



MEDICINA INDIGENA EN GUATEMALA

Una mirada histórica y una
propuesta prospectiva y jurídica.



Canada

Dirección:

Dra. Aura Magdalena Pisquiy

Consejo de Coordinación:

Dra. Aura Magdalena Pisquiy

Mtra. Gladis Pérez

Dra. Iris Champet

Licda. Cristina Marroquin

Mtr. Rafael Gallegos

Realización de la Sistematización:

Mtr. Rigoberto Quemé Chay

Asociación para la Promoción, Investigación y Educación en Salud
PIES de Occidente

1ª. Calle 15.60 zona 1, Quetzaltenango, Guatemala C. A.

www.piesdeoccidente.org

Impreso en Guatemala

Marzo de 2014

Se permite la reproducción total o parcial de este documento haciendo cita del autor del título del documento y editor.

INDICE

A. INTRODUCCION	1
B. ANTECEDENTES	2
I. Antecedentes y consecuencias del Colonialismo relacionados al expolio y depredación	5
II. Relaciones entre Estado y Pueblos Indígenas	7
III. Guatemala: breve caracterización del sistema oficial de salud	10
IV. Medicina Indígena	13
V. Aspectos importantes de legislación sobre Medicina Indígena en Bolivia, Nicaragua, México y Panamá	14
VI. Objetivos, principios y ejes para una Política de Medicina Indígena	18
VII. Propuestas de ejes para una Ley de Medicina indígena: Foro-Taller Noviembre 2013	22
VIII. Propuestas generales de ley de Medicina Indígena	23

Rigoberto Quemé Chay
Consultor
Marzo 2014.

A.

INTRODUCCION

El presente documento es la integración de lo trabajado a la fecha para concretar puntos de aterrizaje desde lo jurídico para consolidar técnicamente la propuesta de Ley de Medicina Indígena.

Los esfuerzos de PIES de occidente, la expresión de las organizaciones indígenas dedicadas a y conocedoras de la salud, especialmente de los pueblos indígenas, recopiladas en distintas instancias y espacios de trabajo, así como diagnósticos oficiales, estudios e informes nacionales e internacionales evidencian necesidades de garantizar la salud para todos, en el marco de las obligaciones del Estado. Sin embargo, se requiere la convergencia hacia propuestas concretas y una de ellas es la de formular, impulsar y lograr que el Congreso de la República, apruebe la ley de medicina indígena, de utilidad y reflejo de los pueblos garífuna, xinca, maya y ladino.

Por ello, el presente documento que articula las principales conclusiones de la Política Pública para la medicina Maya, del estudio de la legislación respectiva en América Latina, de las diversas capacitaciones y talleres realizados tanto por PIES de occidente como de otras instancias organizadas y el aporte de expertos, intenta sistematizar dichas conclusiones de manera coherente, en función de las necesidades de tener ejes que puedan ser incluidos en una propuesta de ley que se pretende, más adelante, se convierta en una iniciativa de Ley en el Congreso de la Republica.

Se describe someramente lo trabajado en materia de medicina indígena, durante varios años, se expone resumidamente los resultados principales de la Política de Medicina Maya, del estudio sobre leyes de medicina indígena en 11 países latinoamericanos, de los cuales se toman los que más han desarrollado dicha legislación, también los aportes del Foro taller de Noviembre 2012, los aportes del Relator de la Salud de Naciones Unidas y el Diagnóstico Nacional de Salud 2012, todo ello complementado con las propuestas de ejes y temas que han surgido de participantes en los procesos descritos.

La siguiente etapa consiste en socializar, discutir, enriquecer, validar y consensuar con organizaciones, médicos indígenas y oficiales, operadores políticos, etc., estos ejes y temas para delimitar, en base al acuerdo y consenso, los elementos precisos que deben convertirse posteriormente en la propuesta de ley, ya

redactada desde el lenguaje jurídico. La idea es que con todos esos insumos se pueda formular desde la técnica jurídica la propuesta de Ley que será presentada en su momento a los legisladores. Ello implica un reto futuro, para que organizaciones, autoridades, centros de estudio, organizaciones e instituciones se sumen a la petición de que se apruebe dicha ley.

En general, se encontrará que las demandas por el reconocimiento, validación, legalización, desarrollo, protección y apropiación de la medicina indígena superan lo demandado en otros países e instancias para la medicina indígena, que se han limitado más que todo al reconocimiento y respeto de la misma.

Aparte de lo anterior, la importancia del documento es que refleja un proceso participativo que ha permitido el diálogo de saberes y la discusión de ideas y que, a pesar de tener algunos puntos divergentes, ambiguos, poco desarrollados y otros que son importantes y valederos, se ha logrado consolidar una propuesta que no puede retroceder técnica, social y políticamente, al contrario permitirá avanzar en el marco de la defensa y ejercicio de los derechos de los pueblos indígenas.

El apoyo de actores e instancias nacionales e internacionales, públicos y privados, así como de cooperantes internacionales ha sido clave para llegar a este documento que se presenta para conocer y aportar al efecto.

B.

ANTECEDENTES

La Asociación PIES de Occidente en cumplimiento de su visión y misión organizacional, desde hace 12 años viene impulsado acciones para el desarrollo social y reconocimiento político del sistema médico maya en el país. La experiencia acumulada en el campo de la medicina maya por PIES de occidente, ha valido para identificarla como organización referente sobre el tema.

Las principales acciones desarrolladas para fortalecer y promover el reconocimiento político del sistema médico maya son las siguientes:

- **Organización y Participación**

Se ha promovido y fortalecido la organización de la red de médicos tradicionales mayas en los departamentos de Quetzaltenango y Totonicapán, con la finalidad de crear liderazgo y elevar la capacidad en la red y sus dirigentes para la incidencia política ante el sector oficial de salud, en su lucha por el respeto y reconocimiento del modelo médico maya y en la elaboración y aplicación de políticas públicas para la atención de la salud de los pueblos indígenas con pertinencia cultural. Para potenciar la participación política de la red, se le ha acompañado en la elaboración y puesta en marcha de instrumentos que orientan su quehacer político como son la agenda sociopolítica y el plan estratégico. Se ha formado

políticamente a sus dirigentes y se ha facilitado su participación en espacios de interlocución e incidencia política con funcionarios y autoridades del sector oficial de salud a nivel municipal, departamental y nacional.

A través de encuentros de intercambio de experiencias realizados entre los diferentes especialistas que conforman la red (comadronas, curanderos/as, guías espirituales, curahuesos, etc.) se han rescatado, revalorizado y sistematizado saberes y prácticas ancestrales de la medicina maya que por la influencia de la cultura occidental se han ido perdiendo.

• Investigación y Publicación

A raíz de las investigaciones realizadas por PIES de occidente y otras organizaciones que trabajan el tema, se ha contribuido a fundamentar que lo que hoy llamamos medicina maya, va mucho más allá de prácticas aisladas y sin sentido. Por el contrario, la medicina maya cuenta con una serie de componentes que permite identificarla como un sistema: un marco filosófico; una serie de especialistas; un perfil epidemiológico cultural; formas de tratamiento específicas; recursos terapéuticos; formas de referencia.

