir "las otras razas" y aún hay resistencia a considerar que la etnografía puede o debe estudiar nuestra propia cultura occidental moderna.

La noción de etnia, para referirse a un grupo humano, no es todavía aceptada en forma universal y en la actualidad hay gran polémica

en la Oficina de Derechos Humanos de las Naciones Unidas al promover la carta de los Derechos de los Pueblos Indígenas, sobre todo al intentar establecer como sinónimos «pueblo indígena» y «grupo étnico». En el proceso de globalización mundial, como contracorriente, hay un movimiento separatista de diversos pueblos: vascos y catalanes en España, bretones en Francia, piemonteses en Italia, galos, irlandeses y escoceses en el Reino Unido, albaneses y kosovos en la península de los Balcanes, numerosos grupos en el Centro de África y el Próximo Oriente, son algunos de los ejemplos actuales, sin dejar de lado los cientos de pueblos indígenas en Latinoamérica. Y en el marco internacional, todos ellos aspiran a ser reconocidos como «grupos étnicos», queriendo romper así el concepto de nación-estado que rige el marco internacional desde el siglo XVIII.

En relación con el estudio de la medicina tradicional, es importante tener estas consideraciones semánticas, aparentemente inofensivas, si queremos adelantar un estudio correcto. Podemos considerar medicinas tradicionales las que son propias de los llamados pueblos indígenas de las selvas tropicales de América, el centro de África, sudeste asiático y Polinesia; pero también la propia de culturas como la hindú, medicina ayurvédica; la china, medicina tradicional china, o los sistemas médicos tradicionales de pueblos como el sahariano o el polar.

Medicina popular, campesina y folclórica

El estudio de las medicinas tradicionales se torna más complejo cuando empezamos a encontrar otras acepciones, tales como medicina popular, medicina campesina o medicina folclórica.

El término *medicina folclórica*, al hacer referencia a folklore, entendido como la ciencia de las tradiciones y costumbres de un país o un grupo humano, podría ser bien utilizada como sinónimo de medicina tradicional. No obstante, folclor se emplea con frecuencia en un ámbito peyorativo y cuyo estudio corresponde en forma exclusiva a la antropología.

Chiappe y cols. (1985) afirman que invocar medicina folk es invocar automáticamente estereotipos con que se califica este sistema de creencias: es lo folclórico, lo exótico, lo auxiliar o secundario. A pesar de esto, autores como Pedersen (1989) consideran como sinónimos la medicina tradicional y la folclórica, mientras que Grebe (1988) considera la medicina folk como aquella tradición médica que ha sido parcialmente integrada a la sociedad mayor.

Medicina popular es un término bastante ambiguo, ya que la noción de lo popular no resulta clara. Para muchos lo popular es perteneciente al pueblo, con un marcado sesgo de discriminación de clases sociales, ya que aparece en oposición a las clases ilustradas o que han recibido educación superior e incluso simplemente a las clases sociales altas; algunos llevan el término a emplearlo como sinónimo de vulgo (significando que es vulgar). En otros casos lo popular significa algo que se ha generalizado o extendido a la mayoría de la población y también que es muy conocido por la mayoría (un cantante es popular en la medida en que es conocido y escuchado por mucha gente). Finalmente, lo popular también puede implicar una noción de no científico, en oposición al pensamiento ilustrado propio del pensamiento científico. Estas tres nociones, confusas y, repetimos, ambiguas, exigen dejar de emplear este término al referirnos a medicina tradicional.

Preferimos hablar de *medicina popular*, en conformidad con el esquema planteado para el presente documento en la figura que se muestra al inicio de este capítulo, para hacer referencia a una serie de creencias, conceptos y prácticas en torno a la salud y la enfermedad, que son construidas espontáneamente por un grupo humano a partir de referencias externas (científicas o no), sin un sistema formal de construcción de conocimiento (sea la universidad, un centro de investigación o un sistema tradicional de salud), que puede tener eficacia o no y que no presenta elementos suficientes para ser considerado como sistema médico tradicional, ya que no hay cabezas médicas reconocidas ni posee un conocimiento estructurado como modelo médico. Citaremos algunos ejemplos para entenderlo mejor:

- Modas que se instalan en torno a algún producto terapéutico, recomendado por tener propiedades milagrosas o extraordinarias.

Ocorre sobre todo con productos de origen natural: la mikofarina, un extracto de levadura, afamado como hipolipemiante y antihipertensivo; la uña de gato, una planta amazónica peruana, distribuida ampliamente como anticancerígena y antiartrítica; cartílago de tiburón, también pregonado como antiartrítico; chuchuhuasa, la corteza de otro árbol amazónico, en una época difundido por sus propiedades afrodisíacas; la hierba de San Juan, una planta medicinal de Norteamérica, hoy producto de venta masiva como antidepresivo. Estos y otros ejemplos pueden haberse originado en un potencial desconocido de estas plantas, pero que la moda y el afán comercial los llevan a su popularización indiscriminada e irresponsable.

Pero no sólo hablamos de productos naturales. Por ejemplo, vivimos en una época de popularización extrema de las vitaminas y los minerales como medicamentos, pro-medicamentos o como ha preferido llamarse en los últimos años *nutramentos*. Esta moda se ha extendido en todo el Primer Mundo y llega a casi todos los países del planeta, lo que incluye su adición a gran parte de los alimentos disponibles en el mercado. Hoy el consumo de vitaminas forma para muchos parte importante de la canasta familiar, haciendo que incluso prefieran comprar estos productos antes que alimentos nutritivos básicos y más importantes. El médico con frecuencia se ve obligado a prescribirlos, aun sin necesidad, presionado por el afán del paciente o sus familiares. Aunque el descubrimiento de las vitaminas y los minerales significó un gran avance para la medicina moderna y son múltiples las indicaciones terapéuticas que justifican su empleo, es bien sabido que hay una sobredosificación o uso innecesario en la mayoría de los casos.

Otro ejemplo de popularización de medicamentos modernos lo encontramos en la noción extendida en Latinoamérica sobre el beneficio del suero inyectado, como terapia para dar energía y vigor. Esta creencia es explicable en la medida en que casi todo paciente que ingresa al hospital recibe suero o líquidos parenterales. A pesar de estar constituido por agua, sal y azúcar, mucha gente le atribuye propiedades nutritivas y casi milagrosas.

La popularización de los medicamentos es en sí misma una respuesta a la reciente tendencia de los laboratorios farmacéuticos a

publicitarlos por los medios de comunicación masiva. Antigripales, analgésicos, antiinflamatorios, medicamentos tópicos, antisépticos orales, son hoy autoformulados con base en las indicaciones sugeridas por las propagandas. La libre disponibilidad de otros, tales como anticonceptivos, y en Latinoamérica la laxitud para la venta de productos farmacéuticos, incluyendo antibióticos y tranquilizantes, hacen que la popularización de los medicamentos se convierta en una tendencia generalizada.

De otro lado, conceptos y creencias van formando parte del acervo popular, sin un claro criterio de certeza. El uso de la aspirina para el bienestar general, la idea de que las inyecciones son siempre más potentes que los medicamentos orales, la noción de que entre más costoso sea el medicamento más eficaz resulta, o incluso el efecto placebo que se ha asociado al color de la tableta, son algunos ejemplos de la popularización en salud.

En relación con la medicina popular, Pedersen (1989) establece tres modelos explicativos para comprender los sistemas médicos de una población: el modelo tradicional, el modelo profesional y el modelo popular. Los tres están en permanente interacción, y han llegado a originar fenómenos como "la popularización del modelo profesional" y la medicalización de los modelos tradicional y popular". Por eso, con frecuencia lo que encontramos en una sociedad es la amalgama de los tres modelos, configurando así un *mosaico cultural de salud*.

De cualquier modo, es enorme la distancia entre medicina popular, tal como la hemos reseñado, y medicina tradicional. La polémica más bien apunta al beneficio y el riesgo de que la gente asuma el manejo de la salud, incluyendo el autodiagnóstico, la autoformulación y la opción libre por distintos métodos terapéuticos o incluso otros sistemas de salud, tradicionales o alternativos.

Medicina campesina también puede implicar ambigüedades. Campesino es el término castellano para referirse a las personas que habitan en las zonas rurales y que viven del cultivo de la tierra, incluyendo la cría de animales o las actividades ganaderas, pastoriles y forestales. En algunos

países hispano parlantes también es frecuente encontrar términos como granjero, labrador, aldeano, vaquero. Si nos ceñimos a su significado etimológico, todos los grupos humanos rurales, incluidos aquellos que consideramos indígenas o aborígenes, son campesinos. Y el término campesino se emplea en oposición al concepto de urbano, es decir de aquellos que viven en las ciudades. Dada la estrecha relación que existe entre la medicina tradicional y la naturaleza, no sería equivocado equiparar los dos términos.

Sin embargo, para el caso de Latinoamérica, el término campesino se encuentra en oposición al de indígena. El campesino es visto desde el punto de vista etnográfico como mestizo, con poca o ninguna relación con los grupos indígenas. De tal modo, al referirnos a las poblaciones rurales de Latinoamérica, usualmente empleamos tres categorías distintas: campesinos mestizos, indígenas y afroamericanos. Y en los tres casos podemos encontrar sistemas de medicina tradicional elaborados y vigentes en su cultura, por lo que una vez más, el concepto *medicina tradicional* resulta más apropiado para no ser excluyentes.

Medicinas tradicionales

Recogidas todas las posibles connotaciones del estudio de sistemas médicos tradicionales, la tarea que sigue es tratar de establecer clasificaciones y categorías que permitan comprender de manera amplia y al mismo tiempo sintética el universo de la medicina tradicional. Para ser más exactos, tal como hemos querido titular este documento, resulta más correcto hablar de *medicinas tradicionales*.

Su definición implica que deben existir elementos comunes a todas ellas, cualquiera sea el grupo humano estudiado, la cultura, la geografía o las particularidades y diferencias entre sí. Así como el estudio comparativo de las religiones permite encontrar un denominador común para todas ellas, una de las tareas del estudioso de las medicinas tradicionales consiste en identificar esos elementos comunes, al tiempo que establecer los límites en los que un sistema médico tradicional se transforma, se

sincretiza o desaparece, momento en el que ya no podremos hablar de medicina tradicional.

