

Hacia una medicina transcultural: Reflexiones y propuestas a partir de la experiencia en Takiwasi

**Towards a transcultural medicine:
Reflections and proposals based on the experience in Takiwasi**

Jacques Mabit Bonicard*

Centro Takiwasi
Tarapoto, Perú

Jesús M. González Mariscal**

Centro Takiwasi
Tarapoto, Perú

Resumen

El panorama actual de las medicinas en un mundo globalizado en crisis invita a la reflexión de la forma en cómo se están produciendo los encuentros y desencuentros entre las diferentes lógicas de tradición y modernidad en el ámbito de la salud. La medicina tradicional indígena, donde el chamanismo suele jugar un papel fundamental, aparece en esta encrucijada como un ámbito privilegiado para el análisis y la producción de nuevos modelos en torno al bienestar y el buen vivir. Este texto plantea una propuesta explícita de diálogo intercultural dirigido hacia la apertura de un paradigma transcultural para la construcción de una medicina a la altura de los nuevos desafíos de las sociedades contemporáneas. La necesaria reflexión epistemológica, el análisis de la realidad social y las relaciones de poder implícitas, la ética, la lógica de la articulación y la apertura a la complejidad del ser humano y la vida, son sus elementos principales.

Palabras Clave: interculturalidad, chamanismo, medicina tradicional, epistemología, transcultural

Abstract

The current picture of medicines in a globalized world in crisis invites to reflect on how are matching or disagreeing different logics of tradition and modernity in the field of health. Traditional indigenous medicine, where shamanism often plays a key role, appears at this juncture as a privileged environment for the analysis and production of new models around wellness and good living. This paper presents an explicit proposal for intercultural dialogue in order to open a transcultural paradigm for building a medicine to meet the new challenges of contemporary societies. The necessary epistemological reflection, the analysis of the social reality and power relations implied, ethics, the logic of articulation and openness to the complexity of the human being and the life, are its main elements.

Keywords: interculturality, shamanism, traditional medicine, epistemology, transcultural

Recibido: 6 de abril de 2013

Aceptado: 15 de diciembre de 2013

Este artículo está basado en la conferencia “*Articulación de las Medicinas Tradicionales y Occidentales: el Reto de la Coherencia*” que el Dr. Jacques Mabit expuso para el Seminario-Taller regional sobre Políticas y Experiencias en Salud e Interculturalidad, organizado por el Ministerio de Salud Pública y Unidad de Desarrollo del Norte, en Quito, junio 2004.

Introducción

Takiwasi es un centro pionero en la construcción de un modelo terapéutico intercultural para el tratamiento de las adicciones. Un equipo multidisciplinario de médicos, psicólogos y curanderos trabajan en conjunto para el restablecimiento de la salud de los pacientes que acuden a esta particular Comunidad Terapéutica. Su fundador y actual presidente Jacques Mabit, doctor en medicina por la Universidad de Medicina y Técnicas Médicas de Nantes (Francia), estudió Patología Tropical en Bélgica (IMT-Anvers) y Naturopatía en un programa académico de la Universidad de París XIII (Bobigny). Estas dos últimas especialidades fueron las que le permitieron comenzar a establecer relaciones más cercanas con los practicantes de medicina tradicional de los países del Sur. En el marco de un convenio franco-peruano, fue director del pequeño Hospital de Lampa en el Altiplano del Perú durante 3 años (1980-83). Debido a las extremas limitaciones logísticas, de recursos humanos y técnicos que encontraron en este hospital, se vieron empujados a acudir a los recursos locales disponibles fuera de la institución de salud. En ellos descubrieron la riqueza de la medicina tradicional indígena peruana. Organizaron un Comité Multisectorial de la Salud que articuló actores procedentes de diferentes sectores profesionales (agricultura, justicia, educación, etc.) y socio-culturales (indígenas quechuas, blancos y mestizos; hombres y mujeres; campesinos y profesionales, etc.). Posteriormente, el Dr. Mabit redactó su tesis para el Doctorado en Medicina a propósito de esta experiencia, desarrollada dentro de los lineamientos de la Salud Primaria promovida por la OMS. Gracias a ello, en el diálogo y trabajo compartido con curanderos, parteros y parteras, sobadores (hueseros) y demás especialistas, descubrió la eficacia y eficiencia de sus conocimientos, así como la pericia en sus respectivos campos y el servicio real prestado a las comunidades. Al mismo tiempo, reconoció que estos saberes tradicionales cuyos resultados tenía a la vista no correspondían a categorías nosográficas, diagnósticas ni terapéuticas transmitidas por la enseñanza universitaria, sino que se situaban en una especie de ángulo muerto, una zona ignorada para la medicina occidental.

Después de la experiencia en el Perú, asumió durante dos años misiones de evaluación de proyectos de salud a cuenta de diversas ONGs europeas. De esta mane-

ra, visitó y trabajó en zonas deprimidas de diversos países del mundo (Burkina-Faso, Túnez, Filipinas, Bangladesh,...), donde continuó reconociendo la presencia y relevancia de la medicina tradicional bajo formas culturales diferentes, representando un recurso esencial para las poblaciones.

En 1986 decidió comenzar la exploración desde dentro de las prácticas de medicina tradicional, ya que los informes del ámbito antropológico, de una manera general, no daban cuenta del porqué de la eficacia de estas prácticas. En algunas casos, incluso se caía en el desprecio o la reducción a meras creencias locales sin mayor incidencia. Escogió para ello la zona de la selva alta de la Amazonía peruana, introduciéndose en la escuela de los maestros curanderos de esta región, mestizos e indígenas quechuas lamistas y chazutinos inicialmente. Al cabo de 6 años de dedicación a tiempo completo al aprendizaje y auto-exploración de estos conocimientos, decidió fundar un Centro que demostrase la posibilidad de articular eficientemente el saber occidental y el saber indígena.

El Dr. Mabit observó que los toxicómanos locales, jóvenes indígenas atrapados en el consumo abusivo de drogas, iban a curarse con sus curanderos. El departamento de San Martín fue la primera zona de producción de derivados tóxicos de la hoja de coca y narcotráfico de América Latina en los años 80. Una cuantiosa parte de la población de la región cayó en esta nueva patología ajena culturalmente, la toxicomanía. Sorprendentemente, los médicos tradicionales adaptaron su práctica al nuevo mal, empleando diversas plantas medicinales desintoxicantes y algunas otras con efectos psicoactivos como la ayahuasca. De esta manera, el Dr. Mabit se encontró con un enfoque totalmente diferente en el tratamiento de las drogodependencias, que consideraba que la modificación del estado de conciencia de las personas no es negativa en sí misma, sino que depende principalmente del modo de inducción, pudiendo resultar incluso extremadamente curativa. Conociendo los pésimos resultados de los tratamientos convencionales de las adicciones, decidieron escoger esta patología como punto focal de la demostración del interés en la articulación de las diferentes medicinas. Como resultado, el Centro Takiwasi se constituyó legalmente como un centro de Rehabilitación de Toxicómanos y de Investigación de Medicinas Tradicionales en 1992, siendo reconocido por el Ministerio de Salud del Perú.

Además de recibir pacientes adictos en residencia (unos 1000 hasta la fecha), Takiwasi implementó progresivamente seminarios y dietas, con la idea de ofrecer una respuesta sensata al creciente interés en el ámbito del chamanismo y las plantas sagradas. A ellos acuden personas de todos los horizontes en búsqueda de auto-conocimiento, que encuentran en el modelo terapéutico propuesto una manera de “iniciación” al descubrimiento de su mundo interior. Tanto los pacientes como los “se-

minaristas”, “dietadores” y visitantes que pasan por el centro a lo largo del año, son de procedencias muy diversas, llegando en la mayoría de los casos de América Latina y Europa. Así, Takiwasi se ha convertido en un referente internacional para las personas que quieren conocer el chamanismo de la selva alta del Amazonas en un contexto seguro, confiable y honesto, donde un equipo de médicos, psicólogos y curanderos trabajan en conjunto para ofrecer una expresión digna del encuentro entre las medicinas. Por otro lado, Takiwasi también ha organizado varios encuentros entre maestros curanderos de diferentes regiones, cobrando una significativa relevancia en el mundo de la medicina tradicional latinoamericana (ver Anexo 1 y 2). En Octubre de 2013, Takiwasi reunió a investigadores, psiquiatras, médicos, antropólogos, psicólogos y diferentes especialistas de la salud y el chamanismo para la construcción del primer protocolo de investigación científica de los efectos del uso de la ayahuasca y la medicina tradicional amazónica en las adicciones.

Panorama actual del campo de las medicinas

El gran defensor de las medicinas tradicionales en el Perú, el Dr. Fernando Cabieses (2003), neurocirujano y fundador del Instituto Nacional de Medicinas Tradicionales del Ministerio de Salud del Perú, nos advierte que la cuestión de la integración o articulación de las medicinas tradicionales a la salud pública es un terreno que arde con enfrentamientos dogmáticos, intereses largamente establecidos y territorios airadamente disputados. Nos encontramos, de entrada, ante un terreno minado.

La primera cuestión a tener en cuenta para ir comprendiendo las dificultades de este complejo territorio es el carácter ilusorio de los dos supuestos campos fijos y delimitados de la medicina tradicional y la medicina occidental. Entendemos que ambas categorías están compuestas de entidades que desbordan estas mismas categorías sobremanera. Por tanto, si bien sirven como referentes didácticos, en la realidad sus fronteras siempre aparecen difusas, imprecisas, nunca definidas, concisas y estables sino en continuo movimiento, siendo atravesadas por un incesante diálogo. Por principio, las medicinas son dinámicas, evolucionan, agregan nuevos conocimientos, modifican otros, abandonan los que consideren obsoletos... y ese principio lo comparten todas las formas de práctica terapéutica. Además de esto, las medicinas tradicionales están marcadas por un carácter plural debido a la diversidad de sus manifestaciones, así como a los diferentes marcos conceptuales que las contienen, incluso dentro de un mismo territorio nacional. No existe ninguna categoría definida que se pueda llamar “medicina tradicional”, si acaso, podríamos hablar de “medicinas tradicionales” como un concepto siempre abierto, dinámico e inacabado.

Por otro lado, la medicina moderna es asociada generalmente al modelo alopático dominante, aunque cada vez veamos con más frecuencia cómo se están introduciendo prácticas no alopáticas en los hospitales estatales del Norte (Di Raimundi, 2013). Numerosos médicos formados en la escuela alopática agregan posgrados no convencionales a su formación, abriendo una brecha en la lógica interna de sus concepciones iniciales. La misma medicina moderna es heredera de medicinas tradicionales de diferentes orígenes (desde celta hasta árabe), nutriéndose incluso de conocimientos botánicos de los chamanes americanos (Furst, 1976; Cabieses, 2007; Schultes y Hoffman, 2002). La lista de medicinas “paralelas” o “alternativas” alcanza más de 300 disciplinas en el nuevo listado del NIH, el Instituto Nacional de la Salud de U.S.A. Un número cada vez mayor de médicos alópatas articulan sin problemas otras especialidades, como la homeopatía o la terapia neural, a sus recursos terapéuticos, aún perteneciendo a modelos conceptuales distintos. ¿Qué pensar cuando un médico convencional ejerce una medicina tradicional de otra cultura (como la acupuntura china) en una clínica modernísima? O cuando un odontólogo usa la hipnosis para anestesiarse a su paciente.

De igual manera, nos encontramos con terapeutas occidentales que han acudido al chamanismo, al curanderismo o la medicina tradicional indígena para enriquecer sus concepciones de la salud y la enfermedad, enriquecer sus prácticas terapéuticas (Nathan 1999; Coppo, 1999; Abbott y Hui, 2010). Sin embargo, frente a esta realidad híbrida, “mestiza”, mezclada, dinámica, existen permanentes intentos absurdos de querer fijar límites precisos para poder plasmar sobre esa fantasía discursos radicales. Los conceptos simplistas del radicalismo requieren siempre de un sistema dual que permita satanizar o idealizar lo “otro” bajo las reglas del juego proyectivo. La tentación del simplismo nace de la rigidez mental y ella muchas veces proviene del miedo a los cambios, a la apertura, al inagotable genio de la vida que se ríe de esquemas y sistemas cerrados. Para construir una manera de pensar abierta a lo complejo, al articular, asociar, vincular e integrar sistemas dinámicos en un conjunto vital, el peor enemigo es la rigidez mental y el subyacente miedo a lo nuevo y al discurrir de la vida cambiante sin cesar. En una operación de esta envergadura, nadie saldrá indemne, intacto. El abandono de los dogmas nos lleva al encuentro con la postura individual que nos sostiene frente a un mundo caótico, relativo, en proceso permanente de creación.

Por este sendero se deja entrever un nuevo horizonte del proceso de articulación que llamamos interculturalidad o transculturalidad. Si bien la interculturalidad nos permite cohabitar con diferentes y hasta contradictorios paradigmas, lo que no deja de ser un ejercicio de equilibrio bastante difícil y a veces agotador, queremos visibilizar la necesidad contemporánea de ir más allá de lo

“cultural” para encontrarnos en el terreno de lo puramente humano y transcultural. ¿Qué nos une más allá de las formas culturales? ¿Qué nos hace pertenecer a la misma familia humana? ¿Qué nos define como humanos? ¿Qué medicina se puede concebir más allá de las fronteras culturales, sin la necesidad de borrarlas, para poder alcanzar los sustratos fundamentales de nuestra naturaleza profunda?... ¿Seres vivos?, ¿seres de naturaleza espiritual?, ¿seres trascendentes?, ¿seres dotados de inteligencia?

El desafiante reto entonces supone dar a luz un nuevo paradigma que nazca de la fecundación entre ambos modelos, “tradicional” y “occidental”, con todos los matices que señalamos anteriormente (Llamazares, 2011). Consideramos que para ello es necesario trabajar al menos en dos niveles complementarios: a nivel individual, donde cada cual tiene que enfrentarse con la rigidez interna que contribuye a bloquear el surgimiento de nuevas formas inspiradoras de vida y salud colectiva; y a nivel conceptual y global, para la identificación de los dogmas colectivos inconscientes que rigen nuestro pensar y actuar individual (y nuestras medicinas en nuestro caso particular). De esta manera, podremos descubrir los espacios de convergencia entre los diferentes paradigmas, dar el salto cualitativo de conciencia, individual y colectivo a la vez, que nos permita salir del estado permanente de ignorancia acerca de nosotros mismos.

La necesaria relación: ¿confrontación o articulación?

A pesar de la reflexión anterior acerca de las dificultades que implica la categorización cerrada de las diferentes prácticas médicas en el panorama actual, por comodidad de lenguaje y didáctica, asumiremos que existen esencialmente esas dos grandes corrientes: la medicina occidental y la medicina tradicional.

En términos generales, es considerado que la medicina occidental corresponde a los países desarrollados y la medicina tradicional a los países en vías de desarrollo (Pérez y Argueta, 2011). Queremos realizar dos observaciones al respecto. Por un lado, la diferenciación entre regiones basada en los supuestos niveles de desarrollo económico presenta contradicciones y debilidades. Este planteamiento es construido sobre el mito del desarrollo permanente, de un progreso sin fin, uno de los axiomas principales del pensamiento occidental (Iggers, 1965). Sabemos ahora que el crecimiento económico al estilo occidental es inaplicable en todo el planeta por sus altos costos sociales, energéticos y ecológicos. Es más, de las propuestas del “desarrollo sustentable” se está pasando a las del “decrecimiento necesario” de las sociedades occidentalizadas para evitar el agotamiento de los recursos del planeta (Latouche, 2003). Por otro lado, se sobreentiende que la medicina occidental está más desarrollada que la medicina tradicional y, por tanto, que la medicina

tradicional sólo sobrevive por el estado de “atraso” en un proceso de inevitable “desarrollo” (Martín, 1990). De esta manera, es tan solo cuestión de tiempo que la medicina occidental suplante a las prácticas tradicionales, consideradas un vestigio de la ignorancia y el subdesarrollo. Como consecuencia de todo ello, las personas que proponen prestar atención a las medicinas tradicionales muchas veces pasan por ser consideradas retrógradas y, en el caso de ser occidentales, se sospechará que quieran mantener intencionalmente en el “atraso” a los pueblos del Sur, negándoles el acceso a la modernidad.

Queremos señalar el error conceptual que consiste en creer que se defienden y escogen las medicinas tradicionales por carencias de las capacidades económicas o técnicas, asumiendo así que las medicinas modernas representan el fin ideal, evidente y natural de éstas. Veamos brevemente cuál es la situación actual de la medicina occidental y su relación con el mito del progreso sin fin en la que es concebida. Daremos tan sólo algunas breves pistas, pues merecería un largo desarrollo tratar el tema con detalle.

Como mencionamos, la idea de que la medicina occidental es un atributo del primer y segundo mundo mientras el tercer mundo se tiene que contentar con prácticas “atrasadas” indígenas ya ni siquiera cuadra con las nuevas categorías de estos “mundos”. Desde los años 80 apareció la noción de un “cuarto mundo” en los países desarrollados (Wresinsky, 1987). Este mundo está constituido por los millones de personas sin empleo y en situación material de suma precariedad que habitan en ellos. Son las personas que no acceden fácilmente a los servicios de salud modernos por no estar a su alcance. Paradójicamente, en Estados Unidos el 40% de su población no puede acceder a las medicinas más avanzadas (Wilkinson, 1996).

