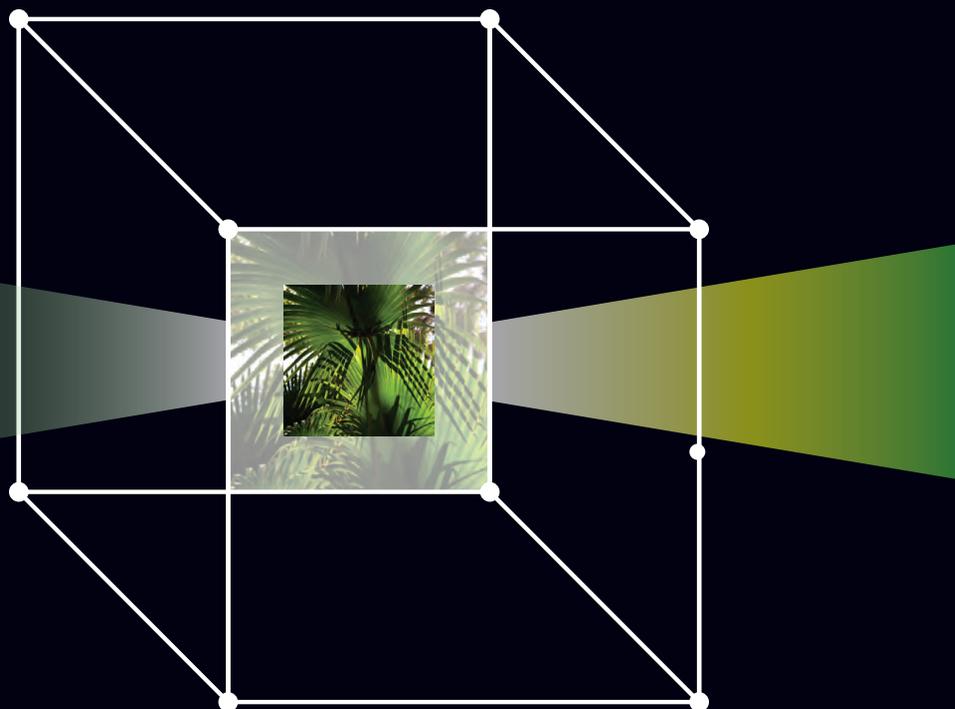
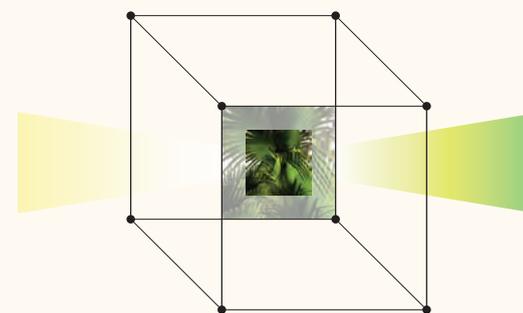
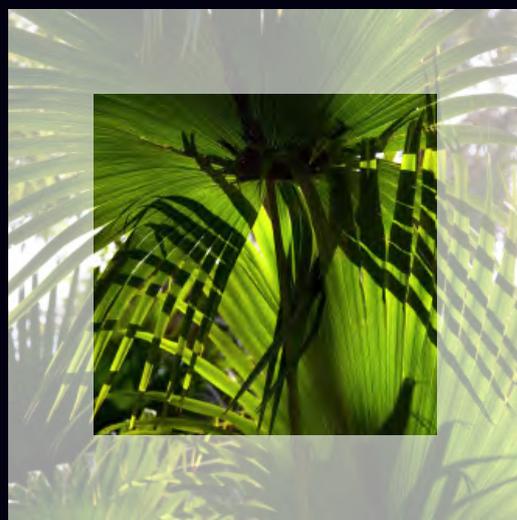


Xavier Lozoya + Carlos Zolla



lo invisible  
es verde

el **vidrio** en el espejo



# lo invisible es verde

XAVIER LOZOYA + CARLOS ZOLLA

México, 2015



elvidrioenlespejo

*La tradición de todas las generaciones muertas  
oprime como una pesadilla el cerebro de los vivos.*

KARL MARX

*La tradición incapacita y entorpece la mente  
de manera inevitable.*

JIDDU KRISHNAMURTI

*La tradición es la ilusión de la persistencia.*

WOODY ALLEN

*No desprecies las tradiciones que nos llegan de antaño;  
ocurre a menudo que las viejas guardan en la memoria cosas  
que los sabios de otro tiempo necesitaban saber.*

J.R.R. TOLKIEN

*Hay que estar contra lo ya pensado, contra la tradición,  
de la que no se puede prescindir, pero en la que no se puede confiar.*

KARL POPPER

*La tradición intelectual es de servilismo hacia el poder,  
y si yo no la traicionara me avergonzaría de mí mismo.*