Aunque podemos afirmar que cada pueblo o cada grupo humano ha construido a lo largo de su historia un sistema médico tradicional, mencionaremos a continuación los que han tenido mayor reconocimiento histórico y mayor arraigo cultural, social y médico, agrupados en categorías muy generales y reconociendo que cada uno de ellos ha tenido desarrollos históricos milenarios, con transformaciones internas significativas de acuerdo con las visitudes geográficas, culturales, ambientales e históricas:

- *Medicina ayurvédica:* En la actualidad hace referencia al sistema médico tradicional empleado sobre todo en la India y los países vecinos al Himalaya. Sus raíces más antiguas la relacionan con el hinduismo y más específicamente el bramanismo, religión que aún se conserva con fuerza en la India. El *ayurveda* (Vasant, 1988) tiene como fundamentos de su práctica la noción de cinco elementos fundamentales (éter, agua, aire, fuego y tierra) que se relacionan con el sistema de los tres humores (*tridosha*) para explicar el funcionamiento y la salud de la persona (Frawley, Vasant, 1992).
- *La medicina tradicional del Extremo Oriente:* Es quizás la medicina tradicional más reconocida en el mundo entero, dada la enorme extensión territorial que cubre (China, Corea, Japón y varios países del sudeste asiático). Su origen está relacionado con el taoísmo. En efecto, las nociones energéticas del Chi, el Ying y el Yang, los cinco elementos, entre otras, son propias del pensamiento expresado en el Tao Te King, obra atribuida al místico y filósofo Lao T'sé, en el siglo IV a.d.C. El uso de plantas medicinales en la medicina tradicional china está sustentado desde tiempos antiquísimos, como lo demuestra la obra Pen T'sao Ching (Materia Médica) escrita por el legendario emperador Sheng Nang, cerca de 3.200 años antes de Cristo (Tsumura, 1991) y a quien muchos consideran el padre de la medicina china.
- *La medicina árabe:* Es de todos conocido el esplendor de la ciencia y la cultura árabes, sobre todo entre los siglos IX y XV de la era

cristiana. Incluso la medicina árabe de entonces precedió, como ciencia, a la medicina europea, que solo alcanzó su apogeo a partir del siglo XVIII. Sus raíces se hunden en la prehistoria de los pueblos semíticos, aunque su consolidación está ligada al surgimiento del Islam, en el siglo VI d.C.

• **La medicina caldea:** Aunque no hay testimonios escritos de lo que fue la cultura caldea, todas las tradiciones posteriores de los pueblos mediterráneos pueden considerarse como herencia de la mítica y sabia cultura caldea. En efecto, los sistemas médicos tradicionales de asirios, sumerios, persas, hebreos, palestinos y fenicios son derivaciones de la tradición caldea.

• **La medicina hebrea:** En los primeros siglos de su conformación como pueblo, los hebreos no eran otra cosa que un grupo de tribus nómadas del desierto, con vocación pastoril, que vivían en tiendas de campaña y hacían uso de los restringidos recursos que ofrecía el semidesierto. Con la constitución de nación, al ocupar las tierras de Canaá, el surgimiento oficial de la religión hebrea a partir de Moisés y la constitución del reinado, se define históricamente el pueblo judío con radicales diferencias de sus ancestros semíticos. Los textos del Pentateuco, el Talmud, la Torah y el Antiguo Testamento de la Biblia actual, permiten escudriñar posibles elementos de una medicina tradicional hebraica. Numerosas referencias a plantas medicinales, nociones de higiene y prevención... Sin embargo, la relación entre medicina y religión también aquí resulta confusa. Los personajes más importantes de la cultura judía veterotestamentaria son reconocidos como profetas y hoy se estudian siempre en un contexto exclusivamente religioso. No obstante, una mirada más atenta a los textos antiguos permite reconocer que la palabra empleada, antes que profeta, era *vidente*, término que se aproxima al genérico de chamán. No sólo era alguien que podía comunicarse con el mundo espiritual, un adivino o taumaturgo, sino alguien con poderes extraordinarios, aunque los textos religiosos, con pocas excepciones, no los menciona en sentido terapéutico. Posteriormente, en los textos de proverbios y Eclesiastés, se menciona la figura de médico, tajamente separada de los profetas. Para la época de Jesús, la noción de médico ya estaba totalmente constituida. Él

Como mismo, volviendo a combinar las dimensiones físicas y espirituales, se presenta como médico y gran parte de su ministerio público consistió en realizar curaciones a los enfermos, siempre en un contexto taumaturgo. Parábolas como la del buen samaritano, curaciones con barro como la del ciego de nacimiento, descripciones detalladas de las enfermedades, sobre todo las del evangelista Lucas, quien según la tradición era médico romano, expresan una dimensión terapéutica del cristianismo primitivo. No obstante, ninguno de estos rasgos pueden asociarse a la noción de una medicina tradicional hebrea. En siglos posteriores aparece la legendaria figura de Moseh ben Maimon, nacido en Córdoba, España, en el año de 1135 y más conocido como Maimónides, considerado el más grande sabio y médico de la época. Hebreo y seguidor estricto de la ley mosaica, no obstante, sus conocimientos obtuvieron gran influencia sobre el mundo árabe. Por eso el análisis de sus múltiples obras médicas (todas publicadas y conocidas hoy, Maimónides, 1991), no permite diferenciar las raíces judías de las semíticas e islámicas, entremezcladas con las tradiciones griega y latina:

Maimónides estaba plenamente integrado en la medicina greco árabe y resulta difícil señalar su posible peculiaridad como médico judío respecto a sus coetáneos árabes. Esta situación se refleja en la lengua empleada para sus escritos de tipo científico y filosófico: el árabe. (Sin embargo) el aprecio del que goza Maimónides entre los estudiosos del judaísmo ha valido para que estas traducciones hebreas medievales hayan sido editadas en varias ocasiones (Ferre, 1991).

• **Medicina tradicional africana:** Nos referimos aquí a los sistemas médicos tradicionales contruidos por los pueblos africanos subsaharianos, quienes habitaban en las sabanas y selvas tropicales ecuatoriales. Estudiados en detalle podríamos hablar de subsistemas de medicinas tradicionales, de acuerdo con las numerosísimas etnias que había en la región, pero podemos encontrar elementos similares que permiten cobijarlas en una sola categoría. Sus raíces se encuen-

se conservan en los sistemas chamánicos conservados hasta los siglos XIII y XIV, cuando llega la colonización lusitana e ibérica y se produce la fusión de creencias y culturas con la invasión musulmana. Los dos pueblos más conservados hasta hoy son el yoruba y el bantú, punto de origen del movimiento del vudú que se consolidó entre los esclavos de América. Uso de plantas medicinales, empleo de plantas de conocimiento, un admirable manejo del entorno y una relación con el mundo del espíritu son características del sistema médico tradicional africano.

• *Medicina tradicional latinoamericana:* Al igual que lo mencionado con la medicina africana, aquí se agrupan numerosos subsistemas médicos que abarcan originariamente las casi 1.500 etnias existentes en América antes de 1492. Sin embargo, la evolución subsecuente permite hoy hablar de una auténtica medicina tradicional latinoamericana, producto del triple legado: indígena, negro y español. Uso de plantas medicinales, presencia de curanderos, comadronas y sobanderos, nociones religiosas de la salud, conceptos de frío y calor como causa de muchas enfermedades, son elementos comunes hoy presentes en casi toda América Latina. Recientes investigaciones permiten descubrir que ciertos pueblos indígenas, que mantienen sistemas de chamanismo vivos y sólidos, siguen siendo generadores de una extensa red de curanderismo que abarca las cordilleras de los Andes y de Mesoamérica, dándole una continuidad y homogeneidad a la medicina tradicional latinoamericana.

Es importante resaltar que la occidentalización de estos diferentes sistemas médicos tradicionales o el acceso que a ellos se ha tenido a través de diferentes investigadores o comerciantes no corresponde fielmente al sistema de conocimientos tradicionales, sino a una amalgama y apropiación parcial y sesgada de algunos elementos.

Por ejemplo, la occidentalización del ayurveda, a partir del movimiento hippie de los años 60, en el siglo XX, permitió su conocimiento y difusión en Europa y América, aunque no siempre en concordancia con sus principios originales. Una mezcla de nociones religiosas, incorporación de medicinas alternativas, sincretismos con la acupuntura y la medicina

china, dan como resultado una transformación radical del ayurveda al punto que no podemos considerarla *sensu strictu* como una medicina tradicional. Obras de autosuperación como las muy difundidas de Depak Chopra, no pueden ser leídas como fuentes genuinas para el estudio de la medicina tradicional ayurvédica, aunque encontremos en ellas raíces del pensamiento hindú.

Otro ejemplo lo encontramos en la aproximación a la medicina tradicional del Extremo Oriente. Para muchos, en Occidente todavía la medicina china se identifica en forma exclusiva con la acupuntura. Sin embargo, conviene entender que la acupuntura es una técnica más que emplea la medicina tradicional del Extremo Oriente, a la par que otras como moxibustión, plantas medicinales, masajes, etc.

Del igual modo, en América Latina vemos un movimiento reciente de tendencia New Age, en el que se apropian conceptos pertenecientes a la medicina indígena y se incorporan en movimientos pseudo espirituales, esotéricos y alternativos de dudosa seriedad. Es el caso observado en Colombia, con la moda de ceremonias de ayahuasca, una planta sagrada del piedemonte amazónica, realizadas en apartamentos de las grandes ciudades, con fines psicodélicos o comerciales, alejadas de la auténtica tradición indígena.

Es importante resaltar que la occidentalización de estos diferentes sistemas médicos tradicionales o el acceso que a ellos se ha tenido a través de diferentes investigadores o comerciantes no corresponde fielmente al sistema de conocimientos tradicionales, sino a una amalgama y apropiación parcial y sesgada de algunos elementos.