Los trabajos de investigación realizados por PIES de occidente en el tema de la medicina maya, son los siguientes:

- El Rol de la Comadrona en su contexto sociocultural (1999)
- El Potencial de la Comadrona en salud reproductiva (2000) (inédito)
- Conocimientos, actitudes, practicas, preferencias y obstáculos de las madres en la atención de la salud desde la medicina occidental y la medicina maya (2002)
- Lineamientos para un modelo de servicios de salud culturalmente adecuados en el Altiplano Occidental de Guatemala (2004)
- Agenda Sociopolítica Komom Kech Ajkunanelab' Mayab' (2004).
- Redes de Médicos Tradicionales Mayas en San Andrés Xecul: Áreas de trabajo, cobertura y problemática (2006)
- Plan Estratégico 2006-2010 Komom Kech Ajkunanelab' Mayab' (2006)
- Agenda temática para la relación entre la medicina maya y la medicina occidental. (2007)
- Conociendo la medicina maya en Guatemala. (2007)
- Sistematización de experiencias nacionales e internacionales de organización y prestación de servicios públicos de salud con pertinencia cultural. (2007) (inédito)
- Propuesta para la relación entre la medicina maya y medicina oficial en los distritos de salud. (2008)
- Sistematización de las principales enfermedades caracterizadas desde el sistema médico maya (2010).
- Consideraciones históricas, políticas y legales de la medicina indígena en Guatemala (2011).

- Sistematización del marco legal de la medicina indígena en Latinoamérica. (2013) (inédito)

- **Sensibilización y Cooperación en el Sector Oficial de salud**

Desde el año 2002 PIES de occidente participa activa y propositivamente en instancias oficiales del sector salud para sensibilizar sobre la validez del modelo médico maya y su contribución aún no reconocida en la atención de la salud en comunidades indígenas. En ese año, participó junto a otras organizaciones en la definición del Programa de Medicina Popular y Tradicional, del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. En el año 2003, prestó servicios de consultoría al Programa junto a otras organizaciones, para elaborar los contenidos y metodología de los módulos de sensibilización y valorización de la medicina maya. En ese mismo año, como experiencia piloto, el Ministerio de Salud, contrató los servicios de PIES de occidente, para desarrollar el módulo de sensibilización, con personal de salud de 12 distritos municipales, de los departamentos de Quiché, Huehuetenango e Izabal.

A raíz de esa experiencia y con recursos gestionados ante la Cooperación Internacional, PIES de occidente, replicó el módulo de sensibilización sobre la medicina maya con funcionarios de la red de los servicios públicos de salud de los departamentos de Quetzaltenango y Totonicapán y docentes de la carrera de medicina del Centro Universitario de Occidente -CUNOC- y de la Escuela Nacional de Enfermería de Occidente -ENEO-. También con estos mismos funcionarios, se han desarrollado talleres para introducirlos en el conocimiento del perfil epidemiológico maya y de la importancia de la pertinencia cultural de los servicios de salud.

- **Propuestas de reconocimiento e inclusión de la medicina maya**

Resultado de las acciones de introducción y sensibilización sobre la medicina maya con los docentes de medicina del CUNOC y de enfermería de la ENEO, en el año 2011, se presentó ante las autoridades de estos centros de estudios, una propuesta para incluir contenidos sobre medicina maya en el programa de formación de los profesionales de la salud, con la finalidad que los médicos y enfermeras egresados del CUNOC y la ENEO conozcan, reconozcan y respeten otros modelos médicos en el país, como el maya, que están vigentes en las comunidades indígenas y son válidos para la atención de la salud de las familias. Actualmente ambas instancias ya incluyen contenidos de la medicina maya en sus programas de formación de médicos/as y enfermeras/os.

En el año 2012, se presentó una propuesta ante la Unidad de Atención de Salud de Pueblos Indígenas e Interculturalidad -UASPIIG- del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, para incluir en las normas de primer nivel de atención, un sistema de referencia y respuesta entre el sistema médico indígena y el sistema oficial de salud. Con esta propuesta se busca la visibilización de la medicina maya y su carácter complementario con el sistema oficial de salud.

En el año 2012, PIES de occidente, trabajo en forma participativa una propuesta de POLITICA PUBLICA DE MEDICINA MAYA. Con este trabajó se logró un avance sustancial al haber definido los ejes fundamentales y mínimos que pudieran orientar la ruta hacia un marco legal más específico y, también, servir de guía para posteriores discusiones, ampliaciones y definiciones, con el objetivo de lograr el reconocimiento, validación, legalización, desarrollo, protección y apropiación de la medicina indígena, que en este caso se delimitó a lo Maya.

En el 2013, se realizó un trabajo de sistematización para identificar los países de la región Latinoamericana que cuentan con un marco legal favorable para el desarrollo de la medicina indígena. Con la base de información y conclusiones de la propuesta de Política y la identificación de los países que cuentan con legislación favorable al respecto, se realizó un foro taller, donde se define con mayor precisión los elementos de contexto, institucionales, operativos y retos futuros de lo que pudiera ser la Ley de Medicina Indígena en Guatemala. Al mismo tiempo se cotejaron las leyes o experiencias sobre medicina indígena de otros países. Un resultado importante de estos trabajos, fue constatar que a nivel internacional hay diversidad y niveles diferenciados de abordaje desde lo legal de la medicina indígena, así como avances y retrocesos. Sin embargo, las leyes de Nicaragua y Bolivia apuntan a lo más cercano a la realidad guatemalteca. También se evidenció que, a nivel de organizaciones, practicantes de medicina indígena, instituciones públicas y médicos oficializados, existen puntos encontrados, comunes y/o nuevos, lo cual se constituye en un primer reto: ir encontrando consensos y acuerdos.

I. Antecedentes y consecuencias del Colonialismo relacionados al expolio y depredación ¹

“La sociedad guatemalteca está marcada por desigualdades y una discriminación profundamente enraizadas, cuyo origen se remonta a la desposesión y la exclusión social de sus habitantes originarios a raíz de la conquista y colonización españolas de Centroamérica...Desde la invasión española en 1524, pasando por la división de la población en indígenas y criollos en 1880 y hasta la posterior adquisición por la fuerza de las tierras de los pueblos indígenas por las clases altas, se sucedieron hechos que contribuyeron a la desposesión social y económica de esos pueblos.” ²

¹ El expolio es la apropiación de algo que pertenece a otra persona o pueblo (en este caso las prácticas y saberes de los Pueblos Indígenas) de forma violenta e injusta y depredación se relaciona al daño colonialista a la madre naturaleza que se revierte negativamente en las condiciones de vida de los pueblos.

² Informe del Relator especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental: Anand Grover en su visita a Guatemala del 12 al 18 de Mayo 2010. Asamblea general de Naciones Unidas. Marzo 2011.

El pueblo Maya, como producto del proceso colonial iniciado en 1524, que tuvo como consecuencia el despojo de sus medios de producción y el sometimiento social, cultural y político, se ha mantenido en condiciones deprimentes en todos los niveles de su vida social e individual, lo cual se concreta, también, en las precarias condiciones de salud de toda la población. Sumado a ello, y visto desde las obligaciones institucionales del Estado, el sector salud es el más atrasado de todos los demás, lo cual ha afectado en mayor medida al pueblo Maya que presenta indicadores más precarios en relación con el pueblo mestizo/ladino.

La invasión española, en su vertiente militar y religiosa, tuvo consecuencias dramáticas y profundas en los pueblos indígenas en lo económico, territorial, social, político, religioso y, en el caso que nos interesa, en la ciencia propia de los pueblos originarios, truncando su desarrollo, lo que posibilitó la hegemonía de la ciencia occidental que con su sesgo racista persiguió, descalificó y negó la legitimidad de la cosmovisión propia de los pueblos que incluía una particular forma de entender la salud,³ diferenciada de la visión biologista occidental.

A pesar de los cambios políticos ocurridos en 490 años que posibilitaron el paso del Estado Colonial a la República y, recientemente, al Estado Globalizado, las consecuencias del colonialismo siguen afectando a los pueblos indígenas que viven, en su mayoría en pobreza, sin mayor acceso a la educación, discriminados, excluidos y enfermos. La represión, el racismo y los permanentes conflictos, algunos violentos, a los que son empujados, son los principales obstáculos para disfrutar el derecho a la salud.