El debilitamiento del ser humano por el estilo de vida occidental, sumamente estresante y enfermizo, genera un crecimiento de un 15% cada 10 años en patologías neurodegenerativas y de inmunodeficiencia (cáncer, enfermedades auto-inmunes, sida, Alzheimer, Parkinson...) (Pritchard, Baldwin y Mayers, 2004; Grosman, 2011). El debilitamiento neurofisiológico provoca un recrudecimiento de enfermedades emergentes infecciosas: un estudio de Jones et al. (2008) publicado en *Nature* señala que se multiplicaron por 4 en los últimos 50 años, con una significativa aceleración a partir de los años ochenta. Además, el desplome de las resistencias del “terreno” del ciudadano moderno expuesto a una toxicidad ambiental creciente (química, electro-acústica, sonora, visual, psico-emocional) facilitó el surgimiento de numerosas patologías antes desconocidas y no infecciosas que entran igualmente en la categoría de enfermedades emergentes y dejan a los pacientes sin respuesta terapéutica satisfactoria (Cambayrac, 2007). Sin tratamiento efectivo en esas patologías, la prescripción de medicamentos paliativos anti-sintomáticos (analgésicos,

psicotrópicos, corticoides, etc.) va en aumento, generando dependencias siempre crecientes. La degradación de las funciones fisiológicas conduce a millones de personas en todo el mundo a un estado permanente de dependencia a los medicamentos, siendo los fármacos la segunda adicción a nivel mundial luego del cannabis. Es este grueso de población al que han caracterizado recientemente como “quinto mundo”. La miseria fisiológica ya no es exclusividad de las personas desnutridas del Sur sino también de las malnutridas del Norte.

Otra de las características que definen dramáticamente este tipo de medicina es la iatrogenia o consecuencias dañinas de las prácticas médicas, que alcanza cifras increíblemente altas. Por ejemplo, en el Hospital de Nancy en Francia, en el servicio de geriatría, se estima que el 50% de los ancianos tiene alguna complicación debida a tratamientos anteriores. En los servicios de emergencia de Inglaterra, entre el 18 y el 25% de los casos se deben a efectos de medicamentos mal usados (sobredosis, mezclas con alcohol, etc.). Es de notar además que son cifras oficiales que probablemente subestimen la realidad de los hechos. Los servicios de cirugía, con su asepsia extrema, inducen la selección de gérmenes extremadamente virulentos y se vuelven los lugares de mayor riesgo de sobre-infección grave (septicemia). Las enfermedades nosocomiales (hospitalarias) experimentan una verdadera explosión, representando el 20% de las 335 enfermedades emergentes estudiadas por Jones (2008). Las consecuencias de la iatrogenia son tales que Starfield (2000) afirma que se producen de 225.000 a 280.000 muertes al año en Estados Unidos por causa de ésta. La práctica médica es la tercera causa de muerte en este país, a la cual hay que agregar las consecuencias no directamente letales como las discapacidades, las patologías crónicas o la dependencia a fármacos. El mismo autor señala que del 20% al 30% de las prescripciones médicas son contraindicadas. A la vista de estos datos podemos afirmar que la práctica médica moderna genera de manera innegable altos costos sociales y económicos.

Son tales los gastos abismales de la medicina occidental, que los mismos países desarrollados no están pudiendo costearlos (Grosman, 2011). Los costos de salud han subido un 2000% en los últimos 50 años en Estados Unidos (Schieber et al., 2009). Los seguros médicos se vuelven cada día más restringidos en sus servicios, descartando las crecientes poblaciones de riesgo y rechazando asumir muchas veces las patologías crónicas que saben incurables por la terapéutica moderna (las enfermedades degenerativas, toxicomanía, patología mental, etc.).

La población de los países desarrollados empezó hace unos 30 años a desconfiar de las promesas del sistema médico, especialmente por las expectativas no cumplidas frente a ciertas enfermedades como el cáncer, que mata a una de cada cuatro personas en el Norte y a

nivel mundial es responsable del 13% de la mortalidad global (Jemal et al., 2011). La propaganda oficial anuncia cada 5 o 10 años su cura inminente: el cáncer es de origen infeccioso, luego viral, luego genético... pero la mortalidad general por cáncer aumenta constantemente, los casos se declaran más y más temprano y las técnicas hasta ahora aplicadas han sido un rotundo fracaso en muchos casos (Morgan, 2004). La desconfianza toma ahora aspectos de rechazo contundente en fracciones de la población que van creciendo cada día. En cuanto a la vacunación, por ejemplo, existen asociaciones muy activas que se niegan a aceptar la administración obligatoria ya que los beneficios no han sido demostrados científicamente. Se cuestionan datos falseados o incompletos sobre diversidad de prácticas médicas entre las que encontramos la ineficacia de la BCG (Narayanan, 1999) y su protocolo cambiante (repetición a los 10 y a los 21 años obligatoria ahora suprimida según los diferentes países). Los estudios históricos y epidemiológicos señalan que la tuberculosis empezó a decrecer desde 1880 en Europa gracias a la mejora sanitaria (habitaciones más ventiladas y soleadas, sistema de saneamiento ambiental, agua potable, mejor alimentación...), mucho antes de la introducción de los anti-tuberculosos (Hargreaves, 2011; McKeown, 1979) Cuando aparecen estos medicamentos en los años 40 la curva de decrecimiento de la incidencia de TBC no se quebranta, sino que sigue el movimiento iniciado anteriormente... Pero últimamente la TBC vuelve a crecer en los países desarrollados a pesar de las vacunaciones...

La “aparición” del SIDA suscita enormes sospechas cuando la caracterización de este cuadro nosográfico no corresponde a una nueva enfermedad sino a una asociación nueva de síntomas ya conocidos. ¿La considerable inversión económica (la mayor de la historia de la medicina) que representa justificará el hecho de que se hayan saltado todos los requisitos de una investigación científica seria al punto de que a la fecha de hoy no haya un solo estudio que demuestre la relación de causa-efecto entre el virus VIH y la manifestaciones de inmunodeficiencia de los pacientes? (Duesberg, 1996). ¿O que se pretendan presentar medicamentos antiguos de los años 60 rechazados por su altísima toxicidad como nuevos inventos contra el virus del SIDA (caso del AZT)? ¿O que se acepte una explicación infecciosa que pone toda la inmunología patas arriba (hasta ahora la seropositividad señalaba una protección contra un virus y no una desprotección hacia él)? (Giraldo, 2002).

Numerosos pacientes solicitan a su médico tratamientos menos agresivos y se niegan a tomar antibióticos a cada resfrío. Ello indujo la búsqueda de medicinas “suaves”. En 2002, la OMS señala que la mitad de la población de Francia o Australia acudió por lo menos una vez a una medicina complementaria. Esta cifra alcanza el 70% en Canadá (OMS, 2002). La demanda de plantas medicinales está retomando un gran vigor, a

pesar de que se han pretendido eliminar las herboristerías. De esta manera, renace el interés de los usuarios occidentales por la fitoterapia: el comercio Sur-Norte de plantas medicinales creció de 100 millones de US\$ en 1979 a 6.000 millones en 1994 y a 35.000 en el 2003 (Cabieses, 2003). Los grandes laboratorios farmacéuticos ya anticiparon este movimiento y curiosamente se dotaron de filiales de medicamentos fitoterapéuticos (Cabieses, 2003).

El descubrimiento de nuevas moléculas por el sistema de selección clásico (*screening o tamizaje*) se ha vuelto sumamente costoso (Orlando, Abreu y Cuéllar, 2008). Son necesarios unos 10 años de investigación y 150 millones de US\$ para lograr poner en el mercado un nuevo producto certificado (Goozner, 2005). Sólo pocas empresas de gran envergadura pueden asumir este esfuerzo que supera, en muchas ocasiones, la capacidad de los presupuestos de los Estados. Para recortar sus costos, los laboratorios han creado un nuevo tipo de “exploradores” que recorren las selvas del Sur buscando información acerca de las plantas de las medicinas tradicionales gracias a las personas que las utilizan. ¿Qué mejor reconocimiento indirecto del saber de las medicinas tradicionales? Ya que el reconocimiento “directo” supondría el pago de regalías (royalties) a los pueblos indígenas que descubrieron esas “moléculas” que por supuesto no están dispuestos a asumir. Más bien, la ávida estrategia de las farmacéuticas transnacionales como Monsanto (USA), es almacenar en cámaras de frío y liofilización todas las plantas posibles para acceder a su código genético (Shiva, 1996). Ante una eventual dificultad para acceder legalmente a las plantas medicinales, las reservas de genes botánicos permitirán a dichas empresas patentizar sus “descubrimientos” y exigir el cobro de regalías a los usuarios del Sur, proveedores iniciales de la materia prima que les ha sido confiscada.

Ante este panorama, las compañías de seguros comenzaron a mostrar un interés especial por las medicinas llamadas alternativas, pues reducen considerablemente sus costos y demuestran una alta eficacia. En países como Suiza y Alemania, las aseguradoras reconocen una gran cantidad de estas disciplinas no convencionales y rembolsan las consultas y terapias a las personas que eligen esta opción. Muchos médicos, conscientes de este callejón sin salida y percibiendo la presión de los usuarios, se vieron obligados a agregar a su formación clásica técnicas de medicinas que se sitúan más allá del marco alopático. Hay miles de médicos acupunturistas en Francia. Incluso algunos de ellos desarrollan en hospitales esta disciplina a pesar de no estar avalada por la Academia de Medicina (Fagon, 2012). Es muy claro en este caso, cómo se ha producido la articulación de la medicina tradicional china con la medicina moderna europea.

El NIH (Instituto Nacional de la Salud de Estados Unidos) ha catalogado a la fecha más de 300 prácticas médicas “alternativas” o “complementarias”. La lista

aumenta día a día. La introducción de estas prácticas conduce inevitablemente a la “apertura” del modelo alopático y la emergencia de nuevas brechas conceptuales en el pensamiento médico, que finalmente están propiciando la deseada “articulación” entre medicinas diferentes.

Por todas las razones brevemente evocadas y lo que hemos vivido en nuestra práctica, consideramos que existe una gran ambigüedad en el acercamiento occidental a las medicinas tradicionales. Paradójicamente, mientras este sistema se está agotando, en materia de salud pública se sigue pretendiendo regir, mandar, evaluar, cuestionar y dictar normas de una forma unilateral... El desbalance de medios y poder entre la medicina alopática, que goza de carácter oficial y domina en los ministerios de salud, y las prácticas empíricas ancestrales de uso popular, requiere que su articulación sea extremadamente paulatina y controlada. La “integración” entre medicinas, cuando están inmersas en tal desfase, corre el riesgo de terminar en la “desintegración” de las medicinas tradicionales, siendo fagocitadas por el poder político, económico y psicocultural de la medicina moderna dominante. La gran parte de la “integración” realizada hasta el momento ha consistido en sumar el más débil al más fuerte, que finalmente se lo ha “tragado”. La agresividad occidental en su afán conquistador insaciable (TLC, Monsanto), nos alerta a tomar medidas de precaución para evitar los procesos de integración destructivos y mantener una cauta articulación bien controlada. Lo que es claro es que hay ventajas recíprocas en esta articulación: el bien común de los usuarios de salud.

Con base en la experiencia que hemos acumulado a lo largo de 27 años en la selva alta de la Amazonía peruana, podemos afirmar que las medicinas tradicionales, en relación a la medicina occidental, ofrecen varias ventajas:

- son generalmente de bajo costo
- presentan una gran eficacia y eficiencia
- tienen una amplia capacidad de adaptación cultural
- demandan un manejo logístico ligero
- generan poca agresión a la ecología
- están dotadas de una gran reserva de conocimientos producidos en una investigación empírica milenaria

Como lo señalamos anteriormente, los laboratorios saben perfectamente las ventajas económicas de aprovechar el amplio cuerpo del conocimiento ancestral. La sofisticación de preparados vegetales como el ayahuasca o el curare son aun un misterio para el conocimiento occidental (Narby, 1999). La medicina moderna ya se ha proveído de muchos conocimientos tradicionales para constituirse. La quinina (el árbol de la Quina figura en el escudo del Perú) permitió enfrentar la malaria introducida por los españoles (Castro, 2007). La digitalina fue un aporte esencial para la cardiología (Méndez, 1991). El

curare permitió realizar las intervenciones de cirugía interna (Savare, 1966). La coca proporcionó los anestésicos locales para la cirugía ocular (Dagnino, 2006)... La lista es muy larga: hasta el 70% de los medicamentos derivan del conocimiento fitoterapéutico tradicional (Bruneton, 1993). No es exagerado decir que la medicina moderna no existiría sin el aporte esencial del saber empírico ancestral. Pero existe también un inmenso campo nosográfico, clínico y terapéutico de los conocimientos tradicionales que va mucho más allá de las pocas moléculas extraídas de los remedios botánicos. Las medicinas tradicionales no se reducen a un sabio uso de la botánica. Todo lo demás, está todavía muy poco explorado: pulsos energéticos, efecto de las variaciones de temperatura sobre la menstruación, importancia de los olores en alteraciones psíquicas, procesos de regulación energética del cuerpo, técnicas de control del parto, usos de sustancias tóxicas, curación de mordedura de víbora, efectos de la luna sobre la psique y la preparación de remedios, etc... Estos datos podrían enriquecer enormemente los conocimientos modernos de la ciencia médica si supiera superar sus resistencias psicológicas para, más allá de las formas culturales, prestar atención a los sustos racionales de estas prácticas.

Para los países con economías débiles, existe una enorme riqueza potencial en la explotación racional de plantas medicinales. Localmente permitiría la reducción de la compra de medicamentos importados y la exportación de productos vegetales transformados cuyo mercado está en crecimiento exponencial. Las regalías por las patentes sobre esos conocimientos y productos requieren sin embargo de una vigorosa política de protección de esas riquezas. La articulación de ambas medicinas, si sólo fuera un provecho para el mundo occidental, sería muy criticable, ya que equivaldría a una condena a muerte para las culturas no occidentales. Sin embargo, creemos que al contrario, esta articulación, con todas las precauciones necesarias, es una condición de la salvaguardia de la medicina tradicional y de las culturas indígenas. Las ventajas de las medicinas occidentales para las tradicionales consiste esencialmente en el aporte de su poderoso aparato técnico y los esquemas conceptuales racionales. Toda la capacidad tecnológica puede ser puesta a disposición del estudio de las medicinas tradicionales para demostrar su eficacia.

En Francia, el Profesor Bernard Herzog (1987), jefe del servicio de radiodiagnóstico del Hospital Universitario de Nantes, demostró, con los métodos modernos de exploración del cuerpo (radiografía, tomografía, resonancia magnética, scintigrafía, etc.), la veracidad de los diagnósticos de curanderos sobre la localización de ciertas patologías (tumores, inflamaciones...).

En Lima, el Dr. Víctor Reyna (2002), profesor de química de la Universidad de Lima, comparó los resultados de la "soba del cuy" con diagnósticos radiográficos de los pacientes, demostrando así el alto índice de

coherencia entre el método empírico tradicional y las técnicas modernas.

Los estudios farmacológicos de las plantas consideradas sagradas de la medicina tradicional (psicoactivas) han puesto en evidencia que sus principios activos son similares a los neurotransmisores del ser humano. La di-metil-triptamina (DMT) está todavía prohibida como estupefaciente (sustancia psicoactiva sin uso terapéutico) por la Convención Internacional de Viena de 1971, mientras los curanderos la usan desde hace milenios a través de numerosas plantas para curar problemas mentales. El Dr. Rick Strassman (2001), neuropsiquiatra estadounidense, demostró la secreción de dicho alcaloide por la glándula pineal (hasta hace poco considerada como un "vestigio" de la evolución sin función fisiológica) y sus picos de producción en estados psíquicos de carácter extremo (estados cercanos a la muerte, estados místicos, etc.).

El investigador francés Dr. Hubert Larcher (1990) hizo algo similar estudiando los fenómenos "anormales" de la fisiología de los místicos, inclusive en estado post-mortem (tanatología): anedia, ayuno total y permanente durante meses o años, incorrupción de los cadáveres, olores y aceites emanando del cuerpo de algunos santos, etc.

Sin embargo, consideramos que existen todavía muy pocos estudios de esta naturaleza que permitan revelar la coherencia de los métodos tradicionales y su validez en la práctica. La creación de un enfoque conjunto dirigido a encontrar el fondo común de estos conocimientos dispersos en el tiempo y el espacio daría la posibilidad de elaborar una síntesis que facilitase la emergencia de un nuevo paradigma. El aparato técnico de la ciencia occidental nos parece válido en la posible articulación para proporcionar la eficacia máxima en casos de emergencia individual (cuidados intensivos, cirugía, neo-natalidad, etc.) o colectiva (sismos, inundaciones, etc.). El poder de difusión masiva del sistema médico occidental debe ser aprovechado para problemas de salud pública de gran envergadura como el bocio y el cretinismo producido por el déficit de yodo en la sal serrana o la difusión de métodos de higiene y saneamiento ambiental para la prevención del tétanos neo-natal. Del mismo modo, esos medios de difusión masiva podrían colocarse al servicio de la medicina tradicional para la divulgación de prácticas de alcance popular y público (por ejemplo las indicaciones para desparasitar a los niños en el ambiente familiar con productos naturales sencillos y al alcance de todos), la formación a distancia de los practicantes de medicina tradicional (promotores de salud, parteras, sobadores, etc.), la constitución de redes, el intercambio de información, el establecimiento de archivos, etc. La necesidad a este nivel es evidente y basta ver el éxito extraordinario del libro de salud natural de M. Lezaeta Acharán (1971) con su amplio recetario, bajo costo y extrema difusión popular en América

Latina. De igual manera sucedió con el excelente libro "Donde no hay doctor" (Werner, Thuman y Maxwell, 1995).