Por ejemplo, la occidentalización del ayurveda, a partir del movimiento hippocrático de los años 60, en el siglo XX, permitió su conocimiento y difusión en Europa y América, aunque no siempre en concordancia con sus principios originales. Una mezcla de nociones religiosas, incorporación de medicinas alternativas, sincronismo con la acupuntura y la medicina

4. Disciplinas científicas

Para la comprensión de sistemas de conocimiento tan complejos y con elementos hoy en día inabarcables por una sola disciplina científica, se ha hecho necesario convocar para el abordaje de las medicinas tradicionales diferentes campos de la ciencia. Citaremos aquellos que han hecho los aportes más importantes:

Antropología (médica y de la salud)

Aunque el interés de la antropología por las prácticas médicas de otras culturas ha estado vigente desde su nacimiento como ciencia, el abordaje no fue sistematizado sino en las últimas décadas. Para muchos la antropología médica nace con el antropólogo británico William Rivers al publicar en 1924 su obra "Medicine, Magic and Religion". Poco a poco surgen nuevos estudios, en los que se busca comprender las prácticas médicas de distintos pueblos, incursionando en terrenos inexplorados tales como los conceptos de salud y enfermedad, las clasificaciones de las enfermedades y las relaciones culturales y ambientales con la salud. En efecto, debemos a la *antropología médica* la mayor cantidad de información sobre las medicinas tradicionales y las primeras elaboraciones conceptuales sobre su importancia.

Herrera y Loboguerrero (1988) realizan un seguimiento histórico de esta disciplina; afirman que fue Benjamín Paul, en 1955, quien dio un salto significativo al buscar la aplicación de la antropología médica en la salud pública, con su ya clásica obra "Health, Culture and Community". Ya no era sólo una ciencia que investigaba para acumular información, sino una herramienta para la construcción de nuevos modelos de salud.

Posteriormente aparecen autores importantes como George Foster, Richard Adams y Gonzalo Aguirre, en la década de los 60, quienes inspiran su aplicación definitiva en la academia mundial. Luego, en los últimos 30 años, van surgiendo diferentes escuelas de antropología médica, entre las que sobresalen dos: a) la escuela ambientalista, con autores como Steven Polgar (1964) y Alexander Alland (1970), quienes resaltan que la salud deja de ser un fenómeno estrictamente médico, para constituirse en un fenómeno ecológico, y b) la escuela culturalista, con autores como Kroeger, Barbira Freedman, Levi Strauss y el mismo Foster, que establecen una orientación socio-cultural del fenómeno de la salud y la enfermedad.

La *antropología médica* ya se ha ganado un lugar merecido en el contexto internacional; diversas universidades, sobre todo en Estados Unidos y Europa, ofrecen postgrados, al tiempo que las publicaciones aumentan día a día, incluso con revistas periódicas especializadas. En otros casos, los antropólogos deciden hacer su especialización en Salud Pública o Programas de Administración en Salud, procurando así aproximarse mejor al universo de los sistemas formales de prestación de servicios médicos.

No podemos, sin embargo, considerar que corresponde a la antropología médica la exclusividad en el estudio de las medicinas tradicionales. Sus aportes son fundamentales e invaluable; pero, como disciplina social que es, no alcanza a abordar otros elementos no menos importantes, en los que están llamados a participar áreas del conocimiento biológico (biología, química, ecología), del conocimiento médico (farmacología, salud pública, medicina) y nuevas áreas interdisciplinarias (etnobiología y etnomedicina).

Las limitaciones de la antropología son reconocidas incluso por algunos de sus mismos estudiosos. Fernández (1999) nos ofrece un testimonio personal, en su extenso estudio de la medicina tradicional andina de Perú y Bolivia:

Las contradicciones que el antropólogo sufre al realizar su propia investigación, las dudas sobre su cometido ético, los placeres y

sinsabores del trabajo de campo suelen adornar las páginas de la libreta... Las puntualizaciones emotivas o testimoniales suelen marginarse de las publicaciones finales, por ser consideradas subjetivas y acientíficas... Cuando el dolor, la agonía y la muerte constituyen el contexto común de referencia de los informantes, me resulta difícil conformarme con modelos conjeturales sin detenerme en resaltar toda la carne (o el alma) contenida en las revelaciones de las personas implicadas en cada conflicto.

En cierto modo, la información de campo que recogen los antropólogos suele enmarcarse en entrevistas de campo, observación participante y diálogos cotidianos, casi siempre por fuera del momento del fenómeno de la enfermedad. Como lo sugeríamos en un estudio sobre la medicina tradicional de San Agustín (Huila) y posteriormente de la medicina afrocolombiana del Chocó, hay un abismo entre la información dada a la luz serena de una entrevista o una salida de campo con los curanderos o miembros de una comunidad y la evidencia de las prácticas de la salud en el momento en que alguien se enferma de gravedad.

La medicina tradicional tiene dos niveles distintos de persistencia histórica. Por un lado, la persistencia de la memoria cultural, en la que muchas personas suelen recordar las prácticas ancestrales de salud, las plantas medicinales, sus formas de preparación y uso, los rituales que empleaban, etc.; es una información que abunda en contenidos y permite suponer que la medicina tradicional está viva. Pero, de otra parte, la persistencia del uso cultural, en el que las personas, además de la memoria, conservan aún el empleo de algunos aspectos y quizás todo el arsenal de la medicina tradicional, lo que implica la persistencia de la confianza en un sistema de salud.

En nuestra condición de médicos, empezamos entonces una nueva modalidad de trabajo, en lo que hemos llamado "la antropología desde el dolor". Información que se obtiene durante la práctica médica, en el consultorio, a la hora en que aparece una enfermedad y en la que se pone en evidencia la real permanencia y uso de la medicina tradicional, así como el verdadero impacto que ésta tiene en el manejo de la salud y la enfermedad.

Repetimos, la antropología médica está llamada a mantener su lugar preponderante en la investigación sobre medicinas tradicionales, pero sus resultados deben ser leídos en un contexto parcial y cotejados con los resultados obtenidos desde otras disciplinas sociales, biológicas y médicas.

Ciencias biológicas y ambientales

Aunque en una perspectiva médica pareciera poco relevante el aporte de las ciencias biológicas y ambientales en la investigación de las medicinas tradicionales, la evidencia histórica nos demuestra lo contrario. Incluso, cuando la medicina occidental se instala en forma definitiva en el mundo moderno, fueron los estudiosos de las ciencias biológicas los que mantuvieron vivo el interés, aunque sea parcial y fragmentado, del universo de las prácticas médicas tradicionales.

En efecto, antes del surgimiento de las ciencias sociales, tales como la antropología y la sociología, fueron los naturistas los primeros etnólogos que recogían información de primera mano sobre el saber tradicional de otras culturas. En las expediciones a América encontramos el mejor ejemplo de ellos. Fueron personajes como José Celestino Mutis, Ruiz Pabón, Alexander Von Humboldt, Richard Spruce, todos ellos naturalistas, los que aportaron los primeros datos sobre extrañas costumbres de los aborígenes para curar las enfermedades.

El énfasis de su información estaba, sin embargo, en la descripción de los recursos naturales empleados en las curaciones, con particular atención al enorme universo de las plantas medicinales. Y con el curso de los años, mientras las plantas quedaban relegadas de la medicina occidental, los biólogos persistían en su afán por conocerlas y clasificarlas.

La botánica médica ha sido uno de los aspectos más estudiados de las medicinas tradicionales. Son numerosos los catálogos de plantas medicinales empleadas en las prácticas tradicionales de salud en los cinco continentes. Pero, como se anotaba en otro libro (Zuluaga, 1992), el interés

casi siempre se reduce a su clasificación taxonómica y las posibilidades que las plantas ofrecen para la obtención de principios activos útiles en la medicina moderna. Poco ha sido el esfuerzo que los botánicos han realizado por tratar de ir más allá de este contexto y, por ejemplo, examinar los sistemas de conocimiento que acompañan su uso o explorar las clasificaciones nosológicas y semiológicas empleadas por los curanderos.

De todos modos, en la medida en que sigue siendo fundamental el estudio de las plantas medicinales como eje fundamental de la mayoría de las prácticas tradicionales de salud, la botánica médica deberá considerarse herramienta básica.

Pero las ciencias biológicas, en cierto modo de manera inesperada, encontraron un nuevo capítulo de aporte al examen de las medicinas tradicionales. Se trata de las ciencias ambientales. En efecto, los estudios de la ecología empiezan a abordar el manejo ambiental que los practicantes tradicionales de salud hacen de su entorno. Aunque, como veremos adelante, esto resulta evidente para el chamanismo, las relaciones entre el concepto de salud y enfermedad y el medio ambiente son cada vez más explícitas en las medicinas tradicionales e incluso, en años recientes, empiezan a serlo para la medicina occidental.

No se trata tan solo del medio ambiente como factor determinante de la salud o la enfermedad, por ejemplo cuando hablamos de la calidad del agua para consumo humano, la contaminación del aire como factor causal de enfermedades respiratorias, la explosión de pesticidas, hormonas, antibióticos y abonos químicos que exponen a los consumidores de alimentos a nuevas patologías, o la ya reconocida importancia de la higiene, la disposición de excretas y en general el saneamiento ambiental.

La relación entre salud y medio ambiente es mucho más profunda y precisamente las medicinas tradicionales nos empiezan a develar nuevas y sorprendentes pistas. Las *normas sanitarias*, si así podemos decirlo, o tabúes, muchas veces apuntan a una protección del entorno y a garantizar la seguridad alimentaria de las comunidades. También las singulares relaciones de los sistemas tradicionales de salud con clasificaciones

elaboradas alrededor de los elementos naturales: agua, aire, fuego, madera, tierra, como lo apreciamos en las medicinas ayurvédica, china y de muchas comunidades indígenas.

Etnobiología

El término *etnobotánica* fue usado por primera vez, en 1896, por el norteamericano Harshberger, médico botánico de Filadelfia, quien realizó sus principales estudios en territorio mexicano y la definió como «el estudio de las plantas utilizadas por los primitivos aborígenes». Más adelante, Robbins, Harrington y Freire-Marreco, en 1916, sugirieron que la ciencia etnobotánica debería incluir, no sólo el estudio de las plantas, sino también la investigación y la evaluación del conocimiento de todas las facetas de la vida entre las sociedades primitivas y los efectos del ambiente vegetal sobre las costumbres, creencias e historia de estas culturas. Veinticinco años más tarde, Jones propuso una definición más concisa: «el estudio de las relaciones entre el hombre primitivo y las plantas». Ford, en 1980, amplía esta definición y nos dice que «la etnobotánica se refiere a la totalidad del conjunto gente-plantas en una cultura y la interacción directa de la gente con las plantas». De este modo, Ford considera la etnobotánica como una rama de la botánica económica que hace énfasis en el uso de las plantas, su potencial para la incorporación en otra cultura (usualmente la occidental) y la posibilidad de la utilización de estos derivados de origen vegetal. Finalmente, Plotkin (1992) prefiere hablar de la etnobotánica como el estudio de las culturas indígenas y la utilización de las plantas tropicales.