NOAM CHOMSKY

*La ignorancia dificulta el avance del conocimiento,  
pero aferrarse a la tradición suele paralizarlo.*

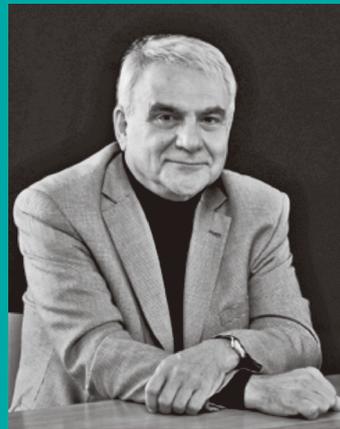
XAVIER LOZOYA

*La Tradición es una sastrería que está a la vuelta de mi casa.*

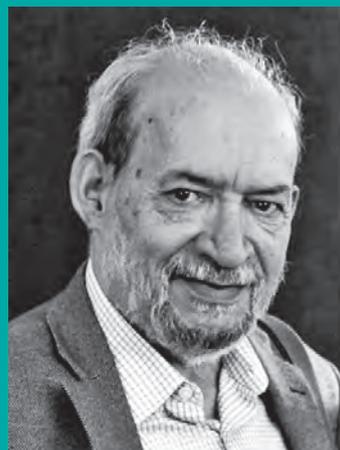
CARLOS ZOLLA

## INDICE

I.	HISTORIA DE UNA OBSESIÓN	
	Xavier Lozoya	
	1. La casualidad del péndulo	9
	2. Déles otro juguito	27
	3. Los otros son ustedes	37
	4. La oportunidad institucionalizada	51
II.	LA HERMANA INCÓMODA	
	Carlos Zolla	
	1. El IMEPLAM por escrito	65
	2. La transición	74
	3. La medicina invisible	83
	4. La hermana incómoda	93
III.	CONCLUSIONES	
	Carlos Zolla + Xavier Lozoya	107



Xavier Lozoya y Carlos Zolla



## AL LECTOR

Los dos autores de este libro nacimos el mismo año, en el 1945. Uno en la Ciudad de México y otro en la de San Fernando del Valle de Catamarca, Argentina. El mexicano se convirtió en médico y el argentino en antropólogo. En realidad ningún de los dos ejerció su profesión convencionalmente. Eso que algunos llaman ‘destino’ nos permitió, cuando cumplíamos treinta años de vida, participar en México de una ocurrencia que se convirtió en proyecto de trabajo, luego en proyecto de vida y, finalmente, en una obsesión intelectual. Nos dedicamos a estudiar y promover la utilidad de la medicina indígena de México y de sus plantas medicinales, cada uno desde su propia imaginación y perspectiva profesional. En eso estuvimos cuarenta años.

Ahora estamos cumpliendo setenta años de vida y conversando de vez en cuando, por aquí y por allá, decidimos recordar la historia que nos hizo amigos y colaboradores en un tema que acabó siendo el centro de nuestras actividades: la cultura médica de los mexicanos.

Pero, también, porque reconocemos que cada quien cree vivir su vida en forma original e independiente de los otros, sin darse cuenta de que uno se convierte en el vocero de las ideas y acontecimientos de su tiempo socio-histórico. Hoy las ideas y circunstancias políticas del mundo ya son otras, por lo que consideramos necesario dejar testimonio de lo que fue nuestro tiempo y de cómo lo vivimos. La visión del mundo en la que te formaste y las ideas por las que luchaste siguen intactas en la vejez... claro, si comes frutas y verduras. La premisa para escribir este libro fue: conservar el buen humor en el relato, ya que los dos seguimos satisfechos intelectualmente y sin rencores con la vida porque fuimos libres de trabajar y construir lo que se nos ocurrió y como se nos ocurrió. Un privilegio que se da muy rara vez en la existencia.

¿Una dedicatoria? Sí.

A todos nuestros amigos, mujeres y hombres de ese mismo tiempo, que nos ayudaron a construir tan fascinante proyecto de trabajo y que compartieron la misma esperanza por mejorar la condición social de los mexicanos.

**Xavier Lozoya y Carlos Zolla**

CIUDAD DE MÉXICO, AÑO 2015.

- La medicina es una manifestación más de la cultura de un pueblo, como lo son: su lenguaje, su comida, su vestido, su música, su religión, su interpretación del mundo...su cosmovisión. Por lo tanto, en el planeta existen tantas medicinas como culturas esté Usted dispuesto a reconocer.
- Pero, he ahí el problema, doctor: ¿Quién define la validez de una u otra cultura médica? ¿El pensamiento científico?
- La ciencia es solo el instrumento que amplía la visión y el entendimiento humano sobre la Naturaleza-Cosmos durante determinado período de tiempo ya que cambia constantemente y, porque la ciencia usa distintos anteojos; la verdadera depositaria del conocimiento es la memoria cultural de todo un pueblo ya que, finalmente, la omnipotente ciencia también forma parte de la cultura.