Ciertamente, uno de los puntos fuertes y esenciales del aporte del conocimiento moderno occidental consiste en su capacidad de categorización y sistematización de datos. Para ello, basta señalar el interés de la clasificación botánica con lenguaje científico que permite salir de los extremados enredos de las categorías locales y sus numerosos dialectos. Es así que la palabra "yajé" designa tanto a la *Banisteriopsis Caapi* (una liana), como a la *Psychotria Viridis* (arbusto) o la *Diplopterys Cabrerana* (arbusto) según las diferentes regiones amazónicas. Por otro lado, la misma planta puede tener un sinnúmero de nombres: más de 20 registrados para la *Banisteriopsis Caapi* (Friedberg, 1965). La capacidad de ordenamiento de los esquemas racionales occidentales puede facilitar enormemente la comprensión y comunicación, no sólo entre el mundo indígena y el mundo occidental sino entre los múltiples grupos étnicos del mundo indígena que, por supuesto, no constituyen una entidad homogénea y uniforme. El uso de estos recursos occidentales no supone la identificación total con sus categorías conceptuales, así como no exime del esfuerzo de redefinir categorías propias del mundo indígena. Sería así tan lamentable como reduccionista analizar la sintomatología expresada por los indígenas únicamente con criterios y limitaciones nosográficas europeas, cuando las prácticas empíricas poseen su propia dinámica de abordaje del cuerpo, del sufrimiento o de la curación... Es a los instrumentos de la lógica conceptual occidental a los que hay que apelar y no a sus aplicaciones dentro del campo cultural de Occidente.

A la inversa, el abordaje de las relaciones cuerpo-mente dentro de las medicinas tradicionales podría proporcionar instrumentos de comprensión a Occidente sobre la definición de la identidad psíquica (salud mental) y de la identidad física (disturbios de la inmunidad). Precisamente, es en estos dos grandes campos en los que la patología va en aumento constante sin contar con respuestas terapéuticas eficientes a pesar del enorme esfuerzo de investigación. Los modelos exclusivamente racionales en los que se produce esta investigación manifiestan una gran inadecuación para aprehender este sutil campo de las relaciones psico-somáticas.

Cada espacio cultural es sustentado por contextos psíquicos colectivos, formas simbólicas de expresión, procesos de representación de la realidad. En este campo, los estados de conciencia juegan un papel fundamental así como los instrumentos de inducción de sus modificaciones. Cada cultura integra sustancias o técnicas inductoras de estados alterados de conciencia que contribuyen a construir una "visión" de la realidad o cosmovisión (Furst, 1976). El acercamiento violento de Occidente al mundo indígena hace 500 años indujo formas de apropiación ilícita recíproca de los instrumentos sagra-

dos generadores de representación metafísica del mundo y de la ubicación del ser humano. El alcohol se volvió el veneno destructor de las culturas indígenas desde los Andes hasta los aborígenes australianos o las llanuras norteamericanas. La bebida espirituosa del Norte, sangre regeneradora de Dios, se transformó en un brebaje de la muerte del mundo indígena. Mientras tanto, el tabaco, carne de los dioses, medicina amazónica por excelencia, espíritu de fortaleza y de enseñanza, hizo destrozos parecidos en el Norte: 60.000 muertes al año en Francia, medio millón en el mundo (Mabit, 1994). La sagrada coca, reina de los Andes, maestra de sabiduría, derivó en la diabólica cocaína, pasta base y crack...

En este campo, el de las adicciones, la medicina tradicional demostró tener recursos mucho más efectivos que los de la medicina occidental. Los indios de las reservas canadienses tenían una población alcohólica del 90% en los años ochenta. La recuperación de su ritualidad, espiritualidad y valores permitió reducir drásticamente esa tasa al 10% en sólo 10 años. El médico psiquiatra peruano Mario Chiappe (1974) se interesó en el tratamiento tradicional de alcohólicos en la costa norte del Perú. Observó que después de cinco años de haber sido tratados, más del 60% de esos hombres ya no eran alcohólicos (Chiappe, 1968). La Organización Panamericana de la Salud-OPS (Chiappe, 1979) publicó esta investigación.

Nosotros mismos, en el Centro Takiwasi en la selva alta del Perú, nos interesamos en el tratamiento de drogadictos con los recursos de las medicinas tradicionales, encontrando resultados netamente superiores a los obtenidos por métodos convencionales de la medicina moderna (Giove, 2002).

Tras este breve recorrido por las relaciones entre la medicina tradicional y la medicina moderna, consideramos que resulta evidente que el mundo occidental necesita tanto del mundo indígena como el mundo indígena del occidental. Somos imprescindibles uno para el otro, siendo así una condición vital de supervivencia para todos. Si bien las apariencias señalan que el mundo moderno continúa dominando, acorralando y desintegrando el mundo indígena, creo que hemos señalado suficientes indicios que muestran que en el fondo las cosas no son tan sencillas. El mundo occidental es un gigante con pies de barro que se va derrumbando, mientras el mundo indígena ha sabido resistir a su opresión y empieza a levantar de nuevo la cabeza... pero no lo podrá hacer solo y sin tomar en cuenta su extrema necesidad de integrar elementos conceptuales occidentales. En esta época donde el mundo está en perdición y confusiones, nadie se salvará sólo. Se trata de poder pasar de la confrontación a una inevitable articulación, mesurada y controlada. Se requiere abrirse a una dimensión ecuménica en el sentido amplio de la palabra.

Modelos epistemológicos

El primer paso para una posible articulación de las dos medicinas que hemos presentado implica la profundización y el reconocimiento de sus modelos conceptuales, de manera que se revelen los puntos de convergencia y divergencia. Nos encontramos con que los mismos practicantes de ambas medicinas, sumergidos en su quehacer diario, muchas veces ignoran las grandes líneas de fuerza que dan coherencia a su práctica en lo cotidiano. Esta carencia en la formación de los especialistas conlleva el riesgo de que se desvirtúen las prácticas y, por tanto, que en lo que concierne a la terapéutica articulada de estas medicinas resulte un sincretismo barato y superficial en lugar de una síntesis rica y profunda. La toma de conciencia individual y colectiva de esos modelos subyacentes es necesaria para permitir una revisión epistemológica que redefine territorios y lleve a una verdadera fusión en un nuevo paradigma pertinente que descarte las mezcolanzas aproximativas generadoras de confusión. En otras palabras, de la confrontación de cada medicina en su espacio lógico se podrá lograr una articulación viable, clara y enriquecedora.

Otro de los obstáculos con los que nos encontramos en esta labor de encuentro, es el supuesto común de que las medicinas tradicionales no son más que el conglomerado de recetas empíricas agregadas con el tiempo y sin verdadero sustento lógico. Se puede conceder a la acupuntura china o la medicina Ayurveda de la India cierta coherencia, pero las medicinas menos estructuradas en apariencia como el chamanismo y la medicina andina o amazónica suelen quedar peor paradas. Sin embargo, los curanderos de nuestra América se reconocen como “médicos” e inclusive “sabios” y se enorgullecen de su “ciencia”. Pero entonces, ¿cuál es la definición de una ciencia? “Un cuerpo de conocimiento coherente, congruente con la realidad, de rigurosa lógica interna, dotado de una metodología de transmisión del conocimiento, de técnicas de investigación y de ampliación del saber” (Mabit, 1993: 5). Tras un sencillo análisis de los criterios contenidos en esta definición vemos cómo las medicinas tradicionales responden perfectamente a ellos y, por tanto, merecerían el título de “ciencias” (OPS, 2006: 15). De hecho, son prácticas milenarias de comprobada eficacia. El pragmatismo indígena hubiera descartado ya hace tiempo, sin ninguna duda, las terapéuticas que no curasen a nadie. Sólo desde un planteamiento racista se puede llegar a pensar que los pueblos indígenas son tan embrutecidos que siguen curándose con métodos ineficaces. Estas poblaciones han sobrevivido, crecido y producido culturas y obras mucho antes de la llegada de los hombres blancos y de la medicina occidental (OPS, 2006). Por lo demás, basta mirar la práctica *in situ* y sus resultados para constatar de hecho su efectividad. Es más, ya señalamos cómo la medicina occidental se construyó gracias a las medicinas tradicionales y sigue

haciéndolo en la actualidad.

Los argumentos que exponen que la eficacia de la medicina tradicional se debe a efectos de sugestión y funciona sólo en los ámbitos culturales donde se “cree” en ella (OPS/OMS, 2002; Martín, 1990), son tan solo una forma de negación de su efectividad real, que en muchos casos aun no ha podido ser demostrada. Además, sabemos que la sugestión está presente en todo acto terapéutico y todas las culturas, siendo parte siempre de la terapia. En el mundo occidental tomó el nombre de “efecto placebo” (y su inversa el “efecto nocebo”) y se ha demostrado cómo contribuye ampliamente a los resultados de sus prácticas (el mandil blanco, la “magia” de la jeringa, el imponente sistema hospitalario, etc.) (De Deyn y Dhooge, 1996; Kiene y Kiene, 1996; Hróbjartsson y Gotzsche, 2001; Hyland, 2003). La “sugestión” tantas veces evocada por los médicos occidentales carece de estudios profundos y demostraciones fehacientes. Es una palabra “cómoda” que permite descalificar al curandero ahorrándose la obligación de la prueba de lo afirmado. Procede por vía de afirmación y no de demostración, es decir, va en contra de la exigencia de racionalidad y del método científico que pretenden sus detractores. En este contexto de dominio occidental, la autoconvicción de sus científicos oficiales les vale de prueba, pero carece de validez a los ojos de su propia ciencia. Cuando un occidental habla de “creer o no” en la medicina tradicional, confisca a ésta el derecho de la prueba de eficacia y le niega de antemano la dimensión universal de su saber. Ubica el conocimiento tradicional en el terreno de la fe y luego critica al indígena por su pensamiento “pre-lógico” o “mágico-religioso” donde lo encerró.

Es necesario un abordaje sereno y respetuoso de las medicinas tradicionales que esté desprovisto de los prejuicios hiper-racionalistas que finalmente se revelan auto-contradictorios. Desde el ámbito de la filosofía de la ciencia, Karl Popper (1962) denunció tiempo atrás este tipo de paradojas insostenibles en el plano lógico y que llevan al mundo occidental a establecer su propia ciencia como una religión. Una religión con mentalidad mágica que tiende siempre a proyectar sobre los demás sus propias carencias, con grandes sacerdotes siempre inalcanzables a la crítica y cuyos usuarios son invitados a creer ciegamente en sus dictámenes.

El cuerpo de conocimiento indígena se expresa en un lenguaje metafórico que pertenece a las funciones “melódicas” simbólicas del hemisferio derecho del cerebro. Los occidentales desarrollaron primero las funciones racionales, epicríticas y de categorización del hemisferio izquierdo (Sacks, 2009). Por ello, existe una inadecuación inicial entre esos dos lenguajes que es resuelta con sospechosa facilidad al considerar que “el otro es incomprensible”. Esto equivale a considerar que el “chino” es incomprensible a quien no lo habla, a pesar de que el chino es perfectamente comprensible para los

chinos. El chino es, de hecho, totalmente coherente y entendible a condición de aprender este idioma. Si existe algo de incompreensión, reside en quien no entiende el idioma pero no en el idioma mismo. Igual sucede entre los “idiomas” diferentes de las medicinas que corresponden a modos de aprehensión de la realidad fundamentalmente distintos. Es tiempo de darse cuenta que la realidad es una, pero que coexisten diferentes modos de abordarla que en lugar de llevarnos a la contradicción nos descubre la complementariedad. Una de las vías de resolución de esta aparente problemática consiste en estudiar el idioma del otro y formar traductores o interpretes... Los occidentales quedan invitados con ello a superar los formalismos del lenguaje académico para adentrarse en la riqueza del lenguaje analógico tradicional indígena. Es el espacio de la amplia cosmovisión indígena el que delimita o dibuja el marco conceptual en el cual se ubican y justifican las prácticas médicas tradicionales. Los cuentos, mitos y leyendas constituyen el “diccionario enciclopédico” en el que toda vivencia encuentra su ubicación y su dimensión semántica.

Las medicinas tradicionales son extremadamente dinámicas y saben incorporar a su modelo elementos de otras prácticas, culturas o medicinas (OPS, 2006). Se han constituido de esta manera, de igual forma que la medicina occidental lo ha hecho. Se van enriqueciendo constantemente de los aportes ajenos y de sus propios descubrimientos. Así, incorporaron elementos de la medicina europea aportados por los españoles, resultando que muchas de las plantas medicinales usadas actualmente por los curanderos americanos son de origen europeo aunque ellos no lo sepan (verbena, llantén, manzanilla, cola de caballo, etc.) (Patiño, 1963).

Desde tiempos pretéritos se instalaron sistemas de iniciación y transmisión del conocimiento en las medicinas tradicionales (Grim, 1983; Brown, 1994). Han existido verdaderas escuelas dentro de las selvas y las sierras. El ayahuasquero Aquilino Chujandama, de los Chazuta del Río Huallaga, nos contaba así cómo había pasado nueve meses con una veintena de otros jóvenes en la escuela de un maestro en plena Amazonía. Recordaba con lágrimas en los ojos a sus más de ochenta años la difícil disciplina del aprendizaje con dietas y ayunos, tomas de plantas, aislamiento en cabañas, estudio de los cantos, etc. En todo esto, tras las apariencias “folklóricas”, aparece una rigurosidad extrema en la práctica, una gran exigencia de entrega, la obediencia estricta al maestro y una fuerte auto-disciplina. Estas formas externas expresan un idéntico rigor del pensamiento, de la actitud interior y de la ética en sus principios.

Sustentados en nuestra propia experiencia, queremos dar testimonio de los auténticos valores científicos del conocimiento tradicional según los criterios arriba definidos. Cuanto más fuimos profundizando en esta ciencia empírica, más nos fascinó la amplitud de vista del abordaje tradicional, nos sorprendieron sus insospe-

chables ramificaciones en todos los ámbitos del saber humano, nos estremecieron las potencialidades de sus conocimientos y nos convenció la precisión, rigurosidad creciente y extrema complejidad tan bien camuflada de facilidad y sencillez. Así, llegamos a la convicción de que las medicinas tradicionales son verdaderas ciencias en el pleno sentido de la palabra.

Ahora bien, este reconocimiento de la medicina tradicional como ciencia le otorga los mismos límites que toda ciencia contiene. El método científico descrito con precisión por el médico francés Claude Bernard (1966) en el siglo XIX admite con gran pertinencia que la ciencia no puede decir la verdad, sino lo que no considera como falso en un momento dado. Esta definición es esencial para ahuyentar a los fantasmas de omnipotencia de toda ciencia, en especial de la ciencia occidental. Toda afirmación científica es por definición temporal, hasta que se demuestre lo contrario o, en todo caso, hasta que se vaya modificando, complementando o corrigiendo. De ninguna manera una ciencia puede erigirse en juez de otra ciencia porque en este caso transgrediría sus propios principios, perdiendo su coherencia interna y transformándose en un sistema dictatorial o en una religión. La pretensión de querer validar las ciencias empíricas ancestrales a través de los métodos de la ciencia moderna occidental viola los propios postulados del conocimiento científico de Occidente. Ambas medicinas se pueden evaluar recíprocamente, confrontar en el terreno de la investigación, de la medición de resultados, en un sano debate científico y democrático. Pero cuando se pasa a atribuir a una de ellas el derecho de dar su visto bueno a la otra, se pierde el juicio, encerrando al ser humano en un sistema unilateral de pensamiento en el que tan sólo una de las visiones tiene la exclusividad de “decir lo cierto”.

Esta contradictoria dinámica la vemos actualmente en los reiterados intentos del pensamiento occidental en calificar, normar y controlar las medicinas tradicionales (ver por ejemplo Guerra, Torres y Martínez, 2001). Se hace urgente, entonces, que los estudiantes de medicina en las universidades tomen conciencia de los modelos epistemológicos que sustentan su conocimiento, para poder apreciar sus aciertos al mismo tiempo que descubran sus deficiencias. No tener conocimiento de estas lagunas, de los límites naturales de todo sistema, sumerge al futuro médico en una ignorancia que conduce a la arrogancia. La arrogancia extrema lleva a la necedad.

Los practicantes de la medicina occidental ignoran en su gran mayoría los axiomas y postulados de la ciencia que practican, ya que la epistemología no es parte de la enseñanza universitaria. Terminan entonces por creer que lo que se les enseña es la pura verdad y que todo lo que no se les enseña, en consecuencia, es falso o pertenece al mundo de las fantasías. Se fabrican mentes rígidas, con límites de interpretación racionalistas que encierran la realidad en un sistema binario o dualista que pre-

tende responder a todas las eventualidades.

La medicina occidental se inscribe dentro de un sistema global de pensamiento racional y dualista. Afirma una pretensión a la objetividad como sistema de observación de lo real, descartando las “interferencias” de la subjetividad. Admite la linealidad del tiempo y establece el axioma del progreso infinito. Establece como forma lógica la deducción mediante la relación lineal causa-efecto. Aborda sus objetos de estudio mediante un procedimiento analítico apelando a los instrumentos de la crítica, de la categorización y la clasificación seriada. La lógica aristotélica (el tercero excluido), cartesiana y luego newtoniana, establecieron esos grandes pilares del pensamiento occidental (Llamazares, 2011). Este esquema de pensamiento tiene consecuencias fundamentales en la práctica médica, como por ejemplo el concepto de la dualidad cuerpo-mente, el abordaje racional de la mente por el método psicoanalítico de Freud, el concepto darwiniano de la evolución continua o la tendencia a buscar las causas patológicas en la dimensión material (genes, bacterias, virus...), como una agresión exterior que recibe el cuerpo entendido como una entidad aislada del entorno.