La etnobotánica ha sido vista en relación con la utilización de las plantas dentro de las culturas indígenas y especialmente las de selvas tropicales. Hoy parece más apropiado hablar del estudio de las relaciones entre el hombre y los recursos vegetales, relaciones que son producidas por el ser humano, cualquiera que sea su condición; no sólo el indígena, sino también el negro, el campesino, el habitante de las grandes ciudades:

Aunque la atención del público se ha centrado en los grandes conocimientos botánicos de ciertas comunidades tradicionales que

habitan en regiones predominantemente selváticas, en la reunión de Chiang Mai también se hizo hincapié en el conocimiento de las plantas que tienen los habitantes de las barriadas urbanas pobres de todo el mundo en desarrollo. En su emigración de la aldea a la ciudad, esas personas llevan consigo valiosos conocimientos sobre remedios herbáceos que rara vez son objeto de estudio; sin embargo, la medicina moderna podría beneficiarse mucho, no sólo de los notables conocimientos de los pueblos indígenas sino también de las prácticas tradicionales que prevalecen en casi todas las culturas del mundo. (UICN, 1993).

Sin embargo, en los últimos años el concepto de etnobotánica se ha ampliado a otras disciplinas. Ya no solo se trata de estudiar la relación del hombre con los recursos vegetales. También empieza a interesarnos el manejo de la fauna, en lo que se ha llamado la *etnozooología*, o el uso de remedios tradicionales -que pueden ser de origen vegetal, animal o mineral- y ahora se prefiere hablar de *etnomedicina*. Algunos autores sugieren, para integrar todos estos nuevos enfoques, el concepto más amplio de *etnobiología*.

No obstante, esta parcelación científica de la *etnobiología*, al aparecer como capítulo de las ciencias sociales o biológicas, si bien ofrece beneficios para una aproximación más exacta al conocimiento de la naturaleza y su relación con la cultura, va también en contravía con una visión integral del universo que las sociedades indígenas han sostenido y que hoy la ciencia moderna empieza a exigir:

Por más que se reclame la parcelación disciplinaria como innegable recurso metodológico del conocimiento, la búsqueda de respuestas a la indagación botánica o etnológica desborda la barrera de esa compartimentación en gran cantidad de oportunidades, debido a la estructura integrada de funcionamiento de la naturaleza. Aún en el más estricto sentido de unilateralidad se encuentran rescoldos de esa articulación. Los más refinados taxónomos no pueden escapar a la necesidad de indagar sobre el conocimiento popular de las plantas motivo de sus estudios, así sea en su

nominación vernácula y en sus usos más comunes o tradicionales, ya que en ellos subyacen elementos del conocimiento científico. (ICFES, 1987)

Pero, ¿por qué se insiste en emplear el prefijo «etno» para definir estas nuevas disciplinas? Sin lugar a dudas se debe al hecho de que sus pioneros abordaron este nuevo cuerpo de conocimientos en investigaciones con pueblos considerados «primitivos», «aborígenes», «salvajes» o «indígenas» y que hoy conocemos como «grupos étnicos». La noción de *etnia* no es todavía aceptada en forma universal y en la actualidad hay gran polémica en la Oficina de Derechos Humanos de las Naciones Unidas al promover la carta de los Derechos de los Pueblos Indígenas, sobre todo al intentar establecer como sinónimos «pueblo indígena» y «grupo étnico». En el proceso de globalización mundial, como contracorriente, hay un movimiento separatista de diversos pueblos: vascos y catalanes en España, bretones en Francia, piemonteses en Italia, galos, irlandeses y escoceses en el Reino Unido, albaneses y kosovos en la península de los Balcanes, numerosos grupos en el Centro de África y el Próximo Oriente, son algunos de los ejemplos actuales, sin dejar de lado los cientos de pueblos indígenas en Latinoamérica. Y en el marco internacional, todos ellos aspiran a ser reconocidos como «grupos étnicos», con el fin de romper así el concepto de nación-estado que rige el marco internacional desde el siglo XVIII.

Lo étnico va adquiriendo fuerza particular, en un mundo que busca la homogenización de valores, para resaltar nuevamente la noción de cultura. Corresponde en primer lugar a las ciencias sociales abordar dichas particularidades y buscar su correspondencia con lo general. En el marco de la investigación que abordamos, las ciencias etnobiológicas procuran el estudio de las relaciones entre cultura y naturaleza (Zuluaga, 1994).

Psiquiatría y psicología

A esta disciplina médica le ha correspondido un papel importante en el estudio de las medicinas tradicionales y podemos afirmar que quizás es

el capítulo donde la reflexión ha sido asumida de manera más directa por los médicos occidentales. Esto puede explicarse en parte por el hecho de que la psiquiatría es una ciencia donde no todo está dicho en relación con la causa de los trastornos mentales y hay una seria tradición cultural en los enfoques de la patología psiquiátrica, como lo sugiere en sus comienzos la obra de Freud, "El malestar de la cultura". Por estas razones se presenta el surgimiento de dos subespecialidades: la *psiquiatría transcultural* y la *etnopsiquiatría*.

La *psiquiatría transcultural* estudia la relación entre las enfermedades mentales y las diversas culturas en el mundo (Barría, 1988). Su primer interés es estudios epidemiológicos regionales para determinar la frecuencia o infrecuencia de enfermedades mentales en grupos específicos, sobre todo de comunidades indígenas; con estos datos pueden determinarse ciertas enfermedades psiquiátricas que son patrimonio exclusivo de las sociedades occidentales modernas, frente a otras que se manifiestan en cualquier cultura. Mientras que las psicosis endógenas y los cuadros epilépticos se observan en casi todo el mundo, las neurosis, los trastornos psicopáticos de personalidad y la depresión endógena son enfermedades raras o inexistentes en la mayoría de las comunidades indígenas.

De otro lado, el contenido del trastorno mental está lleno de significados y significantes relacionados con la cultura del individuo catalogado como enfermo. Es difícil para un psiquiatra occidental abordar en terapias convencionales o en psicoanálisis a pacientes que pertenecen a otras culturas. Se convierte en una necesidad para el psiquiatra en cuestión el análisis, no sólo del pasado personal, sino también del contexto social y cultural al que pertenece su paciente. Esta situación que resulta evidente al hablar de dos culturas completamente ajenas entre sí, se observa también al interior de una misma sociedad nacional, cuando el psiquiatra debe atender a pacientes que provienen de regiones distintas a la suya.

También es sabido que en aquellas comunidades indígenas afectadas por un rápido y dramático proceso de aniquilación, colonización o

aculturización, surgen, sobre todo en la población joven, "epidemias" de depresión, alcoholismo, drogadicción y suicidio; son respuestas que deben esperarse como reacción ante el brutal cambio cultural.

Pero la psiquiatría transcultural, en sus investigaciones, se encuentra con nuevos interrogantes y retos. Ya no es sólo la morbilidad mental presente en otras culturas, sino también la forma en que esas sociedades y sus sistemas tradicionales de salud abordan el problema. Nace entonces la etnopsiquiatría, una disciplina que cobra enorme fuerza en las últimas dos décadas.

Piero Coppo (1988) es médico neuropsiquiatra y psicoterapeuta, quien trabajando con comunidades rurales en África pudo conocer las medicinas tradicionales. Su sorpresa ante la evidencia de curaciones, unida a una reflexión crítica de la psiquiatría convencional lo llevó a crear un Centro de Medicina Tradicional en la República de Malí, para buscar la cooperación entre curanderos tradicionales y los sistemas sanitarios de base:

Por entonces la crítica epistemológica corroía las frágiles certezas de la medicina y de la psiquiatría. Se afirmaba el interés por otros sistemas de pensamiento y de cura, mientras que la cuestión relativa a la variación y la invariancia de la estructura psicológica y de los fenómenos psicopatológicos cobraba, al mismo tiempo, actualidad y urgencia.

5. Marco jurídico

Legislación internacional

Organización Internacional del Trabajo (OIT)

El reconocimiento de los derechos de los pueblos indígenas y tribales ha sido el resultado de un proceso lento de toma de conciencia de la comunidad internacional. El tema pasó a ocupar un lugar destacado en la agenda internacional de los derechos humanos. En particular, la Organización Internacional del Trabajo -OIT- se ha preocupado, desde su creación en 1919, por la situación de los pueblos indígenas y tribales. La OIT ha venido realizando así una prolífica acción sobre el tema, cuyo jalón más reciente lo constituye la adopción en 1989 del Convenio # 169.

Este convenio representa sin duda el instrumento jurídico internacional más completo que, en materia de protección a los pueblos indígenas y tribales, se haya adoptado hasta la fecha. El nuevo convenio, que revisa normas anteriores de la OIT, especialmente el Convenio # 107 de 1957, se aplica a los pueblos tribales de países independientes cuyas condiciones sociales, culturales y económicas les distinguen de otros sectores de la colectividad nacional, y que estén regidos total o parcialmente por sus costumbres o tradiciones o por una legislación especial. Asimismo el convenio se aplica a aquellos pueblos de países independientes considerados indígenas por el hecho de descender de poblaciones que habitaban en el país o en una región geográfica a la que pertenece el país en la época de la conquista o la colonización o el establecimiento de las actuales fronteras estatales y que, cualquiera que sea su situación jurídica, conservan todas sus propias instituciones sociales, económicas, culturales y políticas, o parte de ellas.

Convenio # 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT)

Reconociendo las aspiraciones de esos pueblos a asumir el control de sus propias instituciones y formas de vida y de su desarrollo económico, y a mantener y fortalecer sus identidades, lenguas y religiones, dentro del marco de los Estados en que viven;...

Recordando la particular contribución de los pueblos indígenas y tribales a la diversidad cultural, a la armonía social y ecológica de la humanidad, y a la cooperación y comprensión internacionales;...

Artículo 2: 1. Los gobiernos deberán asumir la responsabilidad de desarrollar, con la participación de los pueblos interesados, una acción coordinada y sistemática con miras a proteger los derechos de esos pueblos y a garantizar el respeto de su integridad...