**Xavier Lozoya**  
*Plantas, medicina y poder*  
Editorial Pax, México, 1994.

# I. Historia de una obsesión

Xavier Lozoya

## 1. La casualidad del péndulo

Proponer y organizar en el México de los años setentas del siglo pasado una institución dedicada al estudio de las plantas medicinales —con el propósito de desarrollar medicamentos nacionales— no fue una idea que surgiera en las academias de medicina, ni producto de una política diseñada en las instituciones de Salud del Estado Mexicano. Tampoco fue el resultado de largas cavilaciones de los intelectuales de la cultura nacional que descubrieran, de pronto, la importancia y riqueza de los recursos curativos de un ancestral conocimiento popular que, después, se denominaría medicina tradicional o medicina indígena. Las empresas farmacéuticas de entonces, tanto nacionales como extranjeras o las múltiples industrias vinculadas a los insumos requeridos para la salud, tampoco se planteaban tales iniciativas.

Por lo tanto, debo reconocer que las actividades en las que participé en esos años con la fundación —en 1975— del Instituto Mexicano para el Estudio de las Plantas Medicinales (IMEPLAM, A.C.) y la influencia que ejerció este grupo en la creación de otras organizaciones, aglutinaron eficazmente a algunas conciencias coincidentes con un proyecto que se inició por simple casualidad.

Por supuesto que las posiciones político-ideológicas y profesionales de todos y cada uno de los integrantes del grupo fundador orientaron la forma y el fondo de las actividades de la pequeña institución que surgió como producto de esa oportunidad casual a la que me referiré más adelante.

En mi caso personal, influyó el hecho de que mi formación profesional e interés por la ciencia fueran adquiridos en la Universidad de la Amistad de los Pueblos Patricio Lumumba, en la ciudad de Moscú, capital de la entonces Unión Soviética. Estudié la carrera de medicina en esa peculiar universidad fundada en 1961 por el gobierno del Primer Ministro Soviético de origen ucraniano, Nikita Jrushchov (1894-1971). Este dirigente fue el impulsor de la primera *perestroika* (reestructuración) que llevó a cabo el gobierno soviético alejándose de la desprestigiada política estalinista y proponiendo al régimen socialista

soviético abrirse al resto del mundo. En su competencia con Europa Occidental y los Estados Unidos de América, la Universidad Lumumba fue creada por el gobierno soviético para ofrecer educación superior a los jóvenes estudiantes provenientes de países en aquél entonces considerados “subdesarrollados”, con la intención de difundir los avances en educación, ciencia y tecnología alcanzados por el sistema político-económico de la URSS. En esa universidad me gradué y me convertí en un científico, investigador de la neurofisiología, conociendo algunos novedosos medicamentos de origen natural que desarrollaba esa sociedad. Tuve el privilegio de vivir, durante casi diez años, una de las experiencias político-culturales más interesantes del siglo XX: la ‘época dorada’ del socialismo soviético de los años sesentas, que se correspondió con la competencia científico-tecnológica y la carrera espacial en la que se enfrascaron las dos principales potencias económico-políticas de entonces: la URSS y los EUA.

Tal circunstancia, influyó en mi comprensión sobre la forma en que el régimen soviético había organizado la atención a la salud y la investigación científica biomédica en aquél gigantesco país. Aprendí que el concepto de medicina social había nacido en la Europa de la postguerra como consecuencia del desastre sufrido por la población civil de las muchas ciudades que fueron destruidas durante la Segunda Guerra Mundial (1939-1945); por ejemplo, la Unión Soviética perdió más de 30 millones de personas en esa guerra, de los cuales 8 millones eran soldados, los restantes millones de civiles fueron víctimas inermes en los bombardeos de sus ciudades.

En 1948, los gobiernos de los países participantes de esa brutal confrontación bélica, propusieron la creación de una nueva obligación para sus Estados nacionales: la de proteger la salud de la población sobreviviente y proporcionar atención médica a todos y cada uno de los habitantes de un país. En el bloque de países socialistas, surgidos de la postguerra (Polonia, República Democrática Alemana, Checoslovaquia, Yugoslavia, Rumania, Bulgaria, Hungría, Estonia, Lituania, Letonia y el conjunto de quince repúblicas que conformaban la URSS) se comprendió la importancia estratégica de la salud para el desarrollo económico de cada una de esas naciones. Contar con una población sana y bien protegida por grandes y complejas instituciones públicas de asistencia médica haría la diferencia. Un sistema nacional de salud —diseñado y controlado por el Estado— con distintos niveles de servicios, dirigido primordialmente para proporcionar a la gente educación en el manejo de su salud pero, al mismo tiempo, ofreciendo atención médica gratuita y permanente para toda la población, fuera ésta rural o urbana, materno-infantil, en plena capacidad laboral, de avanzada edad, etc.