Estudios, diagnósticos, encuestas, etc., señalan la grave situación en términos de salud que padecen los indígenas y, si bien es cierto que algunos estratos mestizos/ladinos también son pobres y enfermos, los datos marcan diferencias significativas entre unos y otros, por ejemplo: la tasa de mortalidad en las mujeres indígenas es 3 veces superior a las de las mujeres no indígenas; el 49% de los niños menores de 5 años padecen malnutrición crónica, en tanto para los niños indígenas el porcentaje es del 68%; igual con la pobreza que afecta al 52% de la población en general, sin embargo en algunos municipios indígenas ésta llega al 100%. Y así ocurre con otros indicadores promedio que ocultan la realidad en que viven los pueblos de Guatemala:

“Lamentablemente, los pueblos indígenas han sido excluidos de la adopción de decisiones en materia de salud, lo que ha contribuido a la formación de brechas importantes entre los índices sanitarios de la población indígena y los de la población no indígena.”⁴

A pesar de las prevalecientes condiciones coloniales, a lo largo de América Latina y desde los Pueblos Indígenas, las luchas por revertir estos procesos negativos

³ Según expertos, la salud se concibe si y solo si se articula su entendimiento a la relación ser humano-sociedad-madre naturaleza-cosmos-pensamiento-sentimiento y a lo individual-colectivo.

⁴ Informe relator especial Anand Grover. Op. Cit.

han sido una constante, aún con sus caudas de dolor y muerte. La descolonización asume diversas aristas que en síntesis plantea una refundación del Estado, para que en el mediano plazo sea incluyente, plural, participativo y democrático, que reconozca a los Pueblos y su cosmovisión, para orientar un nuevo modo de vivir, producir, consumir y de relación armónica con la Madre naturaleza. En América del Sur le llaman el “Buen Vivir” y en Guatemala se plantea inicialmente el “Utz’ Kaslemal”

II. Relaciones entre Estado y Pueblos Indígenas

La recuperación, el reconocimiento, validación, aceptación, protección y práctica integral de la medicina indígena se ha convertido en una lucha en América Latina desde los Pueblos Indígenas frente a los Estados nacionales, presentando varias motivaciones que orientan las reivindicaciones: política, cultural, económica y la valoración de prácticas y saberes tradicionales. Al final es una reacción contrapuesta al colonialismo imperante desde 1,492 y un afán de preservar y valorar conocimientos propios.

En ese sentido, el Estado es el obligado a dar respuestas adecuadas a los diferentes pueblos con participación de ellos, para ser consecuentes y dar respuestas a las observaciones del relator de Naciones Unidas y relacionadas al Estado guatemalteco:

“Una importante omisión detectada por el Relator Especial durante su visita fue la falta de una política o un plan integral para la atención sanitaria de los pueblos indígenas, en particular en las zonas rurales y remotas. Una de las obligaciones básicas inherentes al derecho a la salud es la adopción y aplicación de una estrategia y un plan de acción nacionales de salud pública que presten “particular atención a todos los grupos vulnerables o marginados. Asimismo, han sido escasos o nulos los intentos de reconocer y proteger la medicina tradicional de las comunidades indígenas; por ejemplo, Guatemala no tiene una legislación específica sobre la protección o el reconocimiento de las medicinas indígenas.”⁵

- **Algunos elementos fundamentales que han determinado las relaciones entre pueblos y Estado son:**
 - Las luchas por el reconocimiento, validación y aplicación de la medicina indígena se hacen de manera débil, confusa, dispersa, desarticulada y al margen de las instituciones, orientaciones o políticas de salud del Estado.
 - Las instituciones del pueblo Maya son débiles, confusas y variadas. Y en medio de esa precariedad se han salvaguardado prácticas y conocimientos de distintas esferas de la vida social, incluyendo dentro de éstas la medicina maya.

⁵ Informe relator especial Anand Grover. Op. Cit.

- La finalidad de la mayoría de demandas por la medicina indígena se han limitado a que los Estados la reconozcan y la integren a su práctica en el sistema oficial de salud, aunque no de manera clara cómo y qué se debe reconocer e integrar.⁶
- Plantas medicinales y alimenticias, animales, minerales, prácticas de tratamientos de ciertas enfermedades o atención al parto, creencias y valores culturales asociadas a la práctica médica, son los elementos que gravitan actualmente alrededor del conocimiento de la medicina indígena⁷, que posee la mayoría de practicantes de la misma y el grueso de la población, sin saber con certeza si los pueblos indígenas investigaron qué y cómo lo hicieron, si hubieron intervenciones quirúrgicas y sus métodos, las formas y metodologías de trasmisión de los conocimientos y sus medios institucionales públicos para resguardar la salud del Pueblo. Ese ámbito de conocimiento reducido actual impacta en la eficacia social de lograr el reconocimiento y la incorporación de la medicina indígena.
- El problema que aún no se logra dilucidar es si el sistema de medicina indígena debe ser totalmente diferenciado del sistema oficial, como lo plantean algunos sectores y líderes indígenas y operar autónomamente o marginalmente, como lo demuestra la práctica del sistema oficial de salud o si deben incorporarse todos, ninguno o algunos elementos a la práctica oficial.
- La diversidad conceptual obliga a delimitar la medicina indígena desde dos puntos de vista: a) diferenciarla de otros conceptos como medicina indígena, ancestral y/o con el término muy general de Medicina alternativa o popular y b) hacer un balance de lo que originalmente se tenía como medicina indígena, su proceso de minimización y adaptación por el contacto con la medicina oficial del Estado.
- Tampoco existe claridad suficiente sobre diferencias o similitudes entre el concepto de salud desde la perspectiva occidental y la indígena. Algunas organizaciones y practicantes de la medicina han avanzado en ese conocimiento, sin embargo falta más investigación para promover efectivamente el desarrollo, promoción y aplicación de la Medicina Indígena en todos los niveles del sistema de salud oficial y en la práctica de los Pueblos.

⁶ Existe el PNMPY A, Programa nacional de medicina popular, tradicional y alternativa del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, MSPAS, 2003-2007, donde se habla sobre el “Rescate, valoración, articulación con los servicios oficiales de la medicina popular tradicional.”

⁷ En las normas de atención del MSPAS, 2012 se define lo siguiente: “La medicina popular tradicional y alternativa se define como prácticas, enfoques, conocimientos y creencias sanitarias diversas que incorporan medicinas basadas en plantas, animales y/o minerales, terapias espirituales, técnicas manuales y ejercicios aplicados de formas individual o en combinación para mantener el bienestar además de tratar, diagnosticar y prevenir las enfermedades.”

- La medicina indígena, no es exclusiva, aunque si importante, en su aplicación a la población indígena, puede y debe enriquecer el sistema oficial de salud para su aplicación general a la población.
- El problema es multi-causal: existe poco interés sobre la medicina indígena de parte del Estado, sumado al racismo de los que llegan a las dirigencias político burocráticas; igual sucede con las universidades y centros de estudios lo cual se complica con la población indígena que se ve afectada desde distintos ángulos: pobreza, enfermedad e ignorancia y la precariedad de la medicina indígena y la ausencia del Estado, sobre todo su incapacidad de proporcionar respuestas multiculturales a necesidades propias de la diversidad cultural del país.
- Algunas organizaciones indígenas rechazan todo aquello que parezca o sea de origen occidental, incluyendo la medicina y las prácticas de salud, con un argumento (que no es del todo válido): “Los pueblos indígenas conservan su medicina tradicional; es suficiente para sus necesidades y es contraria a la medicina occidental.” Sin embargo, algunos analistas consideran que muchas comunidades indígenas, las más pobres y segregadas, no pueden estar en contra de algo que nunca les ha llegado y con lo que cuentan para su salud no es suficiente.
- Si a lo anterior se le agrega la incapacidad y el desinterés del Estado para con los pueblos y comunidades, la atención a la salud se hace con lo poco que se tiene y es ahí donde la comadrona y los terapeutas/médicos indígenas solventan en la medida de lo posible y en lo más elemental, los problemas derivados de la dinámica biológica de los individuos y los problemas asociados a las consecuencias del Colonialismo:

“El papel de las comadronas tradicionales en la sociedad guatemalteca moderna se ha vuelto incierto. Al parecer, en el mejor de los casos ha habido un desconocimiento de la importancia de su función en algunas comunidades, en el peor, una falta de respeto y un rechazo a sus prácticas por parte de los proveedores de servicios de salud. No obstante, también se han expresado preocupaciones legítimas en relación con la falta de solidez de los conocimientos y la formación de las comadronas tradicionales.”⁸

- Una Política pública de medicina indígena/maya, debe ser de Estado y no gubernamental, por lo tanto debe ser aprobada por el Congreso de la República.
- **Lógicas del Estado Monocultural**

⁸ Informe de Relator. Op. Cit.