2b. Esta acción deberá incluir medidas: que promuevan la plena efectividad de los derechos sociales económicos y culturales de esos pueblos, respetando su identidad social y cultural, sus costumbres y tradiciones, y sus instituciones.

Artículo 5: Al aplicar las disposiciones del presente convenio: a) deberán reconocerse y protegerse los valores y prácticas sociales, culturales, religiosos y espirituales, propios de dichos pueblos y deberá tomarse debidamente en consideración la índole de los problemas que se les planteen tanto colectiva como individualmente, b) deberá respetarse la integridad de los valores, prácticas e instituciones de esos pueblos...

PARTE V. Seguridad Social y Salud

Artículo 25: 1. Los gobiernos deberán velar porque se pongan a disposición de los pueblos interesados servicios de salud adecuados o proporcional 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.

Organización Mundial de la Salud (OMS)

La OMS es la entidad rectora, en el ámbito internacional, sobre los asuntos de la organización, administración, gestión, investigación y prestación de servicios formales de salud. Aunque en sus primeros 30 años hizo referencia exclusiva a lo que hoy conocemos como medicina moderna, en 1977 por primera vez llama la atención sobre la importancia de las llamadas medicinas tradicionales.

Resolución WHA30.49 de la 30 Asamblea General de 1977

Fomentar una consideración objetiva de los problemas relacionados con los sistemas de medicina tradicional, como medio de promover los servicios de salud y contribuir a su eficacia;
Promover la integración de los conocimientos y las técnicas de utilidad demostrada existentes en la medicina occidental y en los sistemas médicos tradicionales;

Con estos propósitos, se crea en Ginebra (Suiza) la oficina para el Programa y Desarrollo de la Medicina Tradicional y desde 1978 insta a los diferentes gobiernos para la investigación y articulación prudente de los modelos terapéuticos tradicionales. Esta labor se acrecienta con el desarrollo de la Conferencia Internacional de Conservación de Plantas

Medicinales, con sede en Chiang Mai, Tailandia, 1988, con la participación del Fondo Mundial para la Naturaleza -WWF- y la Unión Internacional de la Conservación de los Recursos Naturales -IUCN-. Al final de este evento se emite una importante declaración:

Declaración de Chiang Mai: «Salve vidas, salvando plantas»

Nosotros, los profesionales de la salud y los especialistas en conservación de plantas, quienes nos hemos reunido por primera vez en la Consulta Internacional de Conservación de Plantas Medicinales, para reafirmar nuestro compromiso con el propósito colectivo de «Salud para todos en el año 2.000» a través de la atención primaria en salud y los principios de conservación y desarrollo sostenible en la «Estrategia Mundial de Conservación»:

- Reconocemos que las plantas medicinales son esenciales en la atención primaria de salud, tanto en la automedicación como en los servicios nacionales de salud;
- Estamos alarmados por las consecuencias de la pérdida de la diversidad de plantas en todo el mundo;
- Vemos con gran ansiedad el hecho de que muchas de las plantas que proveen drogas tradicionales y modernas están amenazadas;
- Llamamos la atención de las Naciones Unidas, sus agencias y países miembros, otras agencias internacionales y organizaciones no gubernamentales hacia:

La importancia vital de las plantas medicinales en el cuidado de la salud;

La pérdida acelerada e inaceptable de esas plantas medicinales debido a la destrucción del hábitat y a las prácticas deforestadoras insostenibles;

El hecho de que los recursos vegetales de un país son frecuentemente de importancia crítica para otros países;

El valor económico significativo de las plantas medicinales usadas hoy y el gran potencial que tiene el reino vegetal para proveer nuevas drogas;

La continua dispersión y pérdida de culturas indígenas, las cuales frecuentemente poseen la llave para encontrar nuevas plantas medicinales que puedan beneficiar a la comunidad global; La urgente necesidad de cooperación internacional y coordinación para establecer programas de conservación de plantas medicinales que aseguren cantidades adecuadas disponibles para las futuras generaciones.

Nosotros, los miembros de la Consulta Internacional Chiang Mai, llamamos a todas las personas para que se comprometan a «Salvar plantas, para salvar vidas».

Chiang Mai, Tailandia

WHO, IUCN, WWF, Marzo 26, 1988

El tema ha progresado, sobre todo en los países de Asia y África. Con el reconocimiento de los derechos de los pueblos indígenas, la preocupación sobre la medicina tradicional indígena motivó a la OMS ha promover la defensa y el mantenimiento de estos sistemas terapéuticos:

RESOLUCIÓN WHA51.24 DE LA 51 ASAMBLEA GENERAL DE 1998

«... Al notar la importancia de los conocimientos de la medicina tradicional de los pueblos indígenas, urge a los Estados Miembros a:

1- ... respetar, preservar y mantener los conocimientos de los curanderos tradicionales y la medicina en estrecha colaboración con los pueblos indígenas; asegurar la participación activa de los pueblos indígenas en la identificación de sus necesidades de salud y la apropiación de los recursos para el desarrollo de estrategias que mejoren su status de salud y la dirección futura de su salud.

2 (5)- Promover, en cooperación estrecha con los pueblos indígenas, el respeto, la preservación y el mantenimiento de los conocimientos y las prácticas de salud tradicional, y promover la distribución equitativa de los beneficios que resulten del uso de tales conocimientos, en conformidad con las convenciones de comercio y propiedad intelectual.”

Organización Panamericana de la Salud (OPS)

La misión de la Oficina Sanitaria Panamericana, como Secretaría de la OPS, es cooperar técnicamente con los países miembros y estimular la cooperación entre ellos para que, a la vez que conserva un ambiente saludable y avanza hacia el desarrollo humano sostenible, la población de las Américas alcance la salud para todos y por todos.

En 1983, se llevó a cabo el Grupo de Trabajo sobre Salud y Culturas Médicas Tradicionales en América Latina y el Caribe. En su informe, se puntualiza la necesidad de «fundamentar y ampliar el espacio de participación de las culturas médicas tradicionales en el logro de las metas de salud para la región».

En este contexto, la Iniciativa Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas surgió en Septiembre de 1993, en apoyo al logro de la meta de Salud para Todos, bajo el principio de equidad y como resultado del esfuerzo conjunto de los gobiernos de la región, las organizaciones no gubernamentales, las organizaciones indígenas y los pueblos indígenas de las Américas.

Principios de la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas (OPS)

- Necesidad de un enfoque integral de la salud.
- Derecho a la autodeterminación de los pueblos indígenas.

- Respeto y revitalización de las culturas indígenas.
- Reciprocidad en las relaciones entre los actores involucrados en los procesos.
- Derecho a la participación sistemática de los pueblos indígenas, a través de sus representantes.

En el I Taller Hemisférico de Salud de los Pueblos Indígenas, 1993, en Winnipeg, Canadá, se definieron los principios y recomendaciones para el desarrollo y operacionalización de la iniciativa, los mismos que fueron ratificados en la Resolución V y en los Talleres subregionales de Santa Cruz, Bolivia, y Quetzaltenango, Guatemala, en 1994.

RESOLUCIÓN V. «SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS» Aprobada por la XXXVII Reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud, 1993

El Consejo Directivo...

Considerando las aspiraciones de los pueblos indígenas de asumir el control de sus propias instituciones y formas de vida, la necesidad de fortalecer su propia identidad, así como que se respeten sus derechos en cuanto a la salud y al medio ambiente;

Reconociendo la particular contribución de los pueblos indígenas al mantenimiento de la diversidad étnica y cultural de las Américas, a la biodiversidad y el equilibrio ecológico, y muy especialmente a la salud y nutrición de la sociedad;

Resaltando la necesidad de revalorar y respetar la integridad de valores y prácticas sociales, culturales, religiosas y espirituales, propios de los pueblos indígenas, incluidos aquellos que tienen relación con la promoción y el mantenimiento de la salud, y con el tratamiento de las enfermedades y dolencias, y

Reiterando la importancia de la estrategia de transformación de los Sistemas Nacionales de Salud y de la propuesta de desarrollo

de modelos alternativos de atención, a nivel de los sistemas locales de salud, como un recurso táctico, valioso y requisito fundamental para la superación de los actuales problemas de déficit de cobertura, falta de acceso y baja aceptabilidad de los servicios de salud entre las poblaciones indígenas.

Resuelve:

2- Instar a los gobiernos a que:

d. Promuevan la transformación de los sistemas de salud y apoyen el desarrollo de los modelos alternativos de atención de la población indígena, dentro de la estrategia de los SILOS, incluyendo la medicina tradicional y la investigación sobre su calidad y seguridad;

3- Solicitar al Director, dentro de la disponibilidad de recursos que:

a. Promueva la participación de los indígenas y sus comunidades en todos los aspectos del trabajo de la Organización sobre salud de los pueblos indígenas.

El trabajo durante los primeros años de la Iniciativa, a través de la Oficina Regional y de las representaciones en los países, y la necesidad de instrumentalizar de una manera sistemática las recomendaciones del I Taller Hemisférico y los mandatos presentes en la Resolución V, contribuyeron a la identificación de estrategias, áreas de trabajo y metas claras en la estructuración del llamado Plan de Acción de la OPS/OMS, para el impulso de la Iniciativa en la región de las Américas: 1995-1998.

El Tercer Componente del Plan de Acción para el Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas de Salud Tradicionales propone:

- Se habrán determinado pautas para el desarrollo legislativo de políticas de salud y prácticas tradicionales de salud de los pueblos indígenas, basados en el intercambio de experiencias a nivel local.
- Se habrán propuesto pautas para la protección de los derechos de propiedad intelectual y otras cuestiones éticas relativas a la salud de los pueblos indígenas.

Como parte del Tercer Componente del Plan se ha puesto énfasis en las áreas de desarrollo legislativo e investigación. Así, en cuanto al desarrollo legislativo, en Noviembre de 1995, en el Sexto Período Extraordinario de Sesiones del Parlamento Andino, en Lima, Perú, se presentó un Documento de Trabajo: «Lineamientos para la regulación de la práctica de la medicina tradicional», para lo cual se crea un Grupo de Trabajo.

Finalmente, en Septiembre de 1997, la OPS adelanta una nueva reunión, en Washington, para evaluar el proceso de la Iniciativa de Salud de los pueblos indígenas, en la cual reafirma lo dicho en la Resolución V y urge a los Estados Miembros a dar cumplimiento pleno, en el marco de la Década Internacional de los Pueblos Indígenas del Mundo: 1994-2004, proclamada por las Naciones Unidas en la Asamblea General de 1993.