De igual manera, esos regímenes socialistas demandaron que la protección de la salud se convirtiera en un derecho constitucional y siendo proporcionada exclusivamente por el Estado, daría paso al concepto de “seguridad social” a la que tendrían acceso gratuito todos los habitantes. Países como Inglaterra, Francia, Suecia, Finlandia y Dinamarca, y otros con diferentes sistemas políticos, también influyeron en el diseño de esa Seguridad Social europea desde la perspectiva de sus distintas economías. A diferencia de lo que planteaba el gobierno de los Estados Unidos de América comprendieron que debía ser vista como una protección médica generalizada a toda la población y que no sólo dependiera de su relación con el trabajo remunerado, como lo proponían los estadounidenses. Los europeos buscaron que el Estado garantizara el bienestar de toda la población sobreviviente de la Segunda Guerra Mundial para, inicialmente, impulsar la reconstrucción de sus sociedades y, después, el ulterior desarrollo socio-económico que planeaban alcanzar como un proyecto colectivo plurinacional en bloque. Así surgió en Europa el Derecho a la Salud, consigna socialista que recorrería todo el siglo XX.

Esta decisión obligó a que prácticamente todos los gobiernos europeos crearan su propio modelo de atención a la salud de la población, un acontecimiento del desarrollo social civilizatorio que nunca antes había experimentado la Humanidad y que, por supuesto, modificó culturalmente su medicina, dándole un sentido preventivo de la enfermedad como estrategia primordial para garantizar el bienestar colectivo. De igual manera dio a la investigación científica médica en Europa una nueva orientación de sus proyectos y actividades.

Con el surgimiento de la Organización Mundial de la Salud (OMS) fundada en esos mismos años (1948), la medicina social pasó a ser considerada “deseable” para todos aquellos Estados Miembros que optaran por el modelo “socializador” de la salud. Pero como la función de la OMS se limita sólo a ‘recomendar’ la aplicación de políticas de salud ante la asamblea de países soberanos allí representados, pronto quedó claro que las condiciones culturales entre sus miembros distaban mucho de ser coincidentes con la estrategia de construir una salud colectiva mundial de la mano de un solo modelo de desarrollo económico para toda la población mundial. El capitalismo, como modelo económico-político también tenía sus propuestas al respecto vinculadas, específicamente, con su peculiar visión del trabajo. El restante siglo XX demostraría como le fue a la población en cada uno de los modelos que se implementaron. Los países socialistas alcanzarían los más altos índices de salud y nivel sanitario de sus poblaciones durante la segunda mitad del siglo XX.

Durante la reconstrucción europea de la postguerra, en Europa se instrumentaron importantes cambios para alcanzar las metas de la medicina

social. Uno de los factores predominantes para el desarrollo de los distintos modelos de seguridad social fue la producción masiva de medicamentos ya que influyó en el diseño de las actividades y proyectos que debían realizar las instituciones de investigación biomédica para la industria farmacéutica. En el campo de la política internacional quedó claro que el país que tuviera un buen control sobre la producción de medicamentos alcanzaría mejores niveles de desarrollo económico.

En la Europa devastada, ¿quiénes iban a proveer de medicamentos a los sistemas de medicina social? Los Estados Unidos de América, habiendo ayudado a triunfar a los “aliados” europeos (incluyendo a los soviéticos) en la guerra contra el nazismo, aprovecharon la circunstancia de que el territorio norteamericano nunca fue atacado ni invadido y, aunque frente a las decisiones tomadas en 1948 no compartieron totalmente el concepto de Seguridad Social de los europeos ni lo aplicaron al modelo de medicina en su país, optaron por sustentar las inversiones en ciencia y tecnología requeridas para crear los gigantescos consorcios farmacéuticos que proporcionarían medicamentos al recién nacido mercado mundial de la Seguridad Social.

Por su parte, cada país se lanzó, en la medida de sus posibilidades a la reconstrucción de la infraestructura y organización de proyectos y condiciones propias de desarrollo científico y tecnológico buscando evitar la total dependencia de lo que, muy pronto, se percibió como el surgimiento de un modelo industrial transnacional estadounidense de control político-económico de la medicina y de la alimentación masiva de la población en las diversas regiones del mundo. De esta manera, la industria farmacéutica europea, muy regionalizada en ese entonces, también percibió el surgimiento de un nuevo mercado propio, por lo que recibió un enorme impulso estatal durante la postguerra y se transformó en pieza crucial para el control político de países, anteriormente colonias de los imperios europeos, que ahora quedaban ‘subordinados’ política y económicamente a través del ‘mercado de la salud’.