El centralismo económico, político, institucional e ideológico es característica del Estado, igual su actitud violenta hacia los que propugnan por mejores condiciones de vida democrática, en especial los Pueblos Indígenas que a través de la violencia ejercida contra ellos se ha pretendido mantenerlos excluidos y subordinados de los beneficios y control político del Estado respectivamente.

La estructura del Estado ha sido pensada y construida desde la visión hegemónica de una clase y cultura, que aplica medidas violentas para mantener la situación de privilegios. En ese sentido, el conflicto armado reciente, de finales del siglo pasado, aparte de otras consecuencias, acrecentó la carga de enfermedades mentales y discapacidad de la población indígena, problema que no es de interés del Estado atender, solventar o resarcir. Es decir, los indígenas no solo padecen problemas de salud en lo físico, también en lo subjetivo.

- **Demandas de los Pueblos Indígenas**

Los Pueblos Indígenas, a través de demandas reivindicativas a lo largo de la historia colonial, han luchado por revertir las caudas del colonialismo y se puede asegurar que las reivindicaciones por la identidad, unidad, por mejores condiciones de vida, la organización y participación como actores sociales son comunes a todas las comunidades lingüísticas y apuntan a la demanda de reconocimiento como pueblos con cosmovisiones específicas en el marco de la auto determinación. El Estado al ratificar el convenio 169, al aprobar la Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los Pueblos Indígenas y otros instrumentos legales nacionales e internacionales, está obligado responder a dichas demandas y a mejorar las condiciones económicas, políticas y sociales de éstos, incluidos los derechos al trabajo, a la educación y, sobre todo, a la Salud.

III. Guatemala: breve caracterización del sistema oficial de Salud

En principio, se puede demostrar que el sistema nacional de salud se ha caracterizado por una gran carencia de recursos y focalizado en las áreas urbanas y más en el área metropolitana del país, lo cual incide en profundizar la desigualdad en el disfrute al derecho a la Salud que padecen los indígenas, rurales y mujeres, especialmente.

Según el Diagnóstico Nacional de Salud 2012 del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, para efectos del presente documento, la cobertura de los servicios de salud para el área rural es extremadamente limitada, recibiendo únicamente beneficios del Programa de Extensión de Cobertura (PEC) que es un paquete básico que no ha cambiado en más de 15 años, implementado mayoritariamente por ONG's y que consiste, a veces, en una visita mensual del médico o enfermera profesional a la comunidad.

Los recursos humanos son insuficientes y los equipos obsoletos en los tres niveles de atención: *“El sistema de salud en Guatemala está segmentado en varios sub-*

sistemas...A pesar de ello no existe la cobertura total...los subsistemas en su interior están fragmentados, con vacíos reales de integración y coordinación lo cual posibilita la dualidad de funciones, mayor consumo de recursos, bajo rendimiento y grados altos de ineficiencia. Aunado a esto se observa también una débil función rectora del MSPAS.”⁹

El presupuesto asignado para el 2012, representa el 1.08 del PIB y con deudas multimillonarias de arrastre. La concentración de los recursos está dirigida a la red hospitalaria y no a la atención primaria de salud. La prevención y la promoción se encuentran rezagadas. El financiamiento de la salud no es preocupación institucional y responde más a ofertas políticas, por ejemplo, cuando se ratifica la gratuidad de la salud en el 2003 por el Congreso de la República. Sin embargo, nunca se dieron las condiciones para fortalecer el sistema de salud para darle la capacidad de atender la demanda que se creaba.

“Lamentablemente, la tendencia reciente en Guatemala no se ha caracterizado por un aumento de la inversión en la salud o la promoción de una mayor eficiencia en la asignación de recursos. La inversión pública en la salud ha disminuido en los dos últimos decenios, y la escasa inversión realizada se ha concentrado principalmente en el sector terciario. En el caso de las comunidades más vulnerables –los pueblos indígenas y las mujeres de las zonas rurales- lo que más se necesita es atención primaria...”¹⁰

El nivel primario de atención cuenta con 1,101 establecimientos y orientado a acciones curativas no a la promoción de la salud y prevención de las enfermedades; el segundo con 346 y el primer nivel con 45 hospitales.

El informe también señala que las 4 causas principales de morbilidad son las infecciones respiratorias agudas, gastritis, parasitismo intestinal e infecciones de las vías respiratorias y que la desnutrición crónica en menores de 5 años es de 43.4% para el 2009 y con más incidencia en los departamentos de Alta Verapaz, Quetzaltenango, San Marcos y Quiché, que son los departamentos con mayor población indígena.

Hasta aquí lo más importante del diagnóstico referido al cual hay que agregar que no incluye la inaccesibilidad a los medicamentos (occidentales), ni la situación de la salud de los pueblos indígenas, ni la medicina ancestral o indígena, ni las estrategias o acciones en ese sentido que se han realizado o piensan realizar.

“Garantizar el acceso a los medicamentos esenciales es una obligación básica del derecho a la Salud. Los Estados partes en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales tienen la obligación de suministrar medicamentos inocuos, eficaces y asequibles y, en particular, de asegurar el acceso a ellos por las poblaciones marginadas, como los pobres de las zonas

⁹ Ministerio de salud pública y asistencia social. Diagnóstico nacional de salud, 2012.

¹⁰ Informe relator especial Anand Grover. Op. Cit.

*rurales. La realización del derecho a la salud requiere que haya bienes y servicios de salud disponibles y que sean accesibles, aceptables y de buena calidad. El Estado tiene la responsabilidad de respetar y proteger y aplicar ese derecho lo que incluye la introducción de cambios en las políticas, las leyes y los reglamentos que puedan tener efectos casi inmediatos.”*¹¹

Lo anterior es importante en cuanto a los medicamentos o recursos que se utilizan en la práctica médica indígena, porque no hay disposiciones ni apoyo para la investigación de los conocimientos ancestrales, que puedan coadyuvar a fortalecer la oferta de medicamentos y su accesibilidad como lo plantea el Relator. Ello pasa por revisar los aspectos legales en materia de propiedad intelectual, que pueda favorecer a los creadores y propietarios de esos conocimientos: los Pueblos Indígenas.