Otras iniciativas internacionales

Organización de las Naciones Unidas (ONU)

En el marco de la Década Internacional de Pueblos Indígenas, las Naciones Unidas adelantan el Proyecto de Declaración sobre los Derechos de los pueblos indígenas, el cual ha sido ya aprobado por la Subcomisión de Derechos Humanos de la ONU y actualmente está en negociación con la Comisión de Derechos Humanos. De manera específica, el Proyecto de Declaración afirma:

Artículo 12. Los pueblos indígenas tienen derecho a practicar y revitalizar sus tradiciones culturales y costumbres. ...

Artículo 24. Los pueblos indígenas tienen el derecho a sus medicinas tradicionales y prácticas de salud, incluyendo el derecho a la protección de plantas medicinales, animales y minerales vitales.

Convenio sobre la Biodiversidad Biológica

El Convenio sobre la Biodiversidad Biológica entró en vigencia en Diciembre de 1993 y ha sido ratificado por unos 134 estados. Es el primer

instrumento legal internacional, amplio y legalmente obligatorio, que busca proteger todos los ecosistemas y todas las especies. En relación con los conocimientos indígenas afirma:

Artículo 8(j). Con arreglo a su legislación nacional, respetará, preservará y mantendrá, los conocimientos, las innovaciones y las prácticas de las comunidades indígenas y locales que entrañen estilos tradicionales de vida, pertinentes para la conservación y la utilización sostenible de la diversidad biológica y promoverá su aplicación más amplia, con la aprobación de la participación de quienes posean esos conocimientos, innovaciones y prácticas, y fomentará que los beneficios derivados de la utilización de esos conocimientos, innovaciones y prácticas se compartan equitativamente.

Posteriormente, durante la Cuarta Conferencia de las Partes, adelantada en Eslovaquia, en 1998, el Grupo de Trabajo Ad Hoc considera que debe:

a. Proporcionar asesoría como una prioridad sobre la aplicación y desarrollo de formas legales y otras formas apropiadas de protección para los conocimientos, innovaciones y prácticas de las comunidades indígenas y locales que entrañen estilos tradicionales de vida, pertinentes para la conservación y la utilización sostenible de la diversidad biológica.

Finalmente, en el marco de la Comunidad Andina de Naciones, se expidió la Decisión 391 de 1996: Régimen Común sobre Acceso a los Recursos Genéticos, en la cual se establece:

Artículo 7: Los países miembros, de conformidad con esta Decisión y su legislación nacional complementaria, reconocen y valoran los derechos y la facultad para decidir de las comunidades indígenas, afro-americanas y locales, sobre sus conocimientos, innovaciones y prácticas tradicionales, asociados a los recursos genéticos y sus productos derivados.

*Organización de las Naciones Unidas para la Educación,
la Ciencia y la Cultura (UNESCO)*

La UNESCO tiene una historia relativamente larga dentro de la ONU, en relación a temas culturales. El principal instrumento del Derecho Internacional referente al patrimonio cultural es el «Convenio relativo a la protección del patrimonio cultural y natural del mundo, de la UNESCO». Recientes iniciativas sugieren que considerando su designación como la «conciencia de las Naciones Unidas», y en vista de la misión ética que sustenta su constitución, tiene un deber moral de promover y proteger los derechos culturales de los pueblos indígenas del mundo, lo que incluye:

- El establecimiento de la Comisión Mundial sobre Cultura y Desarrollo, en 1992, que tiene como objetivo «el desarrollo de un proceso mundial de debate sobre los desafíos culturales del desarrollo», y la movilización de la voluntad política y el apoyo público para superarlo.
- Un Foro Mundial sobre la protección del Folclore, celebrado en Abril de 1997, en Phuket, Tailandia.
- La creación del Comité Internacional de Bioética para mantenerse al tanto del progreso en las ciencias biomédicas.

Por otra parte, la UNESCO proclamó la Declaración de Ciencia y Uso de Conocimientos Científicos, como parte de la agenda para el siglo XXI, emitida en Budapest, Hungría, en Julio 1 de 1999, entre cuyos puntos se destacan los siguientes:

Declaration on Science and the Use of Scientific Knowledge

26. That traditional and local knowledge systems as dynamic expressions of perceiving and understanding the world, can make and historically have made, a valuable contribution to science and technology, and that there is a need to preserve, protect,

research and promote this cultural heritage and empirical knowledge,

2.2 Science, environment and sustainable development

32. Modern scientific knowledge and traditional knowledge should be brought closer together in interdisciplinary projects dealing with the links between culture, environment and development in such areas as the conservation of biological diversity, management of natural resources, understanding of natural hazards and mitigation of their impact. Local communities and other relevant players should be involved in these projects.

3.4 Modern science and other systems of knowledge

83. Governments are called upon to formulate national policies that allow a wider use of the applications of traditional forms of learning and knowledge, while at the same time ensuring that its commercialization is properly rewarded.

84. Enhanced support for activities at the national and international levels on traditional and local knowledge systems should be considered.

85. Countries should promote better understanding and use of traditional knowledge systems, instead of focusing only on extracting elements for their perceived utility to the S&T system. Knowledge should flow simultaneously to and from rural communities.

86. Governmental and non-governmental organizations should sustain traditional knowledge systems through active support to the societies that are keepers and developers of this knowledge, their ways of life, their languages, their social organization and the environments in which they live, and fully recognize the contribution of women as repositories of a large part of traditional knowledge.

87. Governments should support cooperation between holders of traditional knowledge and scientists to explore the relationships between different knowledge systems and to foster inter-linkages of mutual benefit.

93. UNESCO and ICSU should submit the Declaration on Science and the Use of Scientific Knowledge and Science Agenda - Framework for Action to their General Conference and General Assembly respectively, with a view to enabling both organizations to identify and envisage follow-up action in their respective programmes and provide to them enhanced support. The other partner organizations should do likewise vis-à-vis their governing bodies; the United Nations General Assembly should also be seized of the outcome of the World Conference on Science.

República de Colombia

Como es bien sabido, en 1991 se promulgó la nueva Constitución Colombiana, dentro de cuyos principios fundamentales, que informan todo el cuerpo normativo de la Constitución y a la luz de la cual ésta debe ser interpretada, consagró en su Artículo 7 el reconocimiento de la diversidad étnica y cultural.

Constitución Política de Colombia

Artículo 8: Es obligación del Estado y de las personas proteger las riquezas culturales y naturales de la nación.

Artículo 70: El Estado tiene el deber de promover y fomentar el acceso a la cultura de todos los colombianos en igualdad de oportunidades, por medio de la educación permanente, y la enseñanza científica, técnica, artística y profesional en todas las etapas del proceso de creación de la identidad nacional.

La cultura en sus diversas manifestaciones es fundamento de la nacionalidad. El Estado reconoce la igualdad y dignidad de todas las que conviven en el país. El Estado promoverá la investigación, la ciencia, el desarrollo y la difusión de los valores culturales de la nación.

Artículo 246: Las autoridades de los pueblos indígenas podrán ejercer funciones jurisdiccionales dentro de su ámbito territorial, de conformidad con sus propias normas y procedimientos, siempre que no sean contrarias a la Constitución y Leyes de la República.

Posteriormente el Convenio # 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) de 1989 fue ratificado por Colombia, por medio de la Ley 21 de 1991 y que hace referencia a los derechos de los pueblos indígenas y tribales en países independientes.

Ministerio de Salud de Colombia

La Resolución # 10013 del 24 de Septiembre de 1981 fue el primer pronunciamiento jurídico colombiano en relación con la salud y la medicina de los pueblos indígenas, aún vigente:

Resolución 10013 del Ministerio de Salud

Considerando:

...Que el derecho a la salud para las comunidades indígenas debe estar ligado al proceso productivo, a la vida social y cultural de la comunidad.

...Que las comunidades indígenas tienen estructuras socio-económicas autóctonas que es necesario comprender, valorar y respetar.

Resuelve:

Artículo Segundo: Los programas de prestación de servicios de salud de atención primaria que se desarrollan en comunidades indígenas deberán adaptarse a la estructura organizacional, política, administrativa y socio-económica, en forma tal que se respeten sus valores, tradiciones, creencias, actitudes y acervo cultural.

Artículo Tercero: Antes de iniciar cualquier Programa de Atención Primaria con participación de comunidades indígenas, deberá realizarse en cada una de éstas un estudio previo que permita conocer la situación cultural, socio-económica y sanitaria y su concepción mítica de la salud y la enfermedad.

Artículo Cuarto: Con base en el estudio al que se alude en el artículo segundo, se elaborarán modelos conducentes a prestar servicios eficaces de atención primaria de salud y a proponer la forma de integrar la medicina tradicional autóctona con la medicina institucionalizada.

Posteriormente se expidió el Decreto # 1811 de 1990, reglamentario de la Ley 10, en lo referente a la prestación de servicios de salud para las comunidades indígenas, el cual en sus considerandos establece:

Decreto # 1811 de 1990

... Que habita en Colombia un crecido número de comunidades indígenas de distinto origen étnico y en muy variadas circunstancias de orden económico, social y cultural, pero que requieren de una constante y eficaz prestación de servicios de salud;

... Que Colombia ha suscrito y ratificado diversos convenios y declaraciones de carácter internacional que comprometen su responsabilidad, no sólo en la protección de la vida y de los bienes físicos de estas comunidades, sino en el conjunto de su patrimonio cultural, de lengua, formas de organización social y económica,

tradición mítica y religiosa, técnicas de trabajo, educación y de salud, y demás especificaciones de su modelo de vida;

... Que el cumplimiento de las responsabilidades señaladas no sólo determina el éxito de los programas de salud que se presten a tales comunidades, sino la aplicabilidad y plena vigencia, entre los miembros de las comunidades indígenas, de los derechos y garantías fundamentales reconocidos en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, afirmada y ratificada por Colombia, especialmente aquellos a los que se refieren los artículos 1, 3 y 18 de dicha Declaración;

... Que, dentro del conjunto de los valores de las culturas indígenas, los conocimientos y destrezas propias de su medicina tradicional han hecho aportes de alto interés a la prevención y curación de ciertas enfermedades, y siguen cumpliendo un papel fundamental, tanto en la salud de las referidas comunidades, como en la supervivencia y el desarrollo de su vida comunitaria;

Con la formulación de la Constitución de Colombia, en 1991, se expide la Resolución # 5078 de 1992 en la que se adoptan normas en materia de medicinas tradicionales y según la cual: «es necesario establecer normas técnico-administrativas que se adecúen al carácter multiétnico y pluricultural de nuestro país y fomentar la interculturalidad, la participación social, la investigación y la interdisciplinariedad en todos los campos que tienen relación directa o indirecta con las Medicinas Tradicionales».