Todo esto ocurrió al compás de la internacionalización del concepto de salud estadounidense, de su cultura médica y de sus principios de bienestar sanitario. Así surgió la “medicina occidental” de la segunda mitad del siglo XX y su visión científico-económica de orientación anglosajona.

Señalo todo esto, porque el siglo XX nos enseñaría que en otras partes del mundo, en particular en el continente asiático, la evolución de la medicina y el desarrollo de la salud de miles de millones de habitantes seguirían otro camino de planeación de acuerdo a la cultura de otras naciones. La exitosa experiencia de China, India, Japón, Malasia, Corea, Vietnam y muchos otros pueblos de esa región, sería fundamental para entender el surgimiento, ulterior, de la

“medicina de oriente” la que, con el tiempo, resultó contrapuesta, en muchos aspectos teóricos y prácticos a la occidental.

En fin, que siendo estudiante universitario en el Moscú de la segunda postguerra mundial me formé profesionalmente en el “brazo cultural del Este europeo”, en una sociedad en la que el modelo político-económico socialista de la Unión Soviética —contrapuesto y en competencia con el modelo capitalista de los Estados Unidos— tenía como prioridad estratégica promover e instrumentar el desarrollo de una vigorosa medicina social.

Es cierto que el socialismo soviético había incorporado, como producto de la Revolución Rusa de 1917, un modelo primario de medicina social dentro de las funciones del joven Estado Socialista desde el principio mismo de la fundación de la URSS (1922). Sin embargo, fue hasta después de la Segunda Guerra Mundial, que el modelo se amplió y alcanzó las dimensiones de estrategia multinacional para cubrir las necesidades de sus entonces más de 300 millones de habitantes.

A partir de los años cincuenta, la promoción de la investigación científica y el trabajo colectivo de los investigadores de la medicina social soviética fueron especialmente impulsados para la obtención, en tiempo record, de sus propios recursos y procedimientos curativos, evitando depender de las empresas farmacéuticas de los países occidentales. Algo similar pasaría muchos años después en la Cuba socialista, cuando como respuesta al bloqueo político-económico estadounidense, el Estado Cubano promovió el desarrollo médico científico y farmacéutico nacional, logrando ser, hasta hoy, el único país de América Latina autosuficiente en medicamentos y con el más alto nivel de salud poblacional.

El éxito alcanzado por los científicos soviéticos durante los años 50 a 70 del siglo XX los colocó en la vanguardia científica y tecnológica de su tiempo, construyendo una medicina social en la URSS que sería envidiada en el resto de Europa. Hoy, que la disolución de la URSS —ocurrida en 1991— quiere ser mostrada, equivocadamente, como el fracaso del socialismo en Europa, resulta necesario recordar a las nuevas generaciones la importante influencia de una época en la que los gobiernos de no pocos países latinoamericanos, asiáticos y africanos también se identificaron (con éxito o sin él) con aquél proyecto de medicina social surgido del socialismo y con el compromiso ideológico que la investigación científica adquirió para muchos investigadores en las universidades de esos países. México es un caso emblemático de este fenómeno. Las universidades preparan cuadros de profesionales para un socialismo que nunca se ha dado, aunque pertenezcan al Estado.

Por ello, no me sorprende que existan en el medio académico mexicano, colegas de mi generación que sostienen la opinión de que dedicarse a la in-

investigación científica en biología y medicina deba ser una suerte de actividad apolítica en la que sus practicantes buscan protegerse de toda influencia ideológica que los desvíe del único supuesto propósito laboral de un científico, que según ellos es: “generar conocimiento, para la gloria de sus personas y el bienestar —en abstracto— de la humanidad”. Una postura que ni en los más ilusionados momentos del pensamiento positivista del siglo XIX tuvo sentido.

En realidad lo ven de esa manera porque es la respuesta a la imagen creada en sus cabezas, durante nuestra infancia, por el cine de Walter Elías Disney (1901-1966) y sus personajes, como el científico de Patolandia, Ciro Peraloca; el prototipo que la cultura estadounidense difundió entre los niños de mi generación en toda América Latina para caracterizar lo que se creía que son los científicos: unos personajes locuaces, ensimismados en sus absurdos inventos, mientras que rico Mac Pato caracterizaba la visión pragmática de los triunfadores de esa sociedad que sólo buscaban tener dinero aunque, éstos sí, no supieran el para qué de tanta acumulación. Ya ni hablar del triste mensaje que encierra la personalidad neurótica del pato Donald como prototipo del ciudadano común estadounidense. Esa fue, a través de una educación infantil manipulada, la que, en países como México, determinó la actitud y opinión, no sólo de mis compañeros de la infancia sino de la población en general, respecto a un quehacer científico que se imagina desvinculado de las necesidades de la gente común.