Cada uno de estos puntos merecería un largo desarrollo y nos contentamos, por el momento, con señalarlos. Sin embargo, creemos útil insistir sobre uno de ellos que nos parece esencial: la exclusión dogmática de la dimensión espiritual del pensamiento científico occidental. Lo religioso o sagrado constituye un nuevo tabú de una ciencia que, de modo paradójico, se erige a sí misma como la religión dominante (Nelkin y Lindee, 1998; Ellul, 1977; Simon, 2006). El reduccionismo racionalista insta una ceguera espiritual muy dañina a la salud que no puede prescindir de esta dimensión fundamental para la vida humana. Se intenta reducir toda problemática con interrogantes existenciales o metafísicos a una cuestión mental. Lo espiritual sería un subproducto de lo mental, una fabricación de la psique. Sin embargo, los factores religiosos y espirituales influyen poderosamente en la experiencia y la representación de la enfermedad. Los estudios científicos sobre esta cuestión coinciden en señalar que, por lo menos en el 80% de los casos, esta influencia ha sido positiva, mientras que aproximadamente en el 15% ha sido negativa (Larson, Levin, Levin y Koenig, 2005). El Dr. David Larson, de la Universidad de Duke, junto a H. G. Koenig y M. McCullough (2001), ha podido resumir en el titulado “Manual de Religión y Salud” más de 12.000 estudios sobre este tema.

Al mismo tiempo, los estudios psiquiátricos que toman en cuenta la variable espiritual o religiosa en sus mediciones son escasos. En cinco años, entre 1978 a 1982, menos del 1% de los estudios cuantitativos en psiquiatría publicados en cuatro de las mayores revistas de psiquiatría anglosajonas incluyen una o varias mediciones del compromiso religioso de los pacientes. Sólo 3 de 2.348 estudios examinados están centrados sobre una

variable religiosa (Larson, 2005). El neurólogo norteamericano Oliver Sacks (2009) señala que por 10 estudios sobre el cerebro izquierdo hay uno sólo sobre el cerebro derecho. Se encuentra lo que se busca. Esos desbalances indican un desinterés o prejuicio de la investigación científica en este campo que desautoriza las afirmaciones gratuitas emitidas sobre la carencia de sentido de las medicinas tradicionales.

La OMS ha introducido en la lista de los factores esenciales para la salud plena la dimensión espiritual. Plantea seis dimensiones importantes para la calidad de vida en todas las culturas:

- los factores físicos
- los factores psicológicos
- el nivel de independencia de la persona
- las relaciones sociales
- el entorno de cada uno
- la espiritualidad/religión/creencia de cada persona

Del mismo modo, señala que por orden de importancia a nivel de salud pública, la patología mental se ha convertido en una prioridad mundial, desplazando a las grandes epidemias de hace medio siglo (malaria, tuberculosis, lepra...). Sin embargo, en “materia de salud mental, el 40% de los países carecen de una política, el 30% no disponen de un programa y en el 25% no existe legislación al respecto” (OMS, 2001:7). Es como si este tipo de sufrimiento no se mereciera la misma respuesta que las patologías orgánicas. El Vaticano realizó en noviembre del 2003 el 18vo Congreso Internacional del Consejo Pontifical de la Pastoral de la Salud sobre el tema de la depresión nerviosa, ya que es actualmente “la enfermedad más mortífera de la humanidad, primera causa de decesos” (Lozano, 2003: 1). El Papa Juan Pablo II agregó que en su opinión “la depresión es siempre una prueba espiritual” (Juan Pablo II, 2003). El Dr. Ronald Kessler, junto a P. Berglund y O. Demler (2003), ha publicado un estudio en el *Journal of the American Medical Association* sobre la depresión en el mundo. Revela que hay unos 150 millones de personas depresivas en el mundo y que esta patología afecta tanto a los países del Norte como a los del Sur. Alcanza la cifra del 10% de la población total en Estados Unidos, Rusia y la India. La depresión unipolar es la primera fuente de discapacidad a nivel mundial. Esta noticia tan alarmante mereció figurar en la carátula del semanario *Newsweek* (June 21, 2004) con el título: “Planeta Triste: la depresión se ha vuelto una enfermedad globalizada”. La revista realizó una extensa cobertura de este tema, insistiendo sobre el carácter universal de esta patología sumamente invalidante. Es de notar que las perspectivas sombrías de un mundo sin sentido, sin valores estables, genera una depresión colectiva. La funcionalidad de una vida materialista no satisface las necesidades espirituales. Precisamente, las medicinas tradicionales restablecen un espacio para la dimensión trascendente en la dinámica de la

salud, tomando en consideración el factor espiritual en sus terapias. Cubren el ángulo muerto del sistema occidental excluyente, que evacuó de su campo de atención la necesidad para el ser humano de vivir experiencias semánticas, vale decir portadoras de sentido. En la cosmovisión occidental existe una “mácula ciega” a este nivel.

Las experiencias iniciáticas en la enseñanza de la medicina tradicional y, en general, en la educación y formación indígenas, permiten al sujeto adentrarse en estados modificados de conciencia donde aborda dimensiones transpersonales de la vida. Vive en carne propia el descubrimiento de aspectos de lo viviente ubicados más allá de las percepciones habituales, más allá de su cuerpo, su pensamiento y sus sentimientos. Ese “mundo-otro”, sin embargo, no está en discontinuidad con “este-mundo” y existen espacios que aseguran el interfaz, por ejemplo, las ceremonias médico-religiosas donde el ritual asume el papel de puente entre esos mundos. Existe una suerte de “tecnología” de lo sagrado que permite un vaivén sano y seguro entre los dos mundos.

La decapitación de la dimensión espiritual del ser humano le introduce en una particular forma de indefinición en la vida. A nivel somático, como ya lo notamos, el disturbo de identidad psíquica entraña una inmunidad también perturbada. No es de extrañar entonces que las patologías de inmunodeficiencia encabecen la lista de las enfermedades del mundo moderno a la par de una profunda depresión (OMS, 2011). Llama la atención en nuestra experiencia personal que los pacientes con inmunodeficiencia revelen en sesiones de ayahuasca de manera específica una tristeza insondable (“triste a morir”). A la inversa, al recobrar la dimensión espiritual y descubrir un sentido propio de vida, se produce una mejora de la inmunidad con indicadores clínicos muy marcados. De esta manera, mientras que la enfermedad mental y los disturbios de la inmunidad representan campos de la patología donde la medicina moderna muestra una gran debilidad, en las medicinas tradicionales aparecen como unos de sus puntos más fuertes.

Es de notar que el modelo epistemológico en el cual se asienta la medicina alopática refiere a conceptos de la física ya obsoletos dentro de la misma ciencia moderna. Podría compararse el marco conceptual de la práctica médica occidental del médico de cabecera a los esquemas de la termodinámica y, en especial, al segundo principio de la termodinámica que plantea una entropía irreversible dentro de un sistema cerrado. En otras palabras, esta medicina no ha podido asimilar todavía los descubrimientos del siglo XX en la física e integrar el concepto de sistemas abiertos donde es factible la neguentropía. No ha integrado hasta el momento el pensamiento relativista. Se quedó bloqueada en el siglo XIX y el modelo pasteuriano. En la época del láser y la física cuántica, no ha sido capaz de introducir aún las nociones de energía más que bajo la forma del conteo de las calorías en la

alimentación.

Curiosamente, las medicinas ancestrales muestran una coherencia muy marcada con el pensamiento relativista (Apffel-Marglin, 2011; Barad, 2007; Beaugregard y O’Leary, 2007). Los últimos aportes de las diversas disciplinas científicas modernas reconocen la “palabra de los chamanes” y ¡contradicen la de los médicos! Para los físicos cuánticos, lo que afirman los curanderos es coherente con sus modelos de aprensión del tiempo, de la energía, del espacio... Para este propósito, es muy interesante leer la aventura del profesor de física cuántica de la Universidad de San Diego Fred Alan Wolf (1991), que pierde drásticamente a su hijo en un accidente y busca “reconectarse” con él mediante el chamanismo, donde son posibles los desplazamientos fuera del espacio-tiempo euclidiano. Esta búsqueda le llevó a tener contactos directos con curanderos amazónicos y al descubrimiento de la coherencia entre los sistemas que éstos practican y su disciplina académica.

De hecho, sin pretender ser un especialista en una disciplina de tal complejidad, podemos señalar algunas de las características generales de la física cuántica (Notale, 1998) que también encontramos en las medicinas tradicionales:

- La inexistencia de la separación fundamental entre observador-observado y, por tanto, el no poder afirmar que exista una objetividad absoluta, pues siempre interviene la subjetividad del sujeto que observa una experiencia en el desarrollo de un tiempo no lineal.
- Los sistemas vivos son siempre abiertos, siempre existe un grado de incertidumbre, una posibilidad abierta, una imposibilidad parcial de predicción.
- Las probabilidades nunca encierran una obligación única. Todo es posible en todo momento. Los “posibles” coexisten.
- Se abre la posibilidad de la existencia de universos paralelos.
- El intercambio materia-energía ($E=mc^2$) permite entrever la posibilidad de fenómenos de procesos de materialización y desmaterialización.

Además de ésta, otras disciplinas contemporáneas muestran coherencia con los cuadros conceptuales de las medicinas tradicionales. Esta resonancia no deja de llamar la atención y despertar el interés. Quiero citar a continuación y brevemente algunos de ellos.

- Modelos neurofisiológicos. Por ejemplo, el concepto “alucinaciones controladas” introducido por el británico Richard Gregory (1965), que nos acerca a la noción de percepción por contraste y el interés de los procedimientos de desfocalización para ver mejor la realidad habitual.
- Modelos de la física del caos del premio Nobel II-

ya Prigogine (1996), (Spire, 2000) que fueron retomados por el doctor en psicología Manuel Al-mendro (2003) en su "Psicología del Caos", dentro del campo de lo transpersonal. Abre perspectivas sobre la posibilidad de un salto cualitativo en una crisis emergente cuando un sistema vivo y abierto llega a un punto máximo de inestabilidad. Ofrece en el concepto del ser humano como sistema abierto una salida neguentrópica a las crisis psicológicas o espirituales.

- Modelos de la psicología transpersonal de Stanislav Grof (1983, 1984) con su propuesta de las matrices perinatales o de Ken Wilber (1990, 1996) con su espectro de la conciencia.
- Modelos del análisis estructural de los sueños para la interpretación de los fenómenos de la conciencia y en especial de las visiones inducidas en rituales iniciáticos (Maunaury, no fechado; Ruiz, 2010).
- Modelos de la biología molecular que permiten poner en evidencia similitudes entre el ADN y la "serpiente cósmica" (Narby, 1999).
- Modelos de la biología animal como los campos morfogenéticos del británico Rupert Sheldrake (1984), que se prestan particularmente a esclarecer los métodos del aprendizaje tradicional y transmisión del conocimiento, así como la operatividad de las matrices de las plantas medicinales o "espíritus-madres".
- Modelos cibernéticos de los sistemas de información, abiertos y vivos (Maturana y Varela, 1979; Varela, 1992). Estos modelos permiten concebir al ser humano como un sistema encargado de la gestión de la cantidad de información que recibe a cada instante, especialmente a nivel psíquico. Esclarecen la función de la intencionalidad en la práctica ritual como soporte de la reorganización de la información.
- Modelos neuroanatómicos como el cerebro triuno de MacLean (Newman y Harris, 2009) que instaura una coherencia entre la neurofarmacología del cerebro y los procesos mentales comunes en la medicina tradicional, el uso de plantas maestras con principios activos similares a los neurotransmisores y las visiones inducidas por plantas psicoactivas (paralelo entre la "serpiente" del ayahuasca y el "cerebro reptiliano" del paleo-encéfalo).

Esta última propuesta nos recuerda la diferencia que señalamos anteriormente entre el desarrollo de los hemisferios cerebrales derecho e izquierdo en las culturas indígenas y la occidental. La incompreensión e incluso disociación entre hemisferios o mundos conceptuales puede encontrar solución en el "puente límbico" que une

los dos hemisferios en la base del cerebro (Orlando, 1964). Su ubicación nos indica simbólicamente la necesidad de ir profundamente, a la raíz de nuestro psiquismo, el más oculto, donde se encuentran las más arcaicas percepciones. El cuerpo caloso, sede del "humor" psíquico (Belmonte, 2007), reactivado por la fecundación de ambos hemisferios vividos como complementarios y no opuestos al restablecer la dinámica de sistemas abiertos y por ende vivos, nos da la esperanza de cambiar la tristeza mortífera imperante en alegría dadora de vida.

Este paso implica que, primero los terapeutas y luego los ciudadanos, permitan la apertura en sus vidas de procesos de autocritica y autoexploración. El trabajo sobre este cerebro profundo no se alcanza mediante la palabra racional (cerebro cortical, mamíferos superiores, ego consciente), ni el abordaje psico-emocional (cerebro intermedio de los mamíferos inferiores, inconsciente individual), sino mediante los estados no ordinarios de conciencia y el abordaje psico-espiritual del cuerpo físico (cerebro reptiliano, arqueo-cerebro, inconsciente colectivo).

Propuestas

Consideramos que se pueden fomentar ciertas propuestas que faciliten un modelo de articulación paulatina y prudente entre las diferentes medicinas a partir de las instancias oficiales del Estado y de las instituciones comprometidas con la Salud Pública. Creemos que existen diversos frentes que, no siendo excluyentes, pueden abrirse simultáneamente y de manera casi independiente. Los describimos a continuación.

1.- Crear espacios de encuentros posibles

La creación de espacios de encuentro entre ambas medicinas permitiría un acercamiento cauteloso donde pueda acontecer el conocimiento y evaluación mutua, así como la posibilidad de una articulación sin violencia. Para ello, se daría prioridad a pequeños proyectos piloto, de manera que puedan estar sujetos a un control más riguroso. Proyectos con una metodología de difusión y desarrollo progresivo que tengan la capacidad de ser multiplicados, reproducidos en otros contextos. Planteamos que el lema *small is beautiful* (lo pequeño es lo bello) en materia de desarrollo sigue vigente. Entonces, consideramos que se pueden posibilitar encuentros de este tipo en los espacios siguientes:

El campo de la Clínica. Éste es el terreno pragmático donde la confrontación con la realidad del paciente que sufre es idéntica para todos. En definitiva, es en este nivel de realidad inmediata y práctica donde puede existir la mejor cooperación, ya que el criterio del

resultado clínico es innegable. ¿Mejoró el paciente o no?, ¿se curó o no?, ¿se siente satisfecho de la prestación de salud o no?, ¿la atención del parto resultó un éxito o no?. Se pueden crear espacios experimentales de atención mixta, localizados o deslocalizados (con referencias mutuas), en salud primaria, medicina general o atención especializada. Contamos con el ejemplo de la atención de adictos y alcohólicos en el *Centro Takiwasi* por nuestra parte o el Centro de tratamiento de adictos *Tjon Tam Sin* de Romeo R. en Surinam. En Takiwasi, trabajamos en lo cotidiano con maestros curanderos, quienes tienen un espacio bien definido en el proceso terapéutico. Con el paso del tiempo se ha ido construyendo una relación de mutuo respeto y amistad que posibilita sin problemas la colaboración intercultural. Además, existen ya varios proyectos en marcha de la misma naturaleza en diferentes países de América (Ecuador, Colombia, Chile, Perú, México, etc.) que merecerían intercambiar sus experiencias y ser mejor difundidas.

Vale la pena insistir en que nos parece ilusorio querer generalizar rápidamente estas experiencias, ya que tanto las estructuras sanitarias oficiales como las mentalidades de la mayoría de los agentes de salud no están preparadas para tal aceptación. No se deben subestimar las resistencias psicológicas que se amparan muchas veces en pretextos racionalizados. Nos parece preferible escoger estratégicamente proyectos apoyados en espacios bien definidos y con gente altamente motivada. La calidad de los recursos humanos es aquí fundamental y condiciona en gran medida el éxito de tales proyectos. Apostar inicialmente a la calidad lleva a mediano plazo a la cantidad. A la inversa, apostar a la cantidad, a proyectos masivos, no conlleva necesariamente la calidad y existe el riesgo de que éstos proyectos degeneren hasta perder también la cantidad.

El campo de la Profilaxis. La cooperación entre los diferentes agentes de salud en campañas masivas profilácticas, como por ejemplo la reducción del bocio y el cretinismo o la prevención del tétanos infantil, sería ampliamente beneficiada por el diálogo intercultural. Se pueden conseguir resultados muy interesantes a corto plazo.

El campo de la Salud Mental. Siempre encontramos a las medicinas tradicionales en la frontera entre los problemas psicológicos y los problemas espirituales (entre lo “psi” y lo “spi”). La intervención de este tipo de medicinas puede ser de gran ayuda a la hora de compensar las deficiencias de la salud mental occidental, reducida cada día más a una psiquiatría “biologicista” de contención. Los trabajos acerca de las herencias transgeneracionales del psiquiatra británico K. Mc All (1989, 1994), los del médico francés Sergui Thigou (2002) explorando la medicina tradicional tibetana o las primeras investigaciones de la Psicología Transpersonal son

buenos ejemplos (Grof, 1983 y 1984). También los estudios del jesuita francés Eric De Rosny (1981, 1996, 2002), iniciado en una tradición africana de Camerún. Es urgente que se establezcan políticas de salud mental que incluyan ambas medicinas. Recordemos que el 40% de los países del mundo carecen de política en salud mental.