*“La incorporación de Guatemala en el Tratado de Libre Comercio entre la República Dominicana, Centroamérica y los Estados Unidos exigió que el país implementara políticas de propiedad intelectual que limitan el acceso a los medicamentos. Una mayor protección de la propiedad intelectual, como la exclusividad de datos, que impide a los medicamentos genéricos llegar cuanto antes a los mercados públicos, permite a las empresas farmacéuticas de marca conservar los monopolios sobre los medicamentos. Esta situación provoca aumentos en los precios de los medicamentos muy superiores a los que se observan en el extranjero. En un país donde las personas tienen que pagar con sus recursos el 60% de los gastos médicos y la mayoría de la población viven la pobreza, este es un resultado preocupante.”*¹²

Además, no se considera que, aparte de más recursos a los servicios de salud rurales, debe incorporarse de manera integral la formación en salud rural en los programas de estudios de los profesionales médicos, como lo plantea el relator de la salud de Naciones Unidas al que nos hemos referido en el presente trabajo. Y que además señala que:

*“...los limitados servicios de atención primaria de salud, las dificultades que tiene la población rural para acceder físicamente a la atención sanitaria y su menos acceso a los factores determinantes de la salud como la alimentación, el suministro de agua y el saneamiento, crean un entorno en que las personas están expuestas a una mayor morbilidad y mortalidad por enfermedades que son fácilmente prevenibles o tratables.”*¹³

En consecuencia, la cita siguiente redondea la visión que surge de la realidad del sistema de salud oficial:

¹¹ Informe relator especial Anand Grover. Op. Cit

¹² Informe relator especial Anand Grover. Op. Cit.

¹³ Informe relator especial Anand Grover. Op. Cit.

*“Recientemente la Procuraduría de los Derechos Humanos (PDH) destacó la necesidad de tomar acciones debido a la precariedad de los servicios de salud pública, no solo en cuanto a la calidad del servicio a los usuarios, sino también en temas administrativos, lo que ha terminado por “deshumanizar al sistema”. El defensor de la Salud Pública de la PDH, dice que “en el mismo gremio nos hemos deshumanizado, materializado y tecnificado tanto que las personas pasan a convertirse en números estadísticos, un objeto, y no en seres humanos”.*¹⁴

IV. Medicina Indígena

En relación al sistema de medicina indígena, *“...existe una amplia dispersión de enfoques sobre la medicina indígena, aunque es necesario decirlo ya se ha avanzado bastante en discutir el tema y a pesar de la diversidad de apreciaciones, existe mucha claridad en la necesidad de profundizar más en los aspectos científicos, culturales, sociales, institucionales y políticos que se relaciona a la medicina indígena.”*¹⁵

El punto central de la discusión sobre la Medicina Indígena es si se legaliza o no. Existen tres posicionamientos respecto a una ley sobre medicina indígena:

- a) La que considera que no debe haber ley específica para no disminuir su importancia y para que el Estado no la controle o limite, dado el carácter racista de éste. Se argumenta que la medicina indígena se viene practicando desde hace siglos atrás, al margen de la legalidad del Estado. El sistema de salud ancestral es histórico, vigente y autónomo y, en tanto, permanece y se ejerce sin un marco legal estatal.

Indudablemente es una posición extrema y sesgada. Extrema porque aboga por una práctica médica sin reconocimiento estatal y sesgada porque sólo se refiere, precisamente, a la práctica en sí misma y en eso tienen razón los que argumentan que dicha práctica se ha ejercido y ejerce con o sin consentimiento del Estado, con o sin marco legal, pero eso no es el todo.

- b) Una segunda posición es la que plantea que el marco jurídico internacional y nacional es suficiente para impulsar el desarrollo de la medicina indígena. En este caso, se reconoce, por un lado, la inexistencia de leyes nacionales relacionadas directamente a la práctica y especialmente en el sistema de salud del Estado y, por otro, a proponer un marco legal, reformista, que se limita al reconocimiento, respeto, valoración y promoción. Por lo tanto, lo necesario es:

¹⁴ Albani, Paolina. Diario la Hora, Guatemala 20 de Marzo 2014.

¹⁵ (PIES de Occidente (2013). Foro taller “Medicina indígena en Guatemala: Situación y retos legales. Quetzaltenango, 14 y 15 de noviembre. Disponible en: www.piesdeoccidente.org

*“Hacer valer el marco legal existente, exigiendo nuestros derechos. Existe un marco jurídico que tiene algunos enunciados de forma dispersa y generalizada que solo refleja la perspectiva depredadora, excluyente, racista y extractiva de un Estado monocultural. Prevalece el desconocimiento del marco jurídico existente, por lo que no se cumple y no se fomenta el respeto del sistema de salud ancestral como un derecho, se le enfoca con desvalorización, con falta de conciencia, como algo optativo.”*¹⁶

- c) La tercera es la que aboga por formular una ley de medicina indígena y que en todo caso, si así fuera, debe consultarse a los pueblos indígenas. Los aspectos a abordar dentro de una ley deben consensuarse por que debe ser integral, articuladora y, sobre todo, específica.

V. Aspectos importantes de legislación sobre medicina indígena en Bolivia, Nicaragua, México y Panamá

• BOLIVIA

a) POBLACION TOTAL

Bolivia tiene 10.389.913 habitantes, según los resultados del Censo Nacional de Población y Vivienda de 2012.

Total de Mujeres: 50,07%

Total de Varones: 49,93%

Fuente: <http://es.wikipedia.org>

b) POBLACION INDIGENA, TOTAL Y PORCENTUAL

Bolivia es el país con mayor porcentaje de población indígena de América Latina. Población Indígena: 6,441,746; 62%

Población no Indígena: 3,948,167; 38%

c) Observación importante de carácter político reciente.

El 15 de octubre del 2012 se promulgó la Ley N° 300 “Ley Marco de la Madre Tierra y Desarrollo Integral para Vivir Bien” que tiene por objeto: establecer la visión y los fundamentos del desarrollo integral en armonía y equilibrio con la Madre Tierra para Vivir Bien, garantizando la continuidad de la capacidad de regeneración de los componentes y sistemas de vida de la Madre Tierra, recuperando y fortaleciendo los saberes locales y conocimientos ancestrales, en el marco de la complementariedad de derechos, obligaciones y deberes; así como los objetivos del desarrollo integral como medio para lograr el vivir bien, las bases para la planificación,

¹⁶ Cita de participantes. Foro taller “Medicina indígena en Guatemala: Situación y retos legales.” Quetzaltenango, 14 y 15 de noviembre.

gestión pública e inversiones y el marco institucional estratégico para su implementación. Cabe destacar en la ley marco, la consideración como uno de los 17 principios, del diálogo de saberes que asume la complementariedad entre los saberes y conocimientos tradicionales y/o ancestrales y las ciencias. Esto implica de por sí, el reconocimiento pleno de las sabidurías de las naciones indígenas originarias para garantizar la continuidad de la capacidad de regeneración de los componentes y sistemas de vida de la madre tierra, pero también la urgente necesidad de apertura de la ciencia occidental moderna de origen eurocéntrico, que es la que se imparten en nuestras universidades, casi hegemonícamente en todas las disciplinas científicas y áreas del conocimiento.¹⁷

La Ley de la Madre Tierra va a establecer 11 derechos a la naturaleza, incluido el derecho a la vida, el derecho de la continuación de los procesos vitales libres de la alteración causada por el ser humano, el derecho al aire y agua limpios, el derecho al equilibrio y el derecho a no tener modificadas o alteradas genéticamente las estructuras celulares. También garantizará al país el derecho de *"no ser afectado por mega estructuras y proyectos de desarrollo que afecten el equilibrio de los ecosistemas y las comunidades locales"*.