El hecho es que, todavía hoy, en el medio académico rara vez se discute para qué y para quién, realizan su trabajo los científicos en México pero, sobre todo, en una sociedad en la que el único patrocinador de esa actividad ha sido el Estado, es decir, en un modelo político que parecería copiado de los países socialistas europeos de la postguerra pero que, por supuesto, no lo es. Según el modelo socialista, el Estado establece las directrices del quehacer nacional en las que se insertan los proyectos científicos y tecnológicos de gran impacto, en el desarrollo económico y social, sencillamente porque es el Estado el único que genera capital, trabajo y riqueza; en ese modelo económico político no existen empresas de capital privado en los denominados ‘medios de producción’. Quien no haya entendido nada de lo hasta aquí dicho, le recomiendo que lea el extraordinario libro del caricaturista mexicano Rius (Eduardo del Río), *Economía para ignorantes (en economía)*, México, Editorial Posada, 1983, escrito en aquellos años en que hasta la palabra marxismo resultaba ofensiva a las buenas conciencias.

Por lo tanto, en el socialismo corresponde al Estado asumir el control del desarrollo económico, como único generador de recursos para impulsar las actividades científicas. Pero, en México la paradoja resulta doble, porque

tampoco se aplica el modelo capitalista de los países de Occidente ya que el capital privado mexicano no patrocina la ciencia en el país y mucho menos el desarrollo tecnológico. Aclaremos: en el modelo capitalista necesitan ser las empresas privadas las que patrocinen la investigación científica en todos los campos del conocimiento, incluyendo por supuesto la medicina y la salud. Son las empresas privadas las generadoras de capital, del trabajo y la riqueza, por ser las propietarias de los ‘medios de producción’ en esa sociedad.

No deja de ser sorprendente que gran parte de la magra comunidad científica mexicana formada en nuestro país en los últimos cuarenta años, se halle no sólo desvinculada de las necesidades de la población y de las instituciones del Estado, sino también de las actividades y necesidades de las empresas privadas. En el medio académico se llega a decir que se traicionan los principios éticos de la investigación científica si se comercializan y utilizan los hallazgos y contribuciones de la ciencia nacional. Se argumenta que existe el riesgo de ‘corromper’ a la comunidad científica, pero se hace en voz baja y en el seno de esa misma comunidad mantenida por el Estado a condición de que dizque compita internacionalmente y publique lo que hace de una ciencia que llaman “básica”, a condición de que no produzca nada de una ciencia que algunos sabios de nuestro medio llaman peyorativamente “aplicada” porque les parece degradante por comercial. Aún más, en el medio universitario local existe la tendencia a alertar a los jóvenes sobre los riesgos de caer en el “mercantilismo del conocimiento” que está teniendo lugar en el mundo y con ello, desacreditan y difaman todo intento de los grupos locales de acercarse al empresariado e incursionar en la comercialización de sus inventos y descubrimientos en busca de capital. Al final, tal contradicción no es más que el reflejo de una posición ¿tradicional? que resulta ultraconservadora tanto de derecha como de izquierda y que, por supuesto, provoca un estancamiento del conocimiento local lo que acaba abonando a favor de una total dependencia científica y tecnológica del exterior.

La reflexión es relevante, porque si algo caracterizó, en nuestro tiempo, el interés del grupo que se formó en los años setentas para impulsar el estudio de las plantas medicinales, fue no solo la búsqueda y desarrollo de medicamentos nacionales a partir de tales recursos, sino la construcción de una actitud ideológica diferente frente al conocimiento científico en apoyo al desarrollo de un modelo con identidad propia de medicina social mexicana.

Queda claro que promover el uso y aprovechamiento de las plantas medicinales que la “tradición popular” ha conservado por siglos, es un campo de acción políticamente importante, ya que trastoca múltiples aspectos de la cultura. Lo que se haga, ciertamente influye en los intereses de la industria far-

macéutica, local y extranjera, pero también en la orientación de la medicina que se practica y, finalmente, en el desarrollo de la cultura médica de los habitantes.

Dado que el tema que abordamos en aquellos años era el de investigar y utilizar las plantas medicinales que conocía la población mexicana, nos encontramos con que la “academia” consideraba a la llamada en el mejor de los casos “tradición médica popular” como un anticuado e inútil conjunto de prácticas y recursos provenientes de una ‘cultura inferior’ y, por supuesto, incapaz de evolucionar. Por lo tanto, se eludía realizar, con las herramientas del conocimiento de nuestro tiempo, cualquier tipo de valoración y estudio de tales recursos, poniendo al descubierto el rechazo de las instituciones médicas mexicanas por el tema; como si el conocimiento científico de un pueblo no se desarrollase, precisamente a partir de la tradición cultural de sus habitantes.