El campo de la Ética. Existen valores básicos de ambas medicinas que pueden ser compartidos, por ejemplo, la atención a los pacientes. Los colegios médicos disponen de tales códigos y los grupos indígenas han empezado a considerar la formulación de códigos propios. Así, la Unión de Médicos Yageceros de Colombia redactó un Código de Ética llamado “El Pensamiento de los Mayores” (Umiyac, 2000), que se ha constituido como un modelo en este ámbito y podría servir de inspiración para otros grupos. Ya ha sido considerado para su aprobación y difusión en varios encuentros indígenas, como el de la Red Internacional de Médicos Tradicionales Ayahuasqueros, que a su vez emitió un interesante pronunciamiento (ver Anexo 1). Estos documentos concertados pueden transformarse en instrumentos de autocontrol de los practicantes de las medicinas tradicionales (ver Anexo 2 y Anexo 3). Del otro lado, en el año 2012, profesionales de la salud del mundo occidental vieron la necesidad de proponer un manifiesto a modo de código ético acerca del uso de las medicinas tradicionales indígenas americanas (ver Anexo 4).

El campo de la Epidemiología. Los agentes tradicionales de salud no sólo pueden colaborar con las evaluaciones epidemiológicas convencionales, sino formular sus propios instrumentos de evaluación. En la práctica, son verdaderos epidemiólogos de campo que pueden dar cuenta de una percepción diferente de la realidad y las problemáticas de salud. En este ámbito del sufrimiento humano, la subjetividad juega un papel esencial e innegable, así como el predominio de las funciones de un hemisferio cerebral sobre el otro (por ejemplo, en la representación del tiempo-espacio y del esquema corporal). La sintomatología varía en función del contexto cultural y requiere que los instrumentos de recolección de datos estén muy afinados para no caer en criterios establecidos sobre estándares ajenos (por ejemplo la relación talla/peso de los niños).

El campo del Diálogo. Consideramos que es necesario “liberar” la palabra en todos los espacios de nuestras multiculturales y multiétnicas sociedades latinoamericanas. Ya lo señalamos, nadie saldrá indemne de ello, la evolución es necesaria. El antiguo sistema local de “cabildos” tomaría la forma de Foros Abiertos de Salud en todas las instancias y niveles (local, regional, nacional), de manera que los diferentes actores de la sociedad civil (desde los usuarios de servicios de salud hasta representantes de Iglesias pasando por las diversas

asociaciones, gremios y ONGs) puedan tomar la palabra. La retención de los sentimientos de frustración degenera luego en violencia y ésta sólo es capaz de generar más violencia. El aprendizaje basado en el dialogo abierto y sincero está tachado por los antecedentes negativos de la imposición desde la esfera pública y oficial. La liberación de la palabra es por sí misma capaz de traer un mejor ambiente de paz social y favorecer una descarga controlada de la violencia en marcos democráticos eficientes. Es llamativo remarcar que en este “planeta triste” donde impera una depresión masiva compartida por todos los pueblos, los estudios demuestran que en las culturas no occidentales las terapias de verbalización tienen excelentes resultados (Pepper y Cunningham, 2004). La palabra confiscada debe ser devuelta a los pueblos como una necesidad imperativa y vital.

2.- Fomento de una capacitación mixta

Consideramos que la introducción de la reflexión epistemológica en la formación académica es imprescindible. Los futuros profesionales deben ser capaces de contextualizar y relativizar su conocimiento para ubicarlo dentro del paradigma occidental, de manera que se eviten los terribles errores del reduccionismo racionalista, positivista y materialista. Ésta es una cuestión transversal que concierne a todas las disciplinas, no solamente a las de la salud.

Esta preparación teórica iría de la mano de trabajos en el terreno con una mentalidad abierta y la posibilidad de la auto-experimentación. Se trata de poder introducir nuevos métodos de aprendizajes no excluyentes, así como nuevas modalidades de comunicación. El conocimiento directo, las vivencias que nos remiten a las funciones del cerebro derecho, posibilitan la apertura de la conciencia a novedosas perspectivas de aprehender la realidad y a la formulación de soluciones ante problemáticas complejas y desafiantes. La maestría que muestran las medicinas tradicionales en técnicas de inducción controlada de ampliación de la conciencia permite el descubrimiento de enfoques insospechables y sumamente enriquecedores. La experiencia de Takiwasi en este campo es muy alentadora.

El terreno favorece el encuentro en vivo y en directo de los diferentes actores de la sociedad a pesar de sus diferencias socio-culturales, no permite el escapismo estéril en teorías evanescentes y obliga a una confrontación pragmática de las situaciones concretas. De esta manera, crea solidaridades, establece vínculos afectivos, colorea el academicismo de emociones vitales, pule el idealismo y lo enraíza con el peso de la cotidianeidad. Es en él donde nacen las vocaciones individuales y se forjan los recursos humanos con una motivación a toda prueba.

Recíprocamente, los miembros de cada grupo étnico deben conocer las raíces culturales de su pueblo, su cosmovisión ancestral, sus postulados epistemológicos.

¿Qué podría decir un agente de salud indígena de sus medicinas si no pasó por un mínimo de iniciación personal en su tradición? Para defenderse del poder avasallador del sistema occidental y salir de la fascinación que muchas veces genera (con sus derivados de la idealización o de la satanización), es preciso que conozca también las debilidades y limitaciones de este modelo. Como ya lo señalamos, un joven indígena debe poder revalorar su herencia cultural sabiendo las riquezas que encierra y la coherencia de sus aportes con los últimos adelantos de la ciencia moderna, especialmente el pensamiento relativista. Para ello, además de la transmisión vivencial en el terreno, nos parecen interesantes los intentos de establecimiento de Universidades Indígenas y de Escuelas de Aprendizaje. Sin embargo, es necesario que sepan desmarcarse de los modelos occidentales para no copiarlos ni tampoco rechazar sus instrumentos metodológicos por pura oposición sistemática. En todo este esquema de articulación, las posturas extremas nos parecen inadecuadas, poco pragmáticas y fructíferas, y con aguda falta de discernimiento. Un proceso de diferenciación, como en el crecimiento psicológico, no significa el rechazo masivo y violento ni tampoco una adhesión ciega a los modelos (parentales en un caso y culturales en el otro), sino la elaboración paulatina de criterios propios que permitan seleccionar en los modelos referenciales lo que se debe guardar o descartar. Por ejemplo, creemos válidos los modelos de redes entre grupos étnicos para el aprendizaje aunque no sea una fórmula tradicional y más bien pertenezca a procedimientos universalizantes occidentales (como los modelos de la Umiyac y la Rimtay). O igualmente, como lo propone la Universidad Indígena de Quito, fomentar el uso de la enseñanza electrónica a distancia, de forma que se permita una capacitación semi-presencial que no obligue al estudiante indígena a alejarse de su comunidad y permanecer en centros urbanos donde se desvincule de sus raíces.

3.- Ampliación de las perspectivas de investigación

Se requiere que parte de los fondos para la investigación en salud sea orientado a la evaluación de los resultados de las medicinas tradicionales, de manera que se pueda visibilizar su evidente validez. La participación activa de los agentes de salud tradicional permitiría reducir considerablemente los costos y abarcar un amplio campo de datos.

En cuanto a la validación de las propiedades de las plantas medicinales ya señalamos que los métodos clásicos de evaluación son inalcanzables económicamente. Además, se orientan principalmente a la identificación de los principios activos que sirvan a la industria farmacéutica para la fabricación de medicamentos. Sin embargo, se están usando metodologías mucho menos pesadas y costosas de evaluación del uso de plantas en

su integridad para la aplicación directa. Implican no sólo ventajas económicas y de reducción del tiempo de oferta en el mercado, sino que también ofrecen un mejor acceso a la población rural y de bajos recursos, presentando efectos secundarios mucho más reducidos que las fórmulas químicas. Estos sistemas de evaluación corta ya se han desarrollado en países como China y México. Ciertas ONGs especializadas como Enda-Caribe con sus seminarios "Tramil" (Weniger y Robineau, 1988) tienen una amplia experiencia en este campo y ya publicaron numerosos resultados de sus investigaciones. Se basan en el conocimiento tradicional popular para luego acudir al más especializado (curanderos), lo recolectan y sistematizan, para terminar devolviéndolo a las poblaciones de donde proviene. Así, cuando hay datos idénticos y repetidos sobre una misma planta obtienen resultados válidos gracias a la estrategia de observación empírica.

Sugerimos establecer sistemas de evaluación comparativa de resultados de tratamiento en patologías determinadas por ambas medicinas. Se podrán apreciar también los riesgos de cada tratamiento, así como sus efectos secundarios, costos, accesibilidad, etc., de manera que a través de estos datos se puedan establecer políticas adecuadas de salud. La evaluación parcial de una intervención técnica aislada no puede dar cuenta de su eficiencia en el terreno. ¿Para qué sirve una máquina de exámenes complementarios si nadie puede asumir el costo de sus pruebas? ¿Porqué insistir en la ingesta de verduras en comunidades ganaderas de altura donde no crecen y no es parte de la dieta ancestral? La Dra. Rosa Giove del Centro Takiwasi empezó así un trabajo comparativo para evaluar los cuatro cuadros más frecuentemente atendidos en la Alta Amazonía peruana: luxación, reumatismo, atención de parto normal y gastroenteritis aguda.

Creemos también que los procedimientos de las medicinas tradicionales merecen exploraciones mucho más profundas ya que, como lo dijimos anteriormente, ofrecen coincidencias muy sorprendentes con los más modernos avances de la ciencia occidental. Podrían inspirar protocolos de investigación sofisticados y contribuir a la elaboración de hipótesis audaces que obtienen el beneficio de una convalidación empírica milenaria que ha demostrado poseer un alto índice de eficacia. Por esta vía, se podrá también mostrar la coherencia de los saberes tradicionales y fomentar un mayor respeto a los pueblos que lo elaboran.

4.- Intervenciones recomendables a nivel legal

La prioridad, a nuestro parecer, está en la no intervención del Estado tanto para realizar la legislación sobre los contenidos de las prácticas de las medicinas tradicionales como para el reconocimiento de sus agentes. Abstenerse es el mejor servicio que podría brindar a la colectividad. La única intervención aceptable debería

apuntar a proteger el espacio de esas prácticas y fomentar su auto-regulación del mismo modo que se aceptan asociaciones auto-controladas de psicoanalistas, psicoterapeutas o colegios de profesionales encargados de una supervisión ética de sus afiliados. Esta protección permitiría compensar la asimetría actual que otorga el poder económico, legal, cultural y pedagógico a las medicinas occidentales, además de la considerable presión económica del mercado de la salud y especialmente de la industria farmacéutica. Ni el Estado, ni los grupos indígenas, ni los agentes de salud tradicional obtendrían ningún beneficio del intento de regir y controlar las medicinas tradicionales desde la formalidad pública. Los eventuales "abusos" de practicantes de las medicinas tradicionales (violación, estafa, etc.) deberían ser regulados por el derecho penal vigente como para cualquier ciudadano, no requiere de legislación particular. El aparato del Estado además está en la incapacidad material, cultural, económica, moral y técnica de tener tales pretensiones. No nos olvidemos que en Perú y Ecuador del 30% al 40% de la población tan solo tiene acceso a las medicinas tradicionales, alcanzando el 70% en la India y hasta el 90% en Etiopía (OMS, 2002). ¿Qué ley podría definir si un "mal aire", un "susto" o una "brujería" ha sido el buen diagnóstico? ¿Qué médico occidental está en capacidad de evaluar la validez del título de "curandero", "maestro" o "yachak" de un indígena? Dejar el espacio abierto y evitar el celo fiscalizador nos parecen medidas de prudencia. Es preferible ayudar las iniciativas indígenas para el establecimiento de sistemas de regulación y autocontrol. Apuntan en este sentido la elaboración de códigos de ética, el fomento de asociaciones de agentes de salud (parteras, sobadores o huéseros, curanderos, ayahuasqueros, vegetelistas, etc.), la realización de eventos de intercambio y capacitación, la construcción de redes, la publicación de manuales de salud, la apertura de cabildos indígenas reguladores o círculos de ancianos, la atribución de becas de estudio para jóvenes indígenas, la constitución de repertorios de agentes de salud (con expediente relativo a su capacitación tradicional, su especialidad...), el establecimiento de indicadores de costos referenciales, etc.

Tenemos que recordar que el panorama planteado al inicio de este artículo da cuenta del "mestizaje" activo de los conocimientos de salud y de la multiplicidad de prácticas médicas que desbordan ampliamente la división simplista entre los dos campos de la medicina tradicional y de la medicina occidental. Cualquier intento de legislación no podría evitar confrontarse con esta compleja maraña en la que se solapan las terapias complementarias o "paralelas", las medicinas tradicionales no indígenas de América, las corrientes modernas de la "Nueva Era", etc. En este contexto podemos encontrar curanderos que usan inadecuadamente antibióticos y médicos que indican plantas sin conocer sus condiciones de uso (dietas necesarias, por ejemplo), así como la

prescripción de principios activos puros que desnaturalizan las indicaciones de la planta en su conjunto. Consideramos necesario limitar el acceso a ciertos gestos técnicos especializados que conllevan un riesgo importante. Al igual que se exige una capacitación mínima para realizar un acto quirúrgico o prescribir neurolépticos, habría que aceptar la posibilidad de que un consejo de ayahuasqueros descalifique a un occidental, mestizo o indígena que no tiene la formación mínima para pretender curar con ayahuasca, y sea señalado públicamente.

Proteger las medicinas tradicionales significa también proteger sus recursos y las condiciones de vida de los pueblos indígenas. Un pueblo indígena sin territorio propio o con un medio ambiente contaminado deja simplemente de existir. El Estado tiene que ofrecer las condiciones legales que permitan a estas poblaciones y culturas no sólo sobrevivir, sino vivir plenamente. Las personas que tienen la capacidad de decisión en las altas esferas políticas tienen que visualizar esto no sólo como una necesidad de los pueblos indígenas, sino como una necesidad vital para ellos mismos y sus descendientes. Los mejores agentes de protección ecológica son los que viven desde hace siglos o milenios en los mismos contextos que se quieren proteger y que, además, velan por la supervivencia de toda la sociedad.

En lo que concierne a los recursos propios de las prácticas médicas, es urgente crear centros de protección contra la biopiratería. Estas entidades deberían constituirse dentro de un marco regional (andino, mesoamericano...) para tener mayor fuerza y recursos. La medicina tradicional debe activar mecanismos para patentar sus conocimientos y evitar la depredación voraz de la industria farmacéutica. Para ello, se podría apoyar en los instrumentos legales ya existentes como el Convenio sobre Diversidad Biológica de 1993, las directivas de Bonn del 2002 y la Estrategia Regional de Biodiversidad del 2002. Es recomendable que las instancias encargadas de esta tarea se coordinen con las ONGs comprometidas y con la Organización Mundial de Propiedad Intelectual en Ginebra (OMPI, 2001). No se puede dejar de señalar que ciertos grupos indígenas, desconfiando por experiencia de las normas de carácter internacional y su justa aplicación, están ya estableciendo bancos privados de semillas para proteger su propia biodiversidad, previniendo la eventual obligación futura de acudir a las transnacionales de la agroindustria para poder abastecerse de semillas oriundas de sus propias regiones. El intento del lobby mundial en este campo para imponer semillas modificadas genéticamente (OGM: Organismos Genéticamente Modificados) pone seriamente en peligro la biodiversidad actual con fines evidentes de instituir una dependencia económica hacia esta industria y, por lo tanto, dando la razón a las estrategias de evitación que se asemejan a las de la desobediencia civil. Por ello, dentro de esta misma dinámica, y especialmente en las negociaciones de tratados de libre comercio (TLC-ALCA) se

requiere normalizar el acceso a los recursos genéticos y la distribución justa y equitativa de sus beneficios.

Los recursos económicos a los que pueden acceder países pobres a partir de la venta de plantas medicinales no deberían ser obviados. Los beneficios deberían distribuirse entre los pueblos indígenas que descubrieron sus usos y las organizaciones vinculadas a las medicinas tradicionales. De igual manera que se acuerda un canon petrolero o minero en ciertas regiones y determinadas instituciones, una regalía mínima en este rubro de exportación permitiría financiar numerosos proyectos de desarrollo y fomento del saber tradicional. En este sentido sugerimos también promover la industria local de transformación de las plantas medicinales y no sólo la venta de materia prima o la extracción de principios activos.

Para la valoración de todos estos conocimientos sería adecuado conseguir la creación de un Centro Colaborador de la OMS para el estudio y uso de las plantas medicinales. Aunque América Latina es la zona de mayor biodiversidad del planeta, no hay uno sólo de estos centros a pesar de los 20 que actualmente existen en el mundo. Una estrategia regional andina sería conveniente también a este nivel.