“Por la cual se adoptan normas técnico-administrativas en materia de Medicinas Tradicionales y Terapéuticas Alternativas y creó el Consejo Asesor para la conservación y desarrollo de las mismas.

EL MINISTERIO DE SALUD en ejercicio de sus atribuciones legales especialmente conferidas por la Ley 10 de 1990 y,

CONSIDERANDO:

Que la Constitución Política en sus artículos 7, 8 y 70 reconoce y protege la diversidad étnica y cultural de la Nación Colombiana, dispone que es obligación del Estado y de las personas la protección de riquezas culturales y naturales de la Nación, y establece que la cultura es el fundamento de la nacionalidad, reconociendo la igualdad y dignidad de todas las que viven en el país.

Que de acuerdo con lo consagrado en el artículo 8 de la Ley 10 de 1990, corresponde a este Ministerio dictar las normas técnico-administrativas. Que es necesario establecer normas técnico-administrativas que se adecuen al carácter multiétnico y pluricultural de nuestro país y fomentar la interculturalidad, la participación social, la investigación y la interdisciplinariédad en todos los campos que tienen relación directa o indirecta con las Medicinas Tradicionales y con las Terapéuticas Alternativas.

RESUELVE:

Artículo Primero: Definiciones: Para efectos de la presente Resolución se adoptan las siguientes definiciones:

Culturas Médicas Tradicionales: Son el conjunto de conocimientos, creencias, valores y comportamientos que se acostumbran ancestralmente en nuestras comunidades, para la prevención, diagnóstico, tratamiento y explicación de las enfermedades.

Terapéuticas Alternativas: Son el conjunto de procedimientos terapéuticos derivados de las diversas culturas médicas existentes en el mundo, empleados para la prevención, tratamiento, rehabilitación y explicación de las enfermedades.

Artículo Segundo: Corresponde a las Instituciones del Sistema de Salud:
 • Incentivar la investigación, la recuperación, el respeto y la revalorización de las Culturas Médicas Tradicionales y de las Terapéuticas Alternativas.

- Brindar información adecuada sobre distintas concepciones y métodos terapéuticos de las diversas culturas médicas a las personas que lo requieran y a las instituciones educativas en el área de la salud.
- Propiciar diálogos entre los servicios de salud y la comunidad para adecuar los servicios asistenciales a las particularidades culturales y sociales de cada región.
- Diseñar e implementar mecanismos de interacción entre los servicios institucionales de salud, las Culturas Médicas Tradicionales y las Terapéuticas Alternativas, sin menoscabo de ninguno de ellos, para la prestación de los servicios, especialmente en el Primer Nivel de Atención.

Artículo Tercero: El Ministerio de Salud promoverá y facilitará el intercambio de conocimientos entre los agentes de las Culturas Médicas Tradicionales, el personal institucional de salud y de los centros de educación formal e informal.

Artículo Cuarto: El Ministerio de Salud concertará con el Ministerio de Educación, el Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior (ICFES), las universidades y las instituciones educativas, el estudio y ubicación en sus contextos académicos de las Terapéuticas Alternativas y de las Culturas Médicas Tradicionales, así como los niveles de formación, condiciones y características de las instituciones educativas en este campo.

Artículo Quinto: El Ministerio de Salud promoverá la articulación al sistema de prestación institucional de servicios de salud de aquellos recursos y procedimientos de las Culturas Médicas Tradicionales y las Terapéuticas Alternativas, que en cada región resulten como consecuencia de acuerdo entre autoridades de salud y los representantes de las comunidades.

En el desarrollo del artículo anterior, las instituciones prestatarias de servicios de salud, podrán vincular profesionales con formación en Culturas Médicas Tradicionales y Terapéuticas Alternativas, buscando la complementación de los distintos saberes.

Artículo Sexto: El Ministerio de Salud fomentará la realización de eventos en los que se examinen las experiencias de desarrollo de las Culturas Médicas Tradicionales y de las Terapéuticas Alternativas, los procesos de fundamentación académicas, de reconocimiento y legitimación social que han tenido lugar, las legislaciones que regulen su ejercicio, así como el uso de productos naturales.

Artículo Séptimo: Créase el Comité Asesor para el desarrollo de las Culturas Médicas Tradicionales y Terapéuticas Alternativas, el cual está integrado por:

- El Ministro de Salud o su delegado, quien lo presidirá.
- Un representante del Instituto Colombiano de Antropología.
- Un representante de cada una de las organizaciones indígenas de carácter nacional.
- Un representante de las agremiaciones de médicos practicantes de las terapéuticas alternativas.
- Un representante de las agremiaciones de homeópatas.
- Un representante de las Facultades de las Ciencias de la Salud.
- Un delegado de la Subdirección de Servicios Asistenciales de la Dirección Técnica General del Ministerio de Salud.
- Un delegado de la subdirección de Recursos Humanos del Ministerio de Salud.

Artículo Octavo: El Consejo creado en el artículo anterior tendrá las siguientes funciones:

- Proponer las políticas, estrategias y programas para la promoción y el desarrollo de las Culturas Médicas Tradicionales y de las Terapéuticas Alternativas.
- Proponer las competencias técnicas necesarias para la formación de personal en este campo.
- Proponer una reglamentación sobre aspectos éticos atinentes al ejercicio de estas disciplinas.
- Proponer mecanismos de control de calidad de servicios y de las sustancias terapéuticas empleadas.

Artículo Noveno: El Ministerio de Salud gestionará ante el Ministerio de Hacienda la provisión de los recursos necesarios para su presupuesto ordinario, para incentivar la investigación, recuperación y difusión, la formación de personal y la realización de experiencias de articulación a la prestación de servicios de las Culturas Médicas Tradicionales y de las Terapéuticas Alternativas.

Artículo Décimo: La presente Resolución rige a partir de la fecha de su publicación.

Publíquese, Comuníquese y Cúmplase

Dada en Santafé de Bogotá, D. C.

A los 30 días del mes de Junio de 1993.

Camilo González Posso, Ministro de Salud."

Discusión y conclusiones

A lo largo del presente documento hemos presentado una revisión más o menos exhaustiva de la historia y el desarrollo de la investigación sobre la *medicina tradicional*, considerada como un fenómeno cultural y médico todavía presente en gran parte del mundo moderno.

En primer lugar, observamos que aún persisten modelos de medicina tradicional vigentes en el uso cotidiano de casi el 70% de la población mundial, de acuerdo con los datos de la Organización Mundial de la Salud. A pesar de haberse instalado el sistema médico occidental en las estructuras políticas de casi todos los países, la pervivencia de la llamada medicina tradicional se convierte en un reto y en una oportunidad para mejorar la cobertura y la calidad de la atención en salud.

La coexistencia de la medicina moderna y las medicinas tradicionales refleja la fortaleza y el arraigo que tales tradiciones poseen en relación con el manejo de la salud y la enfermedad. No obstante encontrar profundas diferencias conceptuales y al parecer de orden científico, la persistencia histórica de la medicina tradicional se convierte, por sí misma, en un argumento de validación científica.

Para la ciencia moderna la aproximación y el estudio de la medicina tradicional se convierte en un reto importante y exige la construcción de nuevas herramientas científicas. Correspondió a la antropología y las ciencias sociales en general abrir la reflexión sobre el tema y sus aportes siguen siendo pilares de la discusión científica, sobre todo al destacar la relación entre cultura y salud. Posteriormente las ciencias biológicas y ambientales han hecho aportes complementarios, dejando consignada la importancia de la relación entre la naturaleza y la salud.

Corresponde ahora a las ciencias de la salud tomar posición científica frente a la medicina tradicional, para poder acoger el llamado de las organizaciones internacionales que insisten en incorporar los conocimientos tradicionales a los modelos de prestación de servicios de salud.

Es por eso que la primera tarea consiste en consolidar un marco conceptual adecuado, en el que más que una simple mirada a "la medicina tradicional", se comprenda que existen sistemas de medicinas tradicionales, complejos, coherentes, estructurados y eficaces. Por eso preferimos hablar ya no de medicina tradicional sino de sistemas médicos tradicionales.

Dicha aproximación exige ampliar los parámetros del modelo biomédico actual, para abrirnos a la elaboración de Perfiles Culturales de la Enfermedad, para incorporar la hermenéutica y el funcionalismo como herramientas científicas, para establecer una nueva semiología comunitaria y para proponer un verdadero diálogo intercultural como único camino válido para la comprensión de los sistemas tradicionales de salud.

Sin perder los fundamentos del pensamiento médico occidental, contemplamos a los sistemas médicos tradicionales desde el análisis de cinco elementos: a) el concepto de salud y enfermedad, b) el diagnóstico, c) el tratamiento, d) la prevención, y e) la modalidad de la praxis. Todos ellos están encaminados a comprender la forma de funcionamiento y la estructura del conocimiento que sustenta a los sistemas médicos tradicionales, pero se enfrentan aún al reto fundamental de evaluar su eficacia.

Por eso se hace preciso comprender los arraigos culturales, ambientales y socioeconómicos de los sistemas médicos tradicionales, ya que la salud rebasa la noción de cuerpo, para abarcar también las relaciones con los demás, con la naturaleza, con la cultura y con el sentido de trascendencia.

Nace entonces la necesidad de abordar los sistemas médicos tradicionales, sin perder sus horizontes culturales y biológicos, desde una pers-

pectiva médica. Por esta razón surge en el panorama académico mundial la disciplina conocida con el nombre de *etnomedicina*. En efecto, el etnobotánico Iwu (1993) en la Universidad de Illinois lo propone para el estudio de la medicina tradicional africana y Kaptchuk y Eisenberg (2001) desde la Universidad de Harvard lo incluyen en su reflexión sobre el pluralismo médico de los Estados Unidos.