En realidad, lo que descubrimos es que penetrábamos en el terreno conflictivo de un modelo de medicina dominante y culturalmente impuesto a una clase médica colonizada intelectualmente; porque negar la utilidad de la tradición y por lo tanto no promover su estudio y desarrollo, es condenar a las mayorías a permanecer en desventaja para justificar la desigualdad económica con argumentos pseudocientíficos de superioridad cultural que solo propician la explotación. Y mucho más.

Por otra parte, quien trate de entender el modelo de desarrollo en el que subyace el quehacer científico y tecnológico de un país como México, tarde o temprano acaba preguntándose:

¿Por qué en México existe un poderoso sector empresarial de capital privado que se enriquece sin necesidad de recurrir a las investigaciones científicas y tecnológicas nacionales?

La respuesta es sencilla: porque los miembros de las instituciones del Estado mexicano vinculadas a la investigación científica se comportan ideológicamente como si pertenecieran a un gobierno socialista y esperan que sus actividades se desarrollen en ese modelo. Pero se engañan porque saben que el Estado no tiene los planes, recursos y mecanismos requeridos para ello. Por otra parte, también saben que la utilización del conocimiento y la generación de la riqueza que conlleva están diseñados por la iniciativa privada comercial de los Estados Unidos en un modelo económico-político capitalista del cual son dependientes. No obstante, el Estado mexicano considera que es indispensable cumplir con la premisa “ideológica” de sostener instituciones públicas de medicina social y de investigación científica nacional, aunque no necesita ni le interesa conocer o utilizar los resultados de esa actividad porque

no se corresponden con el modelo en práctica. Se conforma con repetirse así mismo que es por “el bien social”, pero no sabe cómo hacerlo porque carece del control de los medios de producción. Por ejemplo, sabe que carece de los medios para el escalamiento industrial de medicamentos y del capital para crear una farmacia propia con los conocimientos desarrollados por sus instituciones, pero también, que dispone de la capacidad política para asociarse con las empresas privadas transnacionales que controlan los insumos de su modelo de seguridad social y el asunto queda resuelto ignorando a los primeros e interactuando sólo con los segundos.

Entonces, ¿es una contradicción que el Estado mexicano gaste sus recursos en investigación científica que no planifica ni utiliza? Desde tal realidad contradictoria, la respuesta es: Sí. Esa es la historia del lamentable papel de la ciencia durante el siglo XX en el modelo mexicano. ¿Por qué?

Porque a principios del siglo XX, después de terminada la guerra civil llamada Revolución Mexicana, los gobiernos surgidos en el período —ahora denominado— ‘post-caudillista’ o de ‘institucionalización de la Revolución Mexicana’, se encontraron frente a la disyuntiva ideológica y conceptual que ofrecían los modelos político-económicos (capitalismo o socialismo) que estaban transformando, cada uno a su manera, el mundo heredado por los imperios europeos del siglo XIX.

En un México, devastado, hambriento, desconcertado por la derrota que sufrió la rebelión popular con el triunfo de la oligarquía que finalmente capturó el poder, se construyó un muy primitivo modelo de régimen político que, muchos años después, Daniel Cosío Villegas (1898-1976) lo llamaría “la manera personal de gobernar a los mexicanos” en su libro *La Sucesión Presidencial* (1975). Cosío subraya el desconocimiento y profundo desinterés de los ricos hacendados y nuevos pequeños capitalistas por las ideologías que estaban transformando el siglo XX. Problema no sólo de los presidentes y las luminarias criollas que conformaron la clase política “moderna”, quienes —según el mismo Cosío— gobiernan obedeciendo a los impulsos más elementales de su condición de clase u origen familiar.

El hecho es que, desde aquellos años se configuró una élite de intelectuales y políticos, los “hijos y nietos de la Revolución”, como una clase encumbrada en el poder, pero notablemente primitiva en su visión del mundo de su tiempo. Esa clase dirigente, encerrada en sí misma, solo tenía como referencia histórica la visión cultural y económico-política del Porfiriato, construida por un sector de la oligarquía mexicana y extranjera que trato de “adaptar” tardíamente el liberalismo francés del siglo XIX, una estrategia ya entonces en plena agonía, a la construcción de un país que entraba al colonialismo estadounidense.

La fallida popularmente Revolución Mexicana dio paso a la instalación en el poder de una nueva clase, educada en la modernidad europea pero con valores religiosos, familiares y comerciales característicos de la cultura colonial española y con la mirada socarronamente puesta en el envidiable desarrollo comercial expansionista de Estados Unidos. Un vecino —dirían los porfirianos— hereje y libertino al que la moralina católica detesta, pero no se le conoce ni estudia en su organización, innovación y crecimiento, aunque sea el único socio comercial al que se le vende todo lo que le país produce porque “ellos, sí saben hacer buenos negocios”.