Este cambio significa el resurgir de la cosmovisión indígena Andina de un mundo que pone a la diosa de la Tierra y el medio ambiente, Pachamama, en el centro de toda la vida. Esta visión considera los derechos humanos iguales a los de todas las demás entidades. Hace tiempo, Bolivia sufre graves problemas ambientales, con la minería del aluminio, de la plata, del oro y otras materias primas.

d) **Resumen del marco jurídico de la Medicina Indígena**

No existe una ley específica sobre medicina indígena, sin embargo a nivel constitucional se incluyen aspectos importantes como el mandato de que el Sistema de Salud respete la Cosmovisión y prácticas tradicionales, interpretándose que se incluye la medicina indígena. Además en el texto constitucional se ordena promover el uso, la investigación y práctica de la Medicina Tradicional, el registro de las medicinas naturales y la protección de la propiedad intelectual de los conocimientos y prácticas indígenas. Además la regulación del ejercicio de la medicina tradicional para garantizar la calidad y seguridad. A nivel institucional se crea el Instituto de Medicina Tradicional, de carácter autónomo, financiado por el gobierno y por la cooperación internacional, cuya función principal es el registro sanitario y control de la calidad de los medicamentos tradicionales. Finalmente, de

¹⁷ Públicogt.com

carácter simbólico se declara a la Provincia Bautista de Saavedra como capital de la medicina tradicional.

- **NICARAGUA**

- a) **POBLACION TOTAL**

5,727,707, datos de 2012
Fuente: <http://www.indexmundi.com>

- b) **POBLACION INDIGENA, TOTAL Y PORCENTUAL**

Mestizos y Blancos 4,925,828; 86%
Indígenas 801,879; 14%
Fuente: es.wikipedia.org

- c) **Observación importante de carácter político reciente.**

El contexto político de Nicaragua es particular debido a que la transición política que se ha desarrollado tiene también características particulares. La refundación social intentada durante el período revolucionario, después del fin de las dictaduras de la familia Somoza, quedó pendiente y sin posibilidades de consolidarse. La ruptura revolucionaria de 1979 con su proyecto de transformación social se interrumpió en su continuidad política con las elecciones de 1990 y el cambio de gobierno, pero sin que se produjera una contrarrevolución abierta. Los grupos empresariales y políticos, adversarios de los cambios operados bajo el régimen anterior, iniciaron un proceso de restauración social y política, mientras los grupos populares mantenían parte de sus posiciones.

Un aspecto importante, es el régimen de autonomías regionales para pueblos indígenas de la costa atlántica, cuya expresión simbólica más importante es la universidad de Urracan.

- d) **Resumen del marco jurídico de la Medicina Indígena**

Existe la Ley de Medicina Tradicional Ancestral. Aunque a nivel constitucional no hay referencia alguna sobre la Medicina indígena. Según la Ley, se señala que la Medicina tradicional y los que la practican, promueven su desarrollo y la investigan, interactúan de forma integral, armónica y complementaria con el Sistema de Salud Oficial. Dice, la ley, que la Medicina tradicional ancestral y los curanderos o curanderas, terapeutas tradicionales, agentes de salud tradicionales o especialistas del entendimiento o conocimiento ancestral, sus servicios, productos y terapias tradicionales, son componentes de los Modelos de Salud Intercultural.

- **MEXICO**

a) POBLACION TOTAL

La población de México es de 117,384,442

Población Masculina 57,890,239; 49.3%

Población femenina 59,494,203; 50.7%

Fuente: <http://countrysimeters.info/es/Mexico/>

b) POBLACION INDIGENA, TOTAL Y PORCENTUAL

No Indígenas: 105,880,767; 90.2%

Indígenas: 11,503,675; 9.8%

Fuente: <http://www.cdi.gob.mx>

c) Observación importante de carácter político reciente.

Actualmente en México se encuentran numerosos movimientos sociales los cuales incluyen huelgas, movimientos armados, movimientos pacíficos, movimientos revolucionarios, movimientos izquierdistas, etc. Mención especial merece el movimiento zapatista que inaugura el siglo XXI, con demandas que cruzan la ideología de izquierda con la propia de los pueblos y comunidades indígenas, que son el “otro mundo” mexicano, el sur pobre, discriminado e indígena. México corre el riesgo, al igual que Colombia, de ser los primeros en convertirse en narco Estados.

d) Resumen del marco jurídico de la Medicina Indígena

No existe Ley específica sobre medicina tradicional. Solamente la Ley General de Salud hace su reconocimiento, respeto y promoción del conocimiento indígena y su desarrollo. Determina dicha ley general que el sistema de salud debe adaptarse a las culturas indígenas, es decir de manera mediada, en “condiciones adecuadas” y con respeto a los Derechos Humanos.

• **PANAMÁ**

a) POBLACION TOTAL

La población de Panamá conforme a lo registrado en el censo de población del 2010, es de 3,405,813.

Las mujeres conforman el 49.7 %, 1,692,689 y los hombres el 50.3 %

Fuente: Censo de Población y Vivienda 2010, Instituto Nacional de Estadística y Censo, Panamá

b) POBLACION INDIGENA, TOTAL Y PORCENTUAL

Ladinos 2,674,965; 78.54%
Indígenas 417,559; 12.26% (hombres 212,451; mujeres 205,108)
Afro Panameña 313,289; 9.20%
Fuente: Censo de Población y Vivienda 2010, Instituto Nacional de Estadística y
Censo, Panamá

c) Observación importante de carácter político reciente.

Importante es el régimen de autonomías que han concedido a los pueblos indígenas.

d) Resumen del marco jurídico de la medicina indígena

No existe ley de medicina indígena. A nivel constitucional el Estado tiene el compromiso de reconocer y promover la medicina tradicional y coordinar con las Comarcas programas y proyectos para el beneficio de la salud de estas poblaciones. Existe la Ley de Régimen especial de Propiedad Intelectual que tiene como finalidad proteger los derechos colectivos de propiedad intelectual y los conocimientos tradicionales de los pueblos indígenas. A nivel institucional está creada la Comisión de Medicina Tradicional Indígena, adscrita a la Dirección Nacional de promoción de la salud del Ministerio de Salud, para coordinar, organizar y desarrollar propuestas de políticas y estrategias dirigidas a poblaciones indígena para aplicar la Medicina Tradicional con criterio científico.

VI. Objetivos, principios y ejes para una Política de Medicina Maya/Indígena

a. Objetivo general

Contribuir a superar la discriminación y el racismo que afecta a las prácticas y saberes en materia de medicina del Pueblo Maya, para complementar y enriquecer el sistema oficial de Salud y con ello mejorar la salud integral de la población de manera democrática, pertinente y participativa.

b. Objetivos específicos

- Visibilizar las prácticas y saberes del sistema de Medicina Maya/indígena
- Retroalimentar el sistema oficial de salud, enriqueciendo y haciendo más eficaces y efectivas las políticas, estrategias, programas y acciones del sistema oficial de salud.
- Superar la superficialidad y limitación teórica, conceptual y práctica de lo que actualmente se conoce como medicina tradicional.

La Política Pública de Medicina Maya/indígena, se centra en dos lineamientos:

- a) Lograr desde la institucionalidad del Estado, en materia de salud, la universalidad, la pertinencia y la participación, con la finalidad de superar los rezagos y las carencias que adolece el Pueblo Maya.
- b) Consolidar y hacer efectiva la Defensa, respeto, desarrollo y aplicación de los derechos colectivos e individuales de los pueblos indígenas en el marco del proceso de descolonización, haciendo vigente la multi e interculturalidad y la erradicación de la discriminación, en este caso, en materia de salud.

- **Principios de la Política**

- **Pertinencia**

Es el derecho del Pueblo Maya a que se adopten medidas específicas para mejorar su acceso a establecimientos, bienes y servicios de salud que sean apropiados desde el punto de vista cultural.

La pertinencia cultural debe ser un eje transversal en todo el sistema de salud y sobre todo a nivel de Estado. Debe incluirse en el discurso político-administrativo del sistema de salud; con presupuesto del Estado, una línea de inversión sobre medicina indígena que permita tener indicadores para su monitoreo en la aplicación; con espacios institucionales, estables y permanentes, jurídicamente definidos, con prácticas y relaciones equitativas y de respeto intra y extra sistema de salud.