El término *etnomedicina* adquiere cada vez más resonancia en el mundo académico y tal vez el avance más importante para la consolidación de la etnomedicina lo constituyó la conformación de la Sociedad Ítalo-Americano de Etnomedicina, con la participación del Instituto Ítalo-Americano -IILA-, único organismo intergubernamental en el cual participan 20 países latinoamericanos y un país europeo, colocándose como punto de encuentro y referencia para hombres de ciencia y de cultura latinoamericanos e italianos, que en los últimos años han dado vida a importantes intercambios de conocimientos y de experiencias, a través de grupos de investigación y formas de colaboración interuniversitaria (Osio, 1997).

Con la realización de la Línea de Investigación Cultura, Biodiversidad y Salud, realizada en el marco del Observatorio de la Vida de la Universidad El Bosque, se han cumplido los objetivos de incorporar la academia, con miras a incidir en la formación de profesionales que tengan nuevos elementos de reflexión y de abordaje, para que amplíen su campo de acción. Se presentó una propuesta de especialización que todavía no ha tenido la suficiente aceptación y por lo tanto se aplaza para una etapa posterior, cuando haya más fundamentación y mejor conocimiento del tema.

No obstante, las limitaciones del diálogo académico nos llevaron a comprender que la tarea inicial más importante consistía en aportar los elementos conceptuales para comprender los sistemas médicos tradicionales y la consolidación de la etnomedicina como disciplina científica. De allí que el presente documento se haya centrado en este propósito y constituye apenas un primer paso para el abordaje de la complejidad en las relaciones entre cultura, biodiversidad y salud. El aporte a la reflexión en el marco del Observatorio de la Vida, sin embargo, apunta a una

visión más integral y sistémica de la salud, la enfermedad y, en última instancia, de la Vida.

Siguiendo a Roesch (1993) queremos afirmar: "Para que la medicina occidental sea capaz de dialogar verdaderamente con otros sistemas médicos necesita que se permita una crítica y una práctica autocrítica. No es posible dialogar con base en la igualdad cuando no se acepte ser criticado y sí criticar."

La realización del Primer Seminario Internacional de Etnomedicina, con el concurso de diez invitados internacionales y 18 conferencistas nacionales, permitió poner en evidencia la importancia y actualidad del tema. Las memorias de dicho Seminario, junto con el presente Documento son pues el aporte final de la Línea de Investigación: La Etnomedicina está llamada a ocupar un lugar importante en la academia y los servicios de salud.

Con la realización de la Línea de Investigación Cultura, Biodiversidad y Salud, realizada en el marco del Observatorio de la Vida de la Universidad El Bosque, se han cumplido los objetivos de incorporar la academia, con miras a incidir en la formación de profesionales que tengan nuevos elementos de reflexión y de aporte, para que amplíen su campo de acción. Se presentó una propuesta de especialización que todavía no ha tenido la suficiente aceptación y por lo tanto se aplaza para una etapa posterior, cuando haya más fundamentación y mejor conocimiento del tema.

No obstante, las limitaciones del diálogo académico nos llevaron a comprender que la tarea inicial más importante consistía en aportar los elementos conceptuales para comprender los sistemas médicos tradicionales y la consolidación de la etnomedicina como disciplina científica. De allí que el presente documento se haya centrado en este propósito y constituye apenas un primer paso para el aporte de la complejidad en las relaciones entre cultura, biodiversidad y salud. El aporte a la reflexión en el marco del Observatorio de la Vida, sin embargo, apunta a una

Referencias Bibliográficas

- BARRÍA Cristina, La psiquiatría transcultural en Chile, en: *Enfoques de Atención Primaria, PAESMI*, Santiago de Chile, 1988.
- BENSON Herbert, *Curados por la fe*, Editorial Norma, Bogotá, 1996.
- BURGOS Hugo, *Medicina campesina en transición*, Editorial Abya Yala, Quito, 1992.
- CHIAPPE Mario, LEMLIJ Moisés, MILLONES Luis, *Alucinógenos y shamanismo en el Perú contemporáneo*, Ediciones El Virrey, Lima, 1985.
- Comisión del Acuerdo de Cartagena, *Decisión # 396: régimen común acceso a los recursos genéticos*, Caracas, Julio 2 de 1996.
- COPPO Piero, *Los que curan a los locos: encuentros con la sabiduría de un pueblo africano*, Ediciones Península, Barcelona, 1998.
- ESTRELLA Eduardo, *Plantas medicinales amazónicas: realidad y perspectivas*, Tratado de Cooperación Amazónica, Lima, 1995.
- FERNÁNDEZ Gerardo, *Médicos y Yatiris: salud e interculturalidad en el altiplano Aymara*, Cuadernos de Investigación, OPS/OMS, La Paz, 1999.
- FERRE Lola, Introducción, en: Maimónides Obras Médicas, Ediciones El Almendro, Madrid, 1991.
- FRAWLEY David, Lad Vasant, *The yoga of herbs: An Ayurvedic Guide to herbal medicine*, Lotus Press, Wisconsin, 1992.

- GREBE Ester, La medicina tradicional: Una perspectiva antropológica, en: *Enfoques en atención primaria*, Volumen 3, # 3, Santiago de Chile, 1988.
- HERRERA Xochitl y LOBOGUERRERO Miguel, *Antropología médica y medicina tradicional en Colombia*, Etnollano, Bogotá, 1988.
- IDOYAGA Anatilde, Etnomedicina y cosmovisión, en: *Etnomedicina: progresos italo-americanos*, Unicef, Sociedad Ítalo-Latinoamericana de Etnomedicina, Quito, 1997.
- Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior, *Memorias del simposio de etnobotánica, IV congreso latinoamericano de botánica*, ICFES, Bogotá: 1987.
- IWU Maurice, *Handbook of African medicinal plants*, CRC Press, Boca Ratón (USA), 1993.
- KAPTCHUK T. and EISENBERG D., Varietes of Healing. 2: A Taxonomy of Unconventional Healing Practices, *Annals of internal medicine*, Volume 135, Number 3, August, 2001.
- LAD Vasant, *Ayurveda: La ciencia de curarse uno mismo*, Ediciones Continente, México, 1988.
- LOZOYA, Xavier, La medicina tradicional de México en la perspectiva de fin de siglo, En: *Cultura y salud en la construcción de las Américas: reflexiones sobre el sujeto social*, Instituto Colombiano de Antropología, Comitato Internazionale per lo Sviluppo del Popoli, Bogotá, 1993.
- MAIMÓNIDES, Obras médicas, Ediciones El Almendro, Madrid, 1991
- Organización Mundial de la Salud, *Promoción y desarrollo de la medicina tradicional*, Ginebra, 1978.

- Organización Panamericana de la Salud, Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas de Salud Tradicionales, División de Desarrollos de Sistemas y Servicios de Salud de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Plan de Acción 1995-1998, Washington, 1995.
- OSIO Bernardino, El Instituto Ítalo-Latinoamericano y la Etnomedicina, en: *Etnomedicina: progresos italo-americanos*, Vol. II, UNICEF, Sociedad Ítalo-Latinoamericana de Etnomedicina, Quito, 1997.
- PÁRAMO Guillermo, Prólogo, en: *La noche, sus dueños*, Garzón Cristina, Macuritofe Vicente, Ediciones COA, Bogotá, 1992.
- PEDERSEN Duncan, Elementos para el análisis de los sistemas médicos, en: *Enfoques en atención primaria*, Año 4, # 1, Santiago de Chile, 1989.
- PLOTKIN Mark, Ethnomedicine: past, present and future, en: *Natural Resources and Human Health -Plants of medicinal and nutritional value-*, Amsterdam: 1992.
- REICHEL Dolmatoff Gerardo, *Chamanes de la selva pluvial*, Themis Books, London, 1997.
- SÁNCHEZ Enrique, PARDO María, FLORES Margarita y FERREIRA Paola, *Protección del conocimiento tradicional: elementos conceptuales para una propuesta de reglamentación*, Instituto de Investigaciones Biológicas Alexander Von Humboldt, Bogotá, 2001.
- SÁNCHEZ Miguel Ángel, *Historia, teoría y método de la medicina: introducción al pensamiento médico*, Editorial Masson, Barcelona: 1999.
- TSUMURA Akira, KAMPO: How the Japanese Updated Traditional Herbal Medicine, Japan Publications, Japan, 1991.

Unión Mundial para la Naturaleza, Organización Mundial de la Salud, Fondo Mundial para la Vida Silvestre (IUCN, OMS, WWF), Directrices sobre conservación de plantas medicinales, Castle Cary Press, Somerset, Reino Unido, 1993.

World Health Organization, *General guidelines for methodologies on research and evaluation of traditional medicine*, Geneve, 2000.

World Health Organization, *Traditional medicine and health care coverage*, Geneva, 1983.

World Health Organization, *Traditional Medicine Strategy, 2002-2005*, Geneve, 2002.

ZULUAGA Germán, AMAYA Carolina, Diagnóstico de salud en San Agustín (Huila), en: *Universitas humanística*, Pontificia Universidad Javeriana, Vol. 18, # 30, 1989

ZULUAGA Germán, *Botánica médica: contribución al estudio científico de las plantas medicinales*, Corpes de Occidente, Instituto Colombiano de Cultura Hispánica, Bogotá, 1992.

ZULUAGA Germán, *Botánica médica: contribución al estudio científico de las plantas medicinales*, Corpes de Occidente, Pereira, 1992.

ZULUAGA Germán, *Cultura, naturaleza y cultura: Hacia una reflexión interdisciplinaria en la Universidad*, Informe de Avance, Observatorio de la Vida, Universidad El Bosque, Bogotá, 2001.

ZULUAGA Germán, *El aprendizaje de las plantas: en la senda de un conocimiento olvidado*, Excelsior Editores, Bogotá, 1994.

ZULUAGA Germán, *Uso de plantas amargas en la medicina tradicional*, en: Resúmenes Congreso Nacional de Fitoquímica, Cali, 1991.

ISBN 958-8077-54-0



UNIVERSIDAD EL BOSQUE

"POR UNA CULTURA DE LA VIDA, SU CALIDAD Y SU SENTIDO"



DIVISIÓN DE HUMANIDADES

Transversal 9A Bis No. 132-55 • Tels.: 633 1368 - 633 1320 • Fax: 625 2030
E-mail: unibosque@unbosque.edu.co <http://www.unbosque.edu.co> • Bogotá, D.C. - Colombia