Una clase dirigente que años después se asumirá conforme a la nomenclatura de la época, perteneciente políticamente a la ‘derecha’ o la ‘izquierda’ ideológica que inventó Europa, sin tener una clara idea del asunto y con un nivel informativo y de reflexión organizativa muy elemental; ese grupo que descubrió a la política como una “profesión” se sostuvo inventando un nacionalismo post-revolucionario dizque socialista, aunque bastante confuso si entramos en detalles, pero de gran atractivo demagógico que permeó en la cultura de la población.

“Otra vez no pudimos pero !como México no hay dos!”, “!Viva México, cabrones!”, “Lo que México necesita es educación, porque el mexicano es muy habilidoso, pero flojo”. Un folklorismo patriótico con una socorrida ‘idiosincrasia’ convertida en identidad nacional, pero nunca analizada sociológicamente a fondo.

Con una visión muy primaria del poder, decidieron construir un mensaje político-económico ‘original y creativo’ que llamaron desarrollo estabilizador (estoy hablando de una generación cuyos descendientes serían los expertos tecnócratas formados en la visión del desarrollo económico colonialista de Estados Unidos). Su dinámica era muy sencilla: en cada período de gobierno bastaba con organizar algunas instituciones de corte socialista o medio capitalista según el termómetro social y el bando encaramado en el poder, pero siempre ligadas a los primitivos negocios que la misma oligarquía estableció con Estados Unidos a partir del régimen presidencial de Miguel Alemán (1946-1952).

Los intelectuales y pensadores críticos del régimen (siempre los ha habido) llamaron a ese fenómeno la “política del péndulo”; ahora venimos de un presidente que se inclinó hacia la izquierda (Lázaro Cárdenas, 1934-1940), ahora vamos con un presidente que se inclina hacia la “derecha” y luego con otro hacia la “izquierda” para quedarnos con los beneficios políticos de lo “mejor” de los dos modelos en boga en el mundo exterior, que nadie conoce ni analiza su viabilidad frente a la realidad social del país. Lo importante del modelo era que la población no saliera de su habitual pasividad, porque según esa profunda

sabiduría los mexicanos “son violentos por naturaleza...ya ve lo que pasó en la Revolución.” ¿Qué pasó?

En todo caso, la dinámica práctica de esa sapiencia política consistió en importar del exterior algunas ideas y formas de vida, desarrolladas por otras culturas dominantes del momento histórico. Ese ha sido el comportamiento cultural característico de una sociedad, como la mexicana, que nació prefigurada en el colonialismo y cuya clase dirigente estará siempre atenta al mensaje de los centros de conocimiento de los imperios en turno, para “mexicanizar” la estrategia (ahora se dice “tropicalizar”) de acuerdo con la doctrina económico-administrativa en boga.

La historia del país lo confirmaba y el siglo XX no fue la excepción. En una sociedad que considera al proceso colonialista como el origen de su identidad o la falta de ella, resulta que la ‘costumbre’ es importar las ideas y recursos de los centros del poder colonizador. Eso resulta más cómodo para la clase dominante que pensar en un modelo de desarrollo propio, acorde a los intereses culturales y a las necesidades socio-económicas reales de la población del país. Desde el siglo XIX, el criollismo mexicano conoce este fenómeno y por lo tanto toma de la cultura occidental dominante (lo hizo con la española, la francesa y lo hace con la estadounidense) las ideas políticas y las manifestaciones culturales que le parecen más avanzadas sobre una forma de vivir que en realidad desconoce totalmente, pero que representa al ideario de la minoría que vive en el México imaginario que describió magistralmente Guillermo Bonfil Batalla (1935-1991) en su obra *México Profundo*.

Una civilización negada (1987); vivimos en un país en el que las ideologías políticas, los nuevos negocios y el conocimiento siempre llegan del exterior. El conocimiento del *México Profundo*, el de millones de habitantes que se llaman a sí mismos mexicanos —según Bonfil— es considerado defectuoso, inferior o incapaz de generar desarrollo propio; la intelectualidad en turno les trasmite y alimenta una suerte de complejo nacional de inferioridad frente a lo que proviene del extranjero; un permanente condicionamiento colonial que se utiliza, políticamente, para el control social del pueblo por los grupos en el poder político y económico. El tema es fascinante: empieza con el “malinchismo” y termina en el *American Way of Life*.

Todo esto viene a colación porque, si algo descubrimos al introducirnos en el mundo de la cultura popular herbolaria, fue que el país carecía de un proyecto propio de desarrollo en medicina y salud y que la aparente polémica entre los distintos grupos que se decían ocupados en sacar adelante las instituciones de salud mexicanas carecía de un verdadero conocimiento de las peculiaridades de la cultura de la población.

Cuando regresé a México en 1970, en plena “guerra fría” —esa teatralizada y violenta competencia entre el modelo capitalista y