Los usuarios de salud son a fin de cuentas los destinatarios finales de toda estrategia de salud pública. Creemos que una de las mejores maneras de instalar un sistema que asegure como prioridad la satisfacción de los usuarios es el de la libre opción terapéutica. Por supuesto esta opción supone una sana competencia de redes de servicios que permita al usuario una verdadera elección y, por ende, conllevaría una regulación de las reglas de competencia (en el uso de medios publicitarios, en el acceso al seguro social, en la regulación de constitución de redes, etc.). Es de notar que, en la actualidad, esta política es defendida en los países del Norte por grupos siempre crecientes de usuarios que reclaman que el enfermo pueda escoger libremente la medicina que le parece. Esto conlleva asumir una mayor responsabilidad personal sobre la salud y, por ende, actitudes de prevención y profilaxis. Obliga a los grupos que ofrecen esos servicios a ser eficientes, adaptarse culturalmente, rebajar sus costos, fomentar la prevención para reducir sus gastos, etc. Este sistema permite evidenciar una evaluación por los usuarios de los servicios ofertados. Una terapia eficaz no tendrá dificultad alguna para establecerse. Esto permitirá evidenciar las resistencias de la medicina occidental disfrazadas de preocupaciones de "seguridad", intentando evitar a toda costa este tipo de evaluación pues podrían salir desfavorecidas.

Conclusiones

Como hemos visto, el proceso de articulación de las medicinas occidentales y tradicionales se enfrenta a fuertes resistencias y presiones al mismo tiempo que se evi-

dencia como una necesidad para el conjunto de la sociedad.

El estatus de la medicina occidental dominante está apoyado en intereses económicos gigantescos, a tal punto que ciertas transnacionales llegan a tener un presupuesto que rebasa el de ciertos países del Sur (Bauchet, 2003). Por otro lado, estas mismas industrias son cada día más enérgicamente criticadas por grupos de ciudadanos de los propios países del Norte (Forcades i Vila, 2006) e inclusive por notables representantes de la comunidad científica (Even y Debré, 2012), desatando así vivas polémicas y fuertes resistencias. Así, aparece progresivamente una alianza objetiva y estratégica entre los pueblos del Sur, el Tercer Mundo y un Cuarto y Quinto mundos creciendo a gran velocidad. Las fronteras se desplazan y no separan tanto a los países “ricos” de los países “pobres”, sino a los beneficiarios del *statu quo* del sistema imperante, tanto del Norte como del Sur, de los excluidos y marginados: ese número creciente de los frustrados e insatisfechos, de los cansados y decepcionados de un sistema occidental agonizante, injusto y amoral que se encuentra tanto en el Sur como en el Norte. La economía mundial está basada en una dinámica *per se* amoral como lo demuestran ampliamente ciertos economistas de renombre (Latouche, 2003). Las presiones económicas deben encontrar respuesta a nivel de la sociedad civil y de alianzas estratégicas entre instituciones y grupos del Norte y del Sur.

Además de hacer explícito todo este desolador panorama, creemos que es necesario también insistir en el otro reto, el de las resistencias psicológicas, que no son menos poderosas que el poder económico sino que aparecen entrelazadas. Vencer los bloqueos del miedo y de la arrogancia es un desafío extraordinario que demanda una inversión de energía poco común. Si enfrentar el poder económico apela a medios globales y colectivos a veces complejos y de largo plazo, el enfrentamiento de las resistencias psicológicas puede empezar desde ahora y a nivel individual, por uno mismo. No hay movimiento colectivo eficaz a largo plazo si no se apoya en la suma de ciudadanos “libres y responsables”. Es más, numerosos movimientos colectivos de liberación se han apoyado en unos pocos líderes altamente motivados y preparados. Recordemos a título ilustrativo el poder de un Mahatma Gandhi para cristalizar multitudes alrededor suyo, mostrar la potencia de la no-violencia y liberar a un país tan grande como la India del dominio del Imperio británico. La inversión en la preparación sería de líderes, por ejemplo dentro de los pueblos indígenas, es una operación sumamente rentable y una herramienta extremadamente eficaz.

El trabajo sobre sí mismo corresponde a una exigencia de evolución personal que equivale en las sociedades occidentalizadas a los procesos iniciáticos de las sociedades tradicionales. El auto-conocimiento debe desembocar en una mejor definición de la personalidad,

de la vocación, de un sistema propio de creencias y de los límites. Conlleva un proceso de apertura y flexibilidad mental, inspira la paciencia, fomenta la humildad y genera la compasión auténtica hacia los demás. Para ello, los espacios iniciáticos deben ser correcta y paulatinamente reactivados en las sociedades tradicionales y, en ocasiones, creados de nuevo en los espacios modernos donde fueron erradicados.

Aplicar estas propuestas al campo de la salud supondrá que los agentes de salud puedan reconocer los respectivos límites de sus prácticas y sepan transferir sus pacientes cuando sea necesario. Si el curandero identifica una “enfermedad del hombre” (daño), la tratará; pero si es una “enfermedad de Dios” (natural) que escapa a su poder curativo, o una emergencia quirúrgica, o una gran deficiencia orgánica, sabrá mandar a su paciente a la posta médica. Igualmente, el médico es obligado por la responsabilidad ética a tomar en consideración los factores psico-espirituales en la consulta médica o, en su defecto, a derivar su paciente a las personas adecuadas (curanderos o responsables religiosos). Si reconoce un “susto”, evitará dar tranquilizantes adictivos para proponer la simple “soplada” o “limpieza” del *yachak* que resolverá el asunto eficazmente, en poco tiempo y a costo reducido. La obstetra se abstendrá de intervenir si el embarazo es normal y la parturienta desea dar a luz con la partera local de reconocida trayectoria.

Esta relación de colaboración, para volverse fluida, necesita un intercambio en la formación, capacitación y aprendizaje. La experimentación directa es buena maestra. Es deseable ver a los curanderos delante de los microscopios y a los médicos tomando ayahuasca. Son iniciaciones recíprocas. La obstetra aprenderá cómo atender un parto en cuclillas mientras la partera mejorará la higiene profiláctica del tétanos neo-natal. El fisioterapeuta o traumatólogo podrá reducir manualmente “lisiados” (luxaciones, dislocaciones) sin necesidad de enyesar mientras el sobador descubrirá métodos modernos de masajes, osteopatía o quiropraxia. Los médicos modernos compararán los datos de la toma del pulso con las informaciones del médico tradicional en este mismo acto diagnóstico.

La articulación de las medicinas es, ante todo, un encuentro entre personas. Un encuentro, en vivo y en directo, de personas que se educaron en distintas medicinas. Si hemos visto como una de ellas exalta las funciones de un hemisferio cerebral y la otra las del otro, al final, el trabajo consiste en re-armonizar cerebros izquierdos y derechos, restablecer el balance entre lo femenino y lo masculino. El otro se vuelve entonces en espejo revelador de las deficiencias de uno mismo, pero esto necesita cierto coraje para ser aceptado. Requiere del valor para transformar el miedo a lo diferente y ajeno en aspiración a conocerlo, descubrirlo y apreciarlo.

Occidentales e indígenas están invitados a salir del pensamiento dualista enfermizo en el cual se proyecta el

“mal” afuera, en el otro. En el pensamiento médico alopático, como lo indica su calificativo, el “mal” físico es “alógeno” (exterior: virus o bacteria) según la doctrina pasteuriana. A nivel psicológico, lo ajeno está en mi inconsciente (mi “otro yo”). Se estableció una separación cuerpo-mente que fragmenta (neurosis) y hasta disocia (psicosis) al ser humano. La “sombra” del racionalismo occidental se esconde en el espacio oculto de su conciencia: la dimensión espiritual negada. Por ello, las terapias tradicionales de carácter iniciático que incluyen una exploración del inconsciente mediante estados modificados de conciencia son particularmente indicadas para los occidentales. Para el mundo indígena, la proyección del “mal” se realiza en el miembro del otro grupo, de la otra tribu, clan o familia. Ello fomenta un sistema defensivo y ofensivo oculto que se gestiona en guerras mediante prácticas de brujería, magia o hechicería. La liberación del “mal” pasa en este caso por la terapia de la verbalización que da acceso a la palabra liberadora que estructura el discurso, racionaliza las emociones y da acceso a la conciencia individual y al inconsciente personal. Vale decir que podemos ser recíprocamente terapeutas unos para los otros si se establece una suficiente confianza.

Los espacios que así permitan frecuentarse, conocerse, apreciarse, valorarse... y tal vez amarse, juegan por lo tanto un valor esencial. La pasarela entre los dos hemisferios está constituida por el cuerpo caloso y el puente límbico que determinan el “humor” de una persona, su tónica emocional de fondo. Como el amor en el corazón, simboliza un centro de convergencia, un lugar irremplazable de encuentro y de unión.

Bibliografía

Abbott, R. B., Hui, K. K., et al. (2010). Medical student attitudes toward complementary, alternative and integrative medicine. *The Journal of the American Osteopathic Association*, 112 (7), 437-446.

Almendro, M. (2003). *Psicología del caos*. Madrid: La Llave.

Apffel-Marglin, F. (2011). Re-entangling the Material and the Discursive, Quantum Physics and Agential Realism, en F. Apffel-Marglin, *Subversive Spiritualities. How Rituals Enact the World*, (pp. 55-63), New York: Oxford University Press.

Barad, K. (2007). *Meeting the Universe Halfway: Quantum Physics and the Entanglement of Matter and Meaning*. Durham: Duke University Press.

Bauchet, P. (2003). *Concentration des multinationales et mutation des pouvoirs de l'État*. Paris : CNRS.

Beauregard, M. y O'Leary, D. (2007). *The Spiritual Brain: A Neuroscientist's Case for the Existence of the Soul*. New York: Harper Collins Publishers.

Belmonte, C. (2007). Emociones y Cerebro, VII Programa de Promoción de la Cultura Científica y Tecnológica. *Rev. R. Acad. Cienc. Exact. Fís. Nat.*, 101 (1), 59-68.

Bernard, C. (1966). *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*. Paris: Garnier-Flammarion.

Brown, M. (1994). Portals of Power: Shamanism in South America. *The Latin American Anthropology Review*, 6 (1), 47.

Bruneton, J. (1993). *Pharmacognosie, Phytochimie, Plantes Médicinales*. Paris: Lavoisier.

Cabieses, F. (ed.) (2003). *Ayer y Hoy: Las plantas Medicinales*. Lima: Universidad Científica del Sur.

Cabieses, F. (2007). *La salud y los dioses. La medicina en el antiguo Perú*. Lima: Universidad Científica del Sur.

Cambayrac, F. (2007). *La vérité sur les maladies émergentes*. Paris: Marco Pietteur.

Castro, J. (2007). La Malaria en el Nuevo Mundo: de los Orígenes al Siglo XXI. *Comunidad y Salud*, 5 (1).

Chiappe, M. (1968). Técnica del tratamiento curanderil del alcoholismo. *Anales del V Congreso Latinoamericano de Psiquiatría*. Colombia.

Chiappe, M. (1974). *Curanderismo: psiquiatría folklórica peruana*. Tesis de Doctorado en Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima.

Chiappe, M. (1977). El empleo de alucinógenos en la psiquiatría folklórica. *Boletín de la OPS*, 81 (2), 176-186.

Coppo, P. (1999). *Etnopsiquiatría*. Milano: Il Saggiatore.

Dagnino, J. (2006). Los cirujanos y la cocaína. *Ars Medica, Revista de Estudios Médico Humanístico*, 14 (14).

De Deyn, P. P. y Dhooge, R. (1996). Placebos in clinical practice and research. *J. Med. Ethics*, 22 (3), 140-146.

- De Rosny, E. (1981). *Les yeux de ma chèvre*. Paris : Plon.
- De Rosny, E. (1996). *La nuit, les yeux ouverts*. Paris: Seuil.
- De Rosny, E. (2002). Un ministère chrétien de la voyance à Douala ou 'soigner la représentation', en R. Massé y J. Benoist, *Convocations thérapeutiques du sacré*, (pp. 353-373), Paris: Karthala.
- Di Raimundi, R. (2013). Il Bellaria sperimenta la meditazione tibetana. *La Repubblica*, sabato 5 gennaio, Bologna. www.ausl.bologna.it
- Duesberg, P. H. (1996). *Inventing the AIDS virus*. Washington, D.C.: Regnery Publishing.
- Ellul, J. (1977). *Le système technicien*. Paris: Calmann-Levy.
- Even, P. y Debré, B. (2012). *Le guide des 4.000 médicaments utiles, inutiles ou dangereux*. Paris: Le Cherche-midi.
- Fagon, J. Y. (2012). *Médecines Complémentaires à l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris*. Paris: Rapport.
- Forcades i Vila, T. (2006). Los crímenes de las grandes compañías farmacéuticas. *Cuadernos Cristianisme i Justícia*, 141.
- Friedberg, C. (1965). Des Banisteriopsis utilisés comme drogue en Amérique du Sud. *J. Agric. Trop. et Bot. Appliquée*, 12, 9-12.
- Furst, P. T. (1976). *Hallucinogens and Culture*. New York: Chandler & Sharp Publishers.
- Giove, R. (2002). *La liana de los Muertos al rescate de la Vida: Medicina Tradicional en el Tratamiento de las Toxicomanías. 7 años de experiencia del Centro Takiwasi*. Lima: Devida & Takiwasi.
- Giraldo, R. (2002). *SIDA y agentes estresantes*. Antioquia: Universidad de Antioquia.
- González, J. M. (2011). Etnografía de un encuentro. Chamanismo transcultural en la Ciudad de México. *Journal of Transpersonal Research*, 3 (2), 70-84.
- Goozner, M. (2005). *The \$800 Million Pill: The Truth behind the Cost of New Drugs*. Berkeley: University of California Press.
- Gregory, R. L. (1965). *El ojo y el cerebro: psicología de la visión*. Madrid: Guadarrama.
- Grim, J. (1983). *The Shaman: Patterns of Religious Healing Among the Ojibway Indians*. Norman: University of Oklahoma Press.
- Grof, S. (1983). *Royaumes de l'inconscient humain*. Paris: Editions du Rocher.
- Grof, S. (1984). *Psychologie Transpersonnelle*. Paris: Editions du Rocher.
- Grosman, M., Lenglet, R. y Sullivan R. (2011). Menaces sur nos neurones (Actes Sud). *Lancet Oncology*, 12 (10), 933-980.
- Guerra, M., Torres, D. y Martínez, L. (2001). Validación del uso tradicional de plantas medicinales cultivadas en Cuba. *Rev. Cubana Plant Med*, 2, 48-51.
- Hargreaves, J. R., Boccia D., Evans, C.A., Adato M., Petticrew, M. y Porter, J. (2011). The Social Determinants of Tuberculosis: From Evidence to Action. *American Journal of Public Health*, 101(4), 654-662.
- Herzog, B. (1987). *L'Imaginaire Cancéreux. ¿Paris?:* Maisonneuve.
- Hróbjartsson, A. y Gotzsche, P. (2001). Is the placebo powerless? An analysis of clinical trials comparing placebo with no treatment. *N Engl J Med*, 344, 1594-1602.
- Hyland, M.E. (2003). Using the placebo response in clinical practice. *Clin Med*. 3 (4), 347-350.
- Iggers, G. (1965). The Idea of Progress. A Critical Reassessment. *The American Historical Review*, 71 (1), 1-17.
- Jemal, A., Bray, F., Center, M. M., Ferlay, J., Ward, E. y Forman, D. (2011). Global cancer statistics. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 61 (2), 69-90.
- Jones, K. E., Patel, N. G., Levy, M. A., Storeygard, A., Balk, D., Gittleman, J. L. y Daszak, P. (2008). Global trends in emerging infectious diseases et al. *Nature*, 451 (7181), 990-993.