- **Participación Plural**

Es el derecho de los pueblos indígenas a ser consultados en base al convenio 169, en materia de disposiciones, políticas y leyes relacionadas a la salud e implica también, el aporte de conocimientos y prácticas propias para enriquecer los procesos de atención a la población en general.

- **Visión y práctica holística**

En las comunidades indígenas la salud del individuo se suele vincular con la salud de la sociedad en su conjunto y presenta una dimensión colectiva o comunitaria, de igual manera la participación de las comunidades se hace pensando en la necesidad integral de satisfactores, la consulta comunitaria en asambleas, la rendición de cuentas y el derecho a opinar. Así como la concepción y respeto como autoridades de quienes ejercen las prácticas médicas propias y ancestrales

- **Ejes de la Política**

- **INVESTIGACION Y DESARROLLO**

1. Generar una base actualizada permanentemente de información sobre la medicina Maya/indígena.
2. Aplicar la investigación científica para especificar, recuperar, sistematizar, desarrollar, validar y aplicar la medicina Maya/indígena.
3. Procesos de formación sistematizada y oficializada en medicina Maya/indígena, involucrando a las 14 universidades y centros de investigación y estudio.

ACTIVIDAD:

Creación de un ente público para la Ciencia y Tecnología indígena, con aportes del Estado y vinculado al Sistema de Ciencia y Tecnología, articulado a los centros de investigación de las universidades, para generar los conocimientos sobre la medicina indígena que se puedan incorporar a los procesos educativos y a las prácticas del sistema oficial de salud.

RESPONSABLES: Universidad de San Carlos de Guatemala, Universidades privadas, el Sistema de ciencia y Tecnología, SENACYT, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y organizaciones/instituciones indígenas de investigación.

○ **INSTITUCIONALIDAD PUBLICA**

1. Creación de la institucionalidad pública rectora encargada de la política pública, con representación equitativa de los pueblos indígenas.
2. Creación de comisiones técnicas sobre medicina maya/indígena en las municipalidades y en el sistema de Consejos de desarrollo.
3. Ampliar y mejorar la cobertura del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, enfatizando en la pertinencia cultural y participativa en los municipios y comunidades indígenas, tomando en cuenta la ley y reglamento de idiomas.
4. Inclusión dentro de la comisión de salud del Congreso de la República, la mesa de trabajo sobre Medicina tradicional, donde se incluiría en un primer momento la medicina indígena.
5. Aprobación del espacio presupuestario permanente para la aplicación de la política pública.

ACTIVIDAD:

- a) Creación, como ente rector de la medicina indígena, en la cual se incluiría en un primer momento la medicina Maya, de un Vice-ministerio en el MSPAS, que sería el encargado de la aplicación de la política pública de Medicina Maya, así como apoyar la creación de las comisiones técnicas en las municipalidades y en el Sistema de Consejos de desarrollo, tomando como base lo señalado en la Política y Ley de Descentralización.
- b) Incluir dentro del Presupuesto del Estado, un codificador para Pueblos indígenas que aparte de abarcar el gasto social en general dirigido hacia estos, se pueda especificar el nivel y orientación del gasto en materia de

aplicación de la política de medicina indígena. Y cuyo monitoreo, con participación de pueblos indígenas, sea a través del vice ministerio respectivo.

RESPONSABLES: El Congreso de la República, Gobierno Central, el Ministerio de salud pública y asistencia social, Ministerio de Finanzas, Asociación Nacional de Municipalidades-AGAAI y organizaciones/instituciones Mayas.

○ **PROPIEDAD INTELECTUAL**

1. Institucionalizar la defensa de la propiedad intelectual de los conocimientos ancestrales en materia de medicina y prácticas.

ACTIVIDAD:

Creación en el Registro de la propiedad intelectual, de la unidad respectiva para el acopio de los conocimientos y prácticas en materia de Medicina indígena, con el objeto de salvaguardar los derechos de los pueblos indígenas.

RESPONSABLES: El congreso de la República, Universidad de San Carlos de Guatemala, Registro de la propiedad intelectual y organizaciones/instituciones Mayas.

○ **PARTICIPACION**

1. Fortalecimiento de las organizaciones y autoridades comunitarias indígenas para estar representadas en los distintos niveles públicos relacionados con el ejercicio del poder, la investigación y desarrollo, aplicación, defensa, articulación e inversión en lo que respecta a la medicina indígena.
2. Crear instancias para certificar y validar a los encargados (as) de la práctica de la medicina indígena, articulando sus conocimientos y prácticas con la medicina oficial. Por ejemplo, involucrando a las Universidades, al Ministerio de Salud y con la participación especializada y específica de pueblos indígenas.
3. Formular pensum de estudios que tengan como eje principal la medicina indígena, Antropología médica y aspectos relacionados con la interculturalidad que se articulen a otros saberes y prácticas en el sistema educativo nacional: Básico, diversificado y universitario.
4. Crear programas formativos en materia de salud con pertinencia cultural para involucrar a los Pueblos indígenas dentro del sistema de salud, para divulgación pertinente culturalmente, masiva y popular.

“Existe una clara necesidad de reclutar activamente a personas de origen indígena para los cursos nacionales de formación de personal médico a fin de eliminar el desequilibrio cultural en la dotación de personal de los centros de salud de Guatemala. La formación específica de médicos y enfermeros indígenas mejoraría la calidad de la asistencia médica y su aceptación por los pacientes indígenas, y

podría compensar el déficit de personal en las zonas rurales y remotas de todo el país. También existe un importante vacío en la formación cultural de los profesionales de la medicina, pues no se les exige oficialmente tomar ninguna asignatura de formación cultural como parte de su educación superior.”¹⁸

5. Involucrar al personal del MSPAS en la formación sistemática en materia de Cultura y Medicina indígena para el cumplimiento de los mandatos legales derivados de la política de medicina indígena.

“Es preciso insistir más en que los médicos aprendan el dialecto indígena predominante de la zona donde prestan servicio. Si al contratar a los profesionales médicos se atribuye más importancia a sus aptitudes lingüísticas, se promoverá un cambio cultural en la profesión, de modo que ya no sea aceptable prestar servicios en una comunidad sin tener la capacidad de comunicarse con sus miembros indígenas.”¹⁹

RESPONSABLES: El Congreso de la República, Gobierno Central, Ministerio de Salud pública y asistencia social, Ministerio de Educación, las universidades privadas y pública y organizaciones /instituciones Mayas.

VII. Propuestas de ejes para una Ley de Medicina indígena: Foro-Taller Noviembre 2013.

- La necesidad de hacer científico el conocimiento indígena en materia de medicina.
- El acceso a la atención de salud de calidad por parte de los pueblos indígenas, mediante la incorporación de prácticas y terapias usadas en la Medicina indígena en la atención primaria de la salud, con los principios de seguridad y eficacia.
- Incorporar a los actores reconocidos en el Derecho Indígena y su rol en la aplicación de la medicina indígena para promover la *Utzilaal' uwach ulew* (armonía entre el ser humano y todo lo que le rodea) para el buen vivir.
- Fortalecer su conocimiento y regularlo, porque la comercialización privada de la medicina indígena tiende a ser un negocio altamente lucrativo, fuera del alcance de los mismos indígenas.
- Los sistemas de salud estatal deben incorporar una mayor cantidad de personal indígena.

¹⁸ Informe del Relator de Naciones Unidas. Op. Cit.

¹⁹ Informe del Relator de Naciones Unidas. Op. Cit.

- Superar los estereotipos sobre la sabiduría ancestral, cuyo alcance científico es ahora vigente.
- Legalizar una Estrategia para el Abordaje de la Medicina indígena e Impulso de la Pertinencia Cultural en los Servicios de Salud
- Garantizar la creación de condiciones políticas, estratégicas, técnico-normativas y operativas que promuevan el diálogo intercultural para la mejora continua de los servicios de salud, el uso de la Medicina indígena y la pertinencia cultural.

Observaciones sobre las conclusiones y recomendaciones del Foro-Taller:

- Algunas restricciones planteadas se orientan a considerar que los conocimientos indígenas solo tienen posibilidad de conservarse y desarrollarse en la medida en que los Pueblos Indígenas definan su propio modelo económico y político dentro de sus propios territorios.
- No se abordaron temas como la propiedad intelectual, la articulación de los dos sistemas, la investigación, la institucionalidad de la medicina indígena en la sociedad y el gobierno y tampoco de la participación de los Pueblos indígenas en todos los procesos.
- Evitar los riesgos como lo es el caso mexicano en donde la incorporación y reglamentación de las etno-medicinas al sistema oficial se hizo en el marco del neoliberalismo, con visión integracionista y limitada, pero sobre todo controlada por el Estado y luego de los avances iniciales vino el estancamiento o retroceso. Esto así sucedió porque quien hace la ley la diseña y orienta a su manera, según sus intereses y/o cosmovisión respectiva, es decir, se habla de tener algún poder político para evitar dichos riesgos.

VIII. Propuestas generales de ley de Medicina Indígena

Una ley de Medicina indígena, debe estar respaldada y articulada a preceptos constitucionales que engloben a los Pueblos Indígenas de ascendencia Maya como sujetos de derecho, reconociendo su libre determinación²⁰, incluyendo el concepto SAQ KASLEMAL²¹ que, como principio a ese nivel, promueva un nuevo modelo productivo, de vida social e individual; en relación armónica con la naturaleza (sostenibilidad) y una sociedad, democrática, solidaria, incluyente, equitativa y plural, consolidando su filosofía, epistemología, teoría y el aspecto espiritual, sin dejar de considerar la bio-ética.

²⁰ Declaración de Pueblos Indígenas de la ONU.

²¹ Concepto más amplio que UTZ K'ASLEMAL, que es una traducción literal del "Buen Vivir" y que debe ser objeto de discusión y definición entre los pueblos mayas para rescatar, validar y legitimar la visión holística de la salud, la naturaleza, el cosmos, la espiritualidad y la vida social, política y económica.

La ley de Medicina indígena, debe desarrollar y normar:

- La Creación del Viceministerio de Medicina indígena, para incluir inicialmente la Medicina Maya,²² encargado de la aplicación de la política pública de Medicina Maya, y apoyar la creación de las comisiones técnicas en las municipalidades y en el Sistema de Consejos de desarrollo, tomando como base lo señalado en la Política y Ley de Descentralización.
- Creación de la Dirección de Ciencia y Tecnología indígena para la Investigación sobre prácticas y conocimientos ancestrales, entidad de carácter académico, articulado por ley con el Sistema de Investigación, SINACYT, y con las universidades en general para coordinar, articular, generar y desarrollar conocimientos, sociales y técnicos, sobre la medicina indígena que se puedan incorporar a los procesos educativos y a las prácticas del sistema oficial de salud.
- Formular pensum de estudios que tengan como eje principal la medicina indígena, articulado a otros saberes y prácticas en el sistema educativo nacional, Básico, diversificado y universitario: Creación de la Unidad de formación en conocimientos y prácticas indígenas, de carácter obligatorio para el sistema público en todos los niveles, para que se cumpla, en principio, con la ley de Idiomas, la pertinencia cultural, los acuerdos de Paz y la diversidad cultural. Crear programas formativos en materia de salud con pertinencia cultural para involucrar a los pueblos indígenas dentro del sistema de salud, para divulgación pertinente culturalmente, masiva y popular.

“Existe una clara necesidad de reclutar activamente a personas de origen indígena para los cursos nacionales de formación de personal médico a fin de eliminar el desequilibrio cultural en la dotación de personal de los centros de salud de Guatemala. La formación específica de médicos y enfermeros indígenas mejoraría la calidad de la asistencia médica y su aceptación por los pacientes indígenas, y podría compensar el déficit de personal en las zonas rurales y remotas de todo el país. También existe un importante vacío en la formación cultural de los profesionales de la medicina, pues no se les exige oficialmente tomar ninguna asignatura de formación cultural como parte de su educación superior.”²³

E involucrar al personal del MSPAS en la formación sistemática en materia de Cultura y Medicina Maya tradicional para el cumplimiento de los mandatos legales derivados de la política de medicina Maya.

“Es preciso insistir más en que los médicos aprendan el dialecto indígena predominante de la zona donde prestan servicio. Si al contratar a los profesionales médicos se atribuye más importancia a sus aptitudes

²² Que se puedan incluir posteriormente sistemas de medicina de otros pueblos, dentro de la práctica oficial del sistema nacional de salud.

²³ Informe del Relator de de la Salud .ONU Op. Cit.

lingüísticas, se promoverá un cambio cultural en la profesión, de modo que ya no sea aceptable prestar servicios en una comunidad sin tener la capacidad de comunicarse con sus miembros indígenas.”²⁴

- Certificar y validar a los encargados (as) de la práctica de la medicina indígena, articulando sus conocimientos y prácticas con la medicina oficial. Crear categorías técnico-profesionales para esta finalidad y que se sustenten en medidas afirmativas, para incluirlos legalmente al sistema oficial, con derechos y obligaciones laborales, previo que se visibilice y sistematice su existencia, para poder ejercer en los distintos niveles de atención del sistema de Salud, oficial y para toda la población:

“Las comadronas tradicionales podrían desempeñar un papel más eficaz como facilitadores de la interacción entre las comunidades indígenas y los servicios de salud públicos. Para ello no es imprescindible incorporarlas en los hospitales existentes; más bien debería desarrollarse su capacidad profesional, y el Gobierno debería propiciar oficialmente oportunidades de intercambio de información entre ellas y otros profesionales de la salud. Un modelo que prevea únicamente ofrecer información a las comadronas tradicionales, sin recibir nada de ellas, sería inadecuado: se debe fomentar la cooperación y el respeto, y no simplemente tratar de adiestrar a las comadronas tradicionales en los métodos occidentales de salud.”²⁵

- Creación en el Registro de la propiedad intelectual, de la unidad respectiva para el acopio de los conocimientos y prácticas en materia de Medicina indígena, con el objeto de salvaguardar los derechos de los pueblos indígenas y en el MSPAS Crear la unidad de propiedad intelectual y registro de medicamentos y prácticas médicas de los Pueblos indígenas, para salvaguardar y/o utilizarlos en beneficio de dichos Pueblos.
- Crear distritos regionales por comunidad lingüística, que mejoren la atención de los dos sistemas: el oficial y la medicina indígena.
- Fortalecimiento de las organizaciones y autoridades comunitarias indígenas para estar representadas en los distintos niveles públicos relacionados con el ejercicio del poder, la investigación y desarrollo, aplicación, defensa, articulación e inversión en lo que respecta a la medicina indígena. Participación de las autoridades ancestrales o a quienes deleguen en un consejo consultivo para lo relacionado a la aspectos técnicos, sociales, administrativos y culturales en la aplicación integral de la medicina indígena en todo el sistema.
- Un presupuesto definido y permanente para las funciones no sólo del Viceministerio y de las unidades creadas, también para proyectos de investigación e implementación de los espacios administrativos y técnicos

²⁴ Informe relator especial Anand Grover. Op. Cit.

²⁵ Informe relator especial Anand Grover. Op. Cit.

para la aplicación de la Medicina indígena. Incluir dentro del Presupuesto del Estado, un codificador para Pueblos indígenas que aparte de abarcar el gasto social en general dirigido hacia estos, se pueda especificar el nivel y orientación del gasto en materia de aplicación de la política y ley de medicina indígena. Y cuyo monitoreo, con participación de pueblos indígenas, sea a través del vice ministerio respectivo.