- Juan Pablo II (2003). *El desafío de la depresión*. Discurso en la XVIII Conferencia Internacional del Consejo Pontificio para la Salud, Vaticano.
- Kessler, R., Berglund, P. y Demler, O. (2003). The Epidemiology of Major Depressive Disorder: Results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Journal of the American Medical Association*, 289 (23), 3095-3105.
- Kiene, G. S. y Kiene, H. (1996). Placebo effect and placebo concept: a critical methodological and conceptual analysis of reports on the magnitude of the placebo effect. *Altern Ther Health Med*, 2 (6), 39-54.
- Koenig, H. G., McCullough, M. y Larson, D. (2001). *Handbook of Religion and Health*. New York: Oxford University Press.
- Larcher, H. (1990). *La Mémoire du Soleil: Aux frontières de la mort*. Paris: DésIris.
- Larson, D. B., Levin, J., Levin J. S. y Koenig, H.G. (2005). *Faith, Medicine, and Science: A Festschrift in Honor of Dr. David B. Larson*. New York: The Haworth Pastoral Press.
- Latouche, S. (2003). *Justice sans limites: le défi de l'éthique dans une économie mondialisée*. Paris: Fayard.
- Lezaeta, M. (1971). *La Medicina Natural al alcance de todos*. Buenos Aires: Kier.
- Llamazares, A. M. (2011). *Del reloj a la flor de loto: Crisis contemporánea y cambio de paradigmas*. Buenos Aires: Del Nuevo Extremo.
- Lozano, J. (2003). Actas del 18vo Congreso Internacional del Consejo Pontificio de la Pastoral de la Salud.
- Mabit, J., Campos, J. y Arce, J. (1993). Consideraciones acerca del brebaje Ayahuasca y perspectivas terapéuticas. *Revista Peruana de Neuropsiquiatría*, 55 (2), 118-131.
- Mabit, J. (1994). *Plantes-poisons ou Plantes-médecines?* Conferencia presentada en el Coloquio Internacional "Droga y Medio Ambiente" organizado por Medio Ambiente Sin Fronteras (ESF) y el Ministerio Francés de Investigación, París.
<http://www.takiwasi.com/fra/pub06.php>
- Martín, J. A. (1990). La eficacia de la medicina tradicional. *Revista de Folklore*, 116 (10b), 39-40.
- Maturana, H. y Varela, F. (1980). *Autopoiesis and Cognition: The Realization of the Living*. Boston: Reidel.
- Maunaury, M. F. *Rêve, Sida et Individuation*. No publicado.
- Mc All, K. (1989). *Healing the haunted*. London: Darley Anderson.
- Mc All, K. (1994). *A guide to healing the family tree*. Scotland: The Handsel Press Ltd.
- McKeown, T. (1979). *The Role of Medicine. Dream, Mirage or Nemesis?* New Jersey: Princeton University Press.
- Méndez, R. (1991). Doscientos años de digital. *Salud Pública*, 33 (3), 285-295.
- Morgan, G., Ward, R. y Barton, M. (2004). The contribution of cytotoxic chemotherapy to 5-year survival in adult malignancies. *Clin Oncol (R Coll Radiol)*, 16 (8), 549-60.
- Narayanan, P. R. (1999). Fifteen years follow up of trial of BCG vaccines in South India for tuberculosis prevention. *Indian J Med Res*, 110, 56-69.
- Narby, J. (1999). *La serpiente cósmica: El ADN y los orígenes del saber*. Tarapoto: Takiwasi.
- Nathan, T. (1999). *La influencia que cura*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Nelkin, D. y Lindee, S. (1998). *La mystique de l'ADN*. Paris: Belin.
- Newman, J. D. y Harris, J. C. (2009). The scientific contributions of Paul D. MacLean (1913-2007). *J. Nerv. Ment. Dis.*, 197 (1), 3-5.
- Nottale, L. (1998). *La relativité dans tous ses états*. Paris: Hachette.
- Organización Mundial de la Propiedad Intelectual (OMPI) (2001). *Intergovernmental Committee on Intellectual Property and Genetic resources traditional knowledge and folklore, Second Session*. Ginebra: WIPO/GRTKF/IC/2/11
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2001). *Atlas de recursos en salud mental en el mundo*. Ginebra: OMS.

- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2002). *Perspectivas políticas sobre medicamentos de la OMS*, nº 2. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2011). *Causes of death 2008 update*. Ginebra: OMS.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2006). *Medicina indígena tradicional y medicina convencional*. San José: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (2002). *Pautas generales para las metodologías de investigación y evaluación de la medicina tradicional*. Ginebra: OPS/OMS.
- Orlando, J. C. (1964). Sobre el cerebro visceral. Documentación histórica de una prioridad científica. *Rev Arg Neurolog y Psiquiat*, 1, 297-301.
- Orlando, A., Abreu, I. y Cuéllar, A. (2008). Estrategias en la selección de las plantas medicinales a investigar. *Rev Cubana Plant Med*, 13 (3).
- Patiño, V. M. (1963). *Plantas cultivadas y animales domésticos en América equinoccial III: fibras, medicinas, misceláneas*. Cali: Cali, Imprenta Departamental.
- Pepper, T. y Cunningham, J. (2004) Sadplanet: depression has become global disease. Breathing new life into talk theory. *Newsweek*, June 21, 40-45. (Cover story).
- Pérez, L. y Argueta, A. (2011). Saberes indígenas y diálogo intercultural. *Cultura y representaciones sociales*, 5 (10), 31-56.
- Popper, K. (1962). *La lógica de la investigación científica*. Madrid: Tecnos.
- Prigogine, I. (1996). *El fin de las certidumbres*. Barcelona: Andrés Bello.
- Pritchard, C., Baldwin, D. y Mayers, A. (2004). Changing patterns of adult (45–74 years) neurological deaths in the major Western world countries 1979–1997. *Public Health*, 118 (4), 268-283.
- Reyna, V. (2002). *La soba del cuy en la medicina tradicional peruana*. Lima: 2ª ed. del autor.
- Ruiz, I. (2010). *Progresión onírica y análisis estructural de los sueños*. Madrid: Alboran Editores.
- Sacks, O. (2009). *El hombre que confundió a su mujer con un sombrero*. Madrid: Anagrama.
- Savare, J. (1966). Histoire du curare: Jean Vellard, histoire du curare. Les poisons de chasse en Amérique du Sud. *Revue d'histoire de la pharmacie*, 54 (191), 316-317.
- Schieber, S. J., Bilyeu, D. K., Hardy, D. R., Katz, M. R., Kennelly, B. B. y Warshawsky, M. J. (2009). *The unsustainable cost of health care*. Washington DC: The Social Security Advisory Board.
- Schultes, R.E. y Hofmann, A. (2002). *Plantas de los Dioses: Orígenes del uso de los alucinógenos*. México D. F.: Fondo de Cultura Económica.
- Sheldrake, R. (1984). *A New Science of Life*. London: Paladin Books.
- Shiva, V. (1996). *Biopiracy: The Plunder of Nature and Knowledge*. Boston: South End Press.
- Simon, S. (2006). *La nouvelle dictature médico-scientifique*. Paris: Dangles.
- Spire, A. (2000). *El pensamiento de Prigogine: La belleza del caos*. Barcelona: Andrés Bello.
- Starfield, B. (2000). Is US Health really the best of the world? *Journal of the American Medical Association*, 284 (4), 483-485.
- Strassman, R. (2001). *DMT: The Spirit Molecule: A Doctor's Revolutionary Research into the Biology of Near-Death and Mystical Experiences*, Vermont: Park Street Press.
- Thigou, S. (2002). *La violence faite à l'esprit: Personnes multiples et perversions*. Paris: Qetzalpodí.
- Umiyac, Unión de Médicos Indígenas Yageceros de la Amazonía Colombiana (2000). *El pensamiento de los mayores*. Putumayo: Umiyac.
- Varela, F. (1992). *De cuerpo presente. Las ciencias cognitivas y la experiencia humana*. Barcelona: Gedisa.
- Weniger, B. y Robineau L. (1988). *Elementos para una farmacopea caribeña: investigación científica y uso popular de plantas medicinales en el Caribe*. Seminario TRAMIL 3, Enda-Caribe, La Habana.

Werner, D., Thuman, C. y Maxwell, J. (1995). *Donde no hay doctor: una guía para los campesinos que viven lejos de los centros médicos*. México D. F.: Pax México.

Wilber, K. (1990). *Los tres ojos del conocimiento: la búsqueda de un nuevo paradigma*. Barcelona: Kairós.

Wilber, K. (1996). *El proyecto Atman: Una visión transpersonal del desarrollo humano*. Barcelona: Kairós.

Wilkinson, R. (1996). *Unhealthy Societies: The Afflictions of Inequality*. London: Routledge.

Wolf, F. A. (1991). *The Eagle's Quest*. New York: Summit Book.

Wresinski, J. (1987). *Grande pauvreté et précarité économique et sociale*. Rapport présenté par Joseph Wresinski, Journal officiel. Avis et rapport du Conseil économique et social, 28 février 1987. Avis adopté le 11 février 1987.

* **Jacques Mabit**, es médico, presidente fundador del Centro Takiwasi (Centro de rehabilitación de toxicómanos y de investigación de medicinas tradicionales), doctor en medicina por la Universidad de Medicina y Técnicas Médicas de Nantes (Francia), diplomado en patología tropical (IMT-Anvers) y naturoterapia (Universidad de París XIII). Tras una primera experiencia en África en proyectos sanitarios de la Cooperación Técnica Belga y de la asociación "Hermanos de los Hombres", llega a Perú en 1980 para dirigir el Hospital de Lampa (Puno) como jefe de misión de "Médicos Sin Fronteras". Esta experiencia despertará su interés en los sistemas y prácticas de medicina tradicional del Perú cuya eficacia comprueba clínicamente día tras día. Se decide a estudiar esos recursos ancestrales en salud primaria a partir de 1986 como investigador asociado del Instituto Francés de Estudios Andinos (IFEA). Luego pasará a la

práctica atravesando largos años de aprendizaje con médicos tradicionales en diferentes regiones de la Amazonía peruana. En 1992, funda el Centro Takiwasi donde se practica una medicina intercultural, nutrida de los conocimientos tradicional y moderno. Entre 1996 y 2001 fue experto del Instituto Nacional de Medicina Tradicional del Perú en el que se desempeñó como director de la región San Martín. Por sus investigaciones ha sido nombrado miembro honorario de la Asociación de Psicólogos del Perú y Profesor extraordinario de la Universidad Científica del Sur (Lima). Participa del directorio del departamento de Psiquiatría Transcultural de la Asociación Psiquiátrica Peruana y ha sido elegido como Fellow de la Fundación Ashoka en reconocimiento a su labor esperanzadora de "emprendedor social".

Web: www.takiwasi.com

Email: takiwasi@takiwasi.com

** **Jesús M. González Mariscal**, es licenciado en psicología por la Universidad Complutense de Madrid (España), maestría en antropología por la Universidad de las Américas-Puebla, (México) con la financiación del programa "Convenios Internacionales" de la UCM (Universidad Complutense de Madrid). Doctor en Sociología ad honorem por la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, dentro del programa de becas del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (México). Investigador de la medicina tradicional indígena americana y sus aplicaciones al ámbito de la psicoterapia, con especial interés en las dinámicas de producción de subjetividades, nuevas espiritualidades y prácticas terapéuticas en contextos urbanos a partir del encuentro con el chamanismo. Participó en el proyecto "Procesos de adivinación, sanación, reparación, propiciación en el contexto del chamanismo de los pueblos indígenas" (Conacyt 2009/2012), dirigido por la Dr. Antonella Fagetti. Actualmente trabaja como psicólogo clínico en Takiwasi "Centro de Rehabilitación de Toxicómanos y de Investigación de Medicinas Tradicionales", desempeñando la función de coordinador terapéutico.

Email: kinkunse@gmail.com

ANEXO 1

Declaración de Tarapoto. Medicina tradicional y plantas sagradas

Diversos médicos tradicionales y participantes de Perú, Ecuador, Colombia, Venezuela y una representante de Gabón, África, nos hemos reunido en el centro Takiwasi, en Tarapoto, Perú, del 12 al 16 de noviembre del 2001 para el “Encuentro Internacional de Maestros Curanderos Practicantes de la Ayahuasca (yagé, nepe, caapi o natem) y del Iboga”. Lo que nos reúne es compartir una misma dimensión espiritual en torno a la sabiduría de las plantas sagradas y medicinales.

Después de haber realizado ceremonias con nuestras plantas medicinales, en especial el Ayahuasca y un ritual de Gabón, además de haber reflexionado sobre los problemas que atraviesan nuestras medicinas tradicionales, y refiriéndonos a la “Declaración de Machu Picchu sobre la democracia, los derechos de los pueblos indígenas y la lucha contra la pobreza”, firmado por los presidentes de los países andinos, en Lima el pasado 29 de julio del 2001, declaramos lo siguiente:

Afirmamos que nuestra medicina tradicional es un valor fundamental de nuestros pueblos y puede contribuir de una manera importante a la salud integral y la espiritualidad de la humanidad.

Consideramos que el conocimiento que nos ofrecen las plantas sagradas que hemos heredado de los pueblos ancestrales, indígenas y nacionalidades, es la base del desarrollo de la medicina tradicional.

Creemos que la salud de la humanidad depende del cuidado y conservación de la naturaleza.

Insistimos en que los conocimientos, las prácticas y los recursos propios de la medicina tradicional son patrimonio colectivo de pueblos originarios y sostenemos que nadie tiene derecho a establecer sistemas de propiedad industrial sobre ellos.

Estamos preocupados por la grave situación que viven los pueblos originarios al perder sus territorios, sus modos de vida tradicional, su cultura y su medicina tradicional, debido a la influencia del mundo exterior.

Queremos que la Medicina Tradicional sea reconocida y valorada en forma correcta por la ciencia occidental.

Rechazamos en forma categórica el uso indebido y la manipulación de las plantas sagradas y medicinales empleadas en la medicina tradicional. En especial nos preocupa la charlatanería, las nuevas modalidades de turismo chamánico y el tráfico de plantas y símbolos culturales.

Denunciamos a los responsables de la usurpación que se pretende realizar con la patente de la Ayahuasca.

Protestamos enérgicamente por la destrucción indiscriminada de los recursos naturales, los ecosistemas y la biodiversidad donde se alberga la riqueza de la medicina tradicional.

Al considerar estas reflexiones los aquí reunidos nos comprometemos a:

1° Denunciar los atropellos que se están cometiendo en contra de nuestras culturas, de nuestra medicina tradicional y de nuestras plantas sagradas.

2° Contribuir a la conservación y recuperación de la naturaleza, así como al cuidado de las plantas medicinales.

3° Defender y hacer respetar el buen uso de nuestras plantas sagradas y restituir los sistemas de control para el aprendizaje y la transmisión de los conocimientos ancestrales de la medicina tradicional.

4° Buscar mecanismos idóneos para la consolidación y mejoramiento de la práctica de la medicina tradicional para el servicio de la humanidad.

5° Promover en cada uno de nuestros países, procesos de defensa y consolidación de la medicina tradicional.

6° Desarrollar programas de salud que permitan la reafirmación cultural y una adecuada articulación entre la medicina tradicional y la medicina moderna.

7° Difundir la presente Declaración y nuestros propósitos a los gobiernos, los organismos internacionales, medios de comunicación social, nuestros pueblos y comunidades.

8° Instar a los gobiernos a formular políticas que protejan y promuevan la cultura y la medicina tradicional.

9° Emprender acciones específicas ante la Organización Mundial de la Propiedad Intelectual (OMPI) para que se reconozca los derechos de propiedad intelectual colectiva, frente a la apropiación privada del patrimonio común.

10° Crear una Red Internacional de Médicos Tradicionales del Ayahuasca o Yagé, para intercambio de información, conocimientos y recursos que permitan el fortalecimiento de la medicina tradicional, al tiempo que conformar un comité ejecutivo para la coordinación de las actividades aquí planteadas.

Dado y firmado en Tarapoto, Perú el 17 de Noviembre de 2001

ANEXO 2

Declaración de Yachac

Nosotros, Yachac Runa, médicos tradicionales, seguidores y aprendices Quichua de Pastaza, Tena y Napo, nos hemos reunido en el Parque Etnobotánico Omaere, en la ciudad del Puyo (Ecuador), del 17 al 19 de enero del 2002, para seguir conversando sobre la defensa y el fortalecimiento de nuestra tradición médica, después del Encuentro Internacional que tuvimos en Perú (ver “Declaración de Tarapoto”, Takiwasi, noviembre 2001).

Esta reunión ha sido una gran oportunidad para reafirmar nuestros compromisos de seguir buscando el reconocimiento de nuestra sabiduría y del inmenso valor de nuestra planta sagrada: el ayahuasca o yagé. También, hemos podido compartir con otros médicos, aprendices y seguidores, conocernos mejor y hacer nuevas amistades. Eso es importante para nosotros. Así mismo, han sido gratos momentos para recordar a nuestros queridos hermanos Taitas de Colombia, en especial aquellos que conforman la Unión de Médicos Indígenas Yageceros de la Amazonía Colombiana (UMIYAC). Gracias a su valiosa iniciativa y a los documentos que nos han hecho llegar, hemos podido orientar nuestras conversaciones y guiarnos por su ejemplo. Aprovechamos para hacer llegar nuestros saludos más cordiales y fraternos a ellos, esperando que en el próximo futuro estaremos más cerca de ellos para fortalecernos mutuamente.

Después de estos tres días de reunión, y de haber realizado nuestras ceremonias o rituales de curación con el ayahuasca, hemos decidido que era importante redactar la presente Declaración para dejar en claro algunos de nuestros pensamientos más importantes.

1. Estamos convencidos que la mejor manera de defender y hacer conocer mejor nuestra medicina es, primero que todo, buscando la unión entre todos los médicos indígenas que practicamos esta sabiduría del ayahuasca. Creemos que de ahora en adelante debemos tener un solo pensamiento y dejar de lado todo lo que en el pasado nos ha mantenido separados o divididos unos de otros.

2. Afirmamos que el ayahuasca es nuestra planta sagrada. Es un regalo que Dios nos ha dado. Siempre ha sido guardado por nuestros abuelos y antepasados con mucho recelo, mucho cuidado y mucho respeto. Ahora, estamos muy preocupados de ver cómo están tratando a nuestra planta sagrada, usando su nombre para hacer negocios o vendiéndola a cualquier persona. Así mismo, de ver como se están destruyendo nuestros territorios y culturas, que forman la base fundamental de nuestra medicina.

3. No rechazamos las personas que quieren conocer, siempre que tengan buenas intenciones y entiendan que sólo se puede usar conforme enseña nuestra tradición. Pero no admitimos se haga negocio con nuestra planta sagrada, ni nosotros ni las empresas de turismo.

4. Nos comprometemos a brindar nuestros servicios primero que todo a nuestros hermanos indígenas y a nuestras comunidades. También, estamos convencidos que nuestra medicina puede beneficiar a toda la humanidad. Por eso, estaremos atentos a todos los que nos solicitan y reconocen nuestros servicios como médicos

5. Pero, ahora sabemos que nos toca ante todo poner orden en nuestra propia casa, establecer algunas reglas básicas de conducta y comportamiento para poder orientar a nuestros hermanos médicos, aprendices y seguidores que desean unirse con nosotros.

6. De ahora en adelante buscaremos apoyarnos y cuidarnos mutuamente. Así mismo, ver la forma de llamar la atención a quienes entre nosotros rompen las reglas de conducta y desvirtúan la práctica de nuestra medicina.

7. Queremos invitar a todos los hermanos médicos ayahuasqueros, seguidores y aprendices de otras nacionalidades indígenas del Ecuador, para fortalecer la UNION que todos necesitamos para restablecer la dignidad de nuestra medicina y contribuir al restablecimiento de la salud integral de nuestros pueblos indígenas y, por ende, de la humanidad entera.

Puyo, 19 de Enero de 2002

Sabino Gualinga, Camilo Canelos, José Licuy, César Gualinga, Rebeca Gualinga Santiago Malaber, Javier Grefa, Santos Gualinga, Polibio Matchoa.

ANEXO 3

Declaración del Encuentro de Taitas

En Yurayacu, Caquetá piedemonte amazónico colombiano, territorio indígena del pueblo ingano, entre el 1 y 8 de Junio de 1999, nos hemos reunido los médicos tradicionales indígenas – taitas, sínchis, curacas y payés-para realizar el “Encuentro de Taitas”.

Al evento nos hicimos presentes representantes de los pueblos inga, kofán, siona, kamsa, coreguaje, tatuyo y carijsa. Esta reunión la hicimos a puerta cerrada, entre nosotros.

Queremos agradecer a la organización ingana Tanda Chiridu Inganocuna (ORINSUC), anfitriones y productores del Encuentro. También a los hermanos no indígenas del Amazon Conservation Team – ACT – que se han unido a nuestra causa y sin condiciones aportaron los recursos técnicos y financieros para hacer posible este histórico Encuentro.

Después de 500 años de conquista, despojo y muerte para nuestras comunidades y nuestros saberes, por primera vez hemos podido reunirnos los médicos tradicionales indígenas yageceros de Colombia para conocernos, intercambiar conocimientos, hacer amistad y unirnos para una sola causa y un solo pensamiento.

Al cabo de ocho días, en los que hemos reflexionado sobre nuestra medicina, hemos realizado tres ceremonias de yagé y hemos visitado la piedra ancestral de Yurayacu. Como resultado de esto los taitas declaramos:

1° En esta región del piedemonte amazónico aún sobrevivimos varios pueblos indígenas, quienes recibimos como herencia de nuestros antepasados una sabiduría con las plantas medicinales, con el conocimiento de la selva y con el manejo del bejuco sagrado: el yagé.

2° Consideramos que el yagé, las plantas medicinales y nuestra sabiduría son un regalo de Dios y un gran beneficio para la salud de la humanidad. Este encuentro puede ser nuestra última oportunidad para unirnos y defendernos. No nos han movido intereses económicos o políticos.

Estamos en la obligación de mostrarle al mundo con decisión y seriedad nuestros valores. Como hijos de un mismo padre y hermanos que vivimos en la Madre Tierra queremos hablar a todos y ofrecer nuestro aporte para que la vida, la paz y la salud sean posibles.

3° Ahora los indígenas se están dando cuenta de la importancia de nuestra sabiduría y del valor de nuestras plantas medicinales y sagradas.

Muchos de ellos están profanando nuestra cultura y nuestros territorios, comerciando el yagé y otras plantas, vistiéndose como indígenas y actuando como charlatanes. Vemos con preocupación que se está promoviendo una nueva forma de turismo para engañar a los extranjeros con supuestos servicios de taitas o “chamanes” en varios pueblos del piedemonte amazónico.

Incluso, muchos de nuestros propios hermanos indígenas no respetan el valor de la medicina tradicional y andan por los pueblos y ciudades negociando con nuestros símbolos y engañado a la gente.

4° Algunos quieren llevarse las semillas para patentarlas y hacerse dueños de ellas. También gente del estado que quiere declarar el yagé como una planta narcótica y prohibir su uso para la humanidad.

Así mismo, denunciamos que muchos antropólogos, botánicos, médicos y otros científicos están haciendo experimentaciones con el yagé y las plantas medicinales sin tener en cuenta nuestro saber ancestral y nuestros derechos de propiedad intelectual colectiva.

5° Denunciamos el atropello cometido con nuestros hermanos tatuyos procedentes de yapus, Vaupés, quienes al venir a este encuentro fueron despojados por las autoridades del yagé que traían para compartir en las ceremonias.

6° Exigimos respeto a nuestros territorios, nuestra medicina indígena y a los taitas o médicos tradicionales.

Pedimos que comprendan que nuestra medicina también es ciencia, aunque no de la misma manera que la entienden los occidentales. Nosotros los Taitas somos verdaderos médicos y con nuestro saber durante siglos hemos podido contribuir con eficacia a la salud de nuestros pueblos.

Más aún, nuestra medicina mira más allá del cuerpo y busca la salud en la mente, en el corazón y en el espíritu.

7° Exigimos la inmediata suspensión de la solicitud de patente que se tramita en Estados Unidos por el señor Loren Miller. Para nosotros esto presenta un abuso y una grave profanación a nuestra planta sagrada. Declaramos que el yagé y las plantas medicinales que utilizamos, son patrimonio y propiedad colectiva de los pueblos indígenas y cualquier utilización en nombre del bien de la humanidad deberá hacerse con nuestra participación en los beneficios que de esto se derive.

8° Pedimos el reconocimiento legal de nuestra autonomía en el manejo de la salud de nuestros pueblos, conforme a nues-

tros usos y costumbres.

9° Necesitamos recuperar nuestros territorios y nuestros lugares sagrados. La selva es para nosotros la fuente de nuestros recursos. Si se acaban las selvas, se acaba la medicina y la vida.

10° Solicitamos apoyo para nuestra causa. La gente no indígena puede ayudarnos a consolidar la unidad y la defensa de nuestra medicina tradicional, porque se ha demostrado también en ellos que se benefician de la sabiduría de los Taitas.

11° Al término del Encuentro, los Taitas nos hemos comprometido a trabajar por la Unidad y la Defensa de la medicina tradicional y a ofrecer con dedicación nuestros servicios por la salud de los pueblos indígenas y de la humanidad.

12° Los Taitas nos comprometemos a iniciar un proceso de certificación de los practicantes de la medicina indígena y a establecer nuestro propio código de ética médica. Así permitiremos reconocer con facilidad la diferencia entre taitas y charlatanes.

13° Así mismo estamos en disposición de realizar brigadas de salud a los pueblos indígenas de Colombia y América que nos soliciten.

Conscientes de que los no indígenas requieren de nuestros servicios como médicos, proponemos construir Hospitales de Medicina Indígena, para que puedan tener un acceso más fácil y en condiciones más adecuadas y naturales a la forma como trabajamos, relacionada siempre con la naturaleza.

14° Los Taitas presentes en el Encuentro hemos decidimos constituirnos en la Unión de Médicos Indígenas Yageceros de la Amazonía Colombiana, UMIYAC, y nombrar nuestros propios dirigentes para llevar a cabo las diferentes acciones a las que nos hemos comprometido y que nos representa ante el mundo, sus gobiernos y sus instituciones.

Para efecto de la divulgación de la presente Declaración y los resultados del Encuentro, presentamos una publicación y un registro audiovisual que queremos divulgar a través de nuestros propios representantes. Los derechos de autor de estos dos instrumentos son propiedad de la Unión de Médicos Indígenas Yageceros de la Amazonía Colombiana – UMIYAC – y no será permitida ninguna utilización al margen de nuestra decisión.

Presentamos un saludo especial a nuestros hermanos Taitas que por diversos motivos no pudieron acompañarnos a este Encuentro. Al pensar en ellos hemos procurado que las decisiones también los representen, y desde ya los invitamos a que integran la Unión de Médicos Indígenas Yageceros de la Amazonía Colombiana – UMIYAC – y al proceso que hemos iniciado.

A nuestros hermanos indígenas queremos aclarar que la unidad de los Taitas no busca competir o reemplazar el importante papel de las organizaciones indígenas que actualmente nos representan. Por el contrario, queremos ofrecer nuestro servicio y apoyo para fortalecer sus propósitos.

Agradecemos a los hermanos que en otros países han convocado una conciliación para defender nuestra tradición médica, las plantas medicinales y el yagé; esperamos que nuestra unión les permita apoyarnos de una manera más afectiva.

En este fin de siglo estamos viviendo época dramática de violencia, odio, pobreza, injusticia y enfermedades. A las puertas del nuevo milenio vemos la oportunidad de cerrar y sanar este período triste de la humanidad.

Queremos ofrecer nuestra participación en la construcción de una época de esperanza, salud y alegría. Estamos convencidos de que el yagé y las plantas medicinales de nuestros territorios y nuestras culturas, como regalo que son del creador, pueden ayudar a hacer realidad la curación del mundo.

Damos constancia en Yurayacu, el día 7 de Junio de 1999, los Taitas que aquí firmamos.

ANEXO 4

Alerta sobre las Medicinas Tradicionales Indígenas (MTI) Americanas (<http://www.manifiesto-mti.takiwasi.com>)

1. Las MTI representan un conocimiento profundo del ser humano, y de comunicación y comunión con la Naturaleza.

Durante cientos de años los indígenas de las Américas (Perú, Colombia, Estados-Unidos, Ecuador, Brasil, México, Bolivia, Venezuela, entre otros países), de numerosos grupos étnicos (Ashaninca, Shipibo, Siona, Coreguaje, Navajo, Mazateco, Huichol, etc.), han realizado investigaciones y procesos terapéuticos que desafían a las metodologías científicas occidentales. Sus resultados pragmáticos suponen un patrimonio innegable para la humanidad y sin embargo, muchas plantas han sido aprovechadas por la industria occidental, frecuentemente sin el respeto y reconocimiento debidos.

Las MTI ofrecen un tratamiento que se dirige a la totalidad del ser humano. Suponen un conocimiento milenari que hoy se expande de forma imparable. Sin embargo, al no ser de fácil comprensión por la mentalidad occidental, se necesitan iniciativas que tiendan puentes entre ambos mundos para evitar el fraude y malentendidos desastrosos. Son además objeto de estudio en las psicologías y medicinas occidentales ya que engloban el cuerpo, la mente, las emociones y la consciencia. Son numerosos los profesionales que aceptan y valoran este legado y existe una abundante literatura científica al respecto.

Es notable la convergencia entre los conocimientos de las MTI y los modelos más adelantados de la ciencia contemporánea (neurociencias, psicoimmunología, biología molecular, física, etc.) por lo que apelar a los recursos de las MTI no representa una vuelta nostálgica al pasado sino un paso fecundo hacia el futuro.

Por ello las MTI deben de ser reconocidas en toda su amplitud, protegidas, estudiadas y promocionadas.

2. Las MTI enfocan la enfermedad y la curación de una forma abierta, compleja y profunda, penetrando en el misterio de la existencia.

El uso de ciertas plantas, transmitido por vías generacionales, con respeto metodológico y con sus indicaciones y contraindicaciones de imprescindible conocimiento, como para toda terapia, abre un camino que resulta a veces sorprendente y plantea todavía muchos interrogantes. Ofrece invalores recursos terapéuticos en campos donde la medicina alopática convencional muestra serias limitaciones (salud mental, enfermedades auto-inmunes, patologías degenerativas) y permiten a profesionales de la salud, investigadores, y personas en general, encontrar un nuevo sentido de vida.

De los centenares de plantas utilizadas, un pequeño grupo se caracteriza por producir estados modificados de consciencia (EMC). La alerta pues se centra en este último aspecto sobre el que queremos incidir.

3. Las plantas maestras psicoactivas y el cuidado de los EMC

El sentimiento de vacío producido por el consumismo desmedido y el materialismo individualista de la sociedad occidental impulsa a una búsqueda intensa de otras experiencias, de todo orden, para una renovación del sentido de la vida. Numerosos foros evocan ya una crisis de civilización.

Plantas maestras que producen Estados Modificados de Consciencia (EMC) están siendo utilizadas sin escrúpulos por falsos curanderos y "chamanes" con un único objetivo económico no exento de otros abusos como la búsqueda de poder y las ventajas sexuales. Oportunistas, tanto occidentales como locales, explotadores de rasgos indígenas, disfrazados, inflados con autotitulaciones de chamanes, inventando falsas genealogías, utilizan el creciente mercado de ansiosos clientes necesitados de curación, conocimientos y sentido existencial.

Plantas maestras como la Ayahuasca están siendo comercializadas de forma fraudulenta ya que su uso requiere, tanto a nivel físico como psicológico, de una preparación imprescindible (purgas, dietas, filtro diagnóstico, etc.), acompañamiento y seguimiento, que las MTI han puesto de manifiesto a los largo de cientos de años de investigación empírica.

Tanto la profundidad del conocimiento así como lo "novedoso" de las MTI para la mente moderna ponen de manifiesto la dificultad que muchos occidentales tienen para poder discriminar a los curanderos verdaderos de los falsos e incluso poder desenmascarar a los oportunistas occidentales, a los que la inflación patológica les puede llevar a abusos extremos. Por ello es necesario contar con profesionales de la salud, terapeutas sinceros e investigadores comprometidos que, siendo conocedores de las MTI gracias a años de preparación y aprendizaje, puedan ofrecer solidez ética, solvencia y el acompañamiento adecuado a aquellos interesados en conocer la tradición de las MTI.

Nos unimos a pronunciamientos como los de los maestros ayahuasqueros indígenas colombianos o Taitas

(UMIYAC), en su protesta por ese uso fraudulento que tan graves consecuencias puede generar, así como a su propuesta de códigos éticos y metodologías de uso cuidadosas y comprobadas.

Reconocemos que la extensión de este abuso se produce tanto en países europeos como americanos y asiáticos (Australia, Japón), ya que en estos últimos años el llamado "turismo chamánico" ha hecho florecer también a oportunistas tanto amorales como simplemente inconscientes de los riesgos que toman para con ellos y sus pacientes.

4. Firma de este Manifiesto.

Los firmantes de este Manifiesto, profesionales acreditados en su disciplina (psicología, medicina, antropología, etc.), así como políticos de diversas tendencias, intelectuales, religiosos, y ciudadanos en general, queremos contribuir a que la sociedad tome consciencia de este inmenso patrimonio y fomente medidas adecuadas para preservar los saberes ancestrales de su destrucción y abusiva explotación, los estudie y los ponga a disposición de las mayorías, pues esta tradición indígena representa una ayuda inestimable para contribuir a que esta sociedad post-moderna salga del abismo de la crisis de valores en la que está inmersa.

Proponemos que se realice una guía comedida del uso de estas plantas:

- i. Acreditar centros en donde se transmita con integridad y conocimiento su uso.
- ii. Acreditar a profesionales de la salud con titulación, y practicantes de la tradición de las MTI reconocidos por sus pares, para contribuir a crear puentes de investigación y cooperación entre ambos conocimientos
- iii. Establecer esas acreditaciones (i y ii) mediante asociaciones reconocidas de practicantes de las MTI y en conformidad con los códigos éticos elaborados por éstas.
- iv. Realizar campañas de concienciación en las que se ponga de manifiesto el uso beneficioso de las MTI así como alertar del abuso y degeneración en estos últimos tiempos.
- v. Invitar a los laboratorios de investigación, universidades e instituciones académicas respetuosos de las tradiciones indígenas a apoyar y financiar los proyectos e investigación sobre las MTI; también invitar las diferentes Iglesias a abrirse y enriquecerse de los aportes espirituales ofrecidos por las MTI.
- vi. Hacer un llamado a los gobiernos de las Américas, a la clase política, a religiosos e intelectuales y a la sociedad en general a que apoyen este Manifiesto.
- vii. Esperamos que gobiernos nacionales como el del Perú, Colombia, Ecuador, Bolivia, Brasil, Venezuela, Estados Unidos, Canadá y otros gobiernos regionales, como el de San Martín (Perú) que se ha mostrado sensible y dispuesto a reconocer el patrimonio cultural de las MTI, impulsen a nivel nacional e internacional el imprescindible reconocimiento y respeto del uso de sus medicinas tan ancestrales como actuales.
- viii. Es decisivo que la ciencia occidental sea honesta, más abierta e inclusiva, y que reconozca estas metodologías indígenas que, aunque alejadas de los centros de poder convencionales, son expresión auténtica y legítima de la evolución del ser humano frente al misterio de nuestra existencia.

Es justo y necesario.

Promotores del Manifiesto

Manuel Almendro. Doctor en Psicología. Psicólogo clínico. Miembro de la EFPA (European Federation of Psychology Association). Director de Oxígeme. Centro para una Psicología de la Consciencia. Tfs. y Cont. 34 91 445 65 65 Madrid. Telef. 34 679 10 86 14. Barcelona. España. Email: correo@oxigeme.com. Web: www.oxigeme.com

Jacques Mabit. Doctor en Medicina. Especialista en Patología Tropical y Medicina Natural. Presidente Fundador del Centro Takiwasi, Tarapoto, Perú. Miembro Honorario del Colegio de Psicólogos del Perú. Profesor Extraordinario de la Universidad Científica del Sur, Lima. Fellow permanente de la Fundación Ashoka. Email: takiwasi@takiwasi.com. Web: www.takiwasi.com

Eduardo Gastelumendi. Psiquiatra y psicoanalista. Ex-Presidente de la Asociación Psiquiátrica Peruana. Miembro Titular de la Sociedad Peruana de Psicoanálisis (SPP) y de la International Psychoanalytic Association. Profesor de seminarios del Instituto de la SPP. Co-editor en Jefe de la Revista de Neuro-Psiquiatría. Miembro de la International Neuropsychiatric Association. Email: egastel@rcp.net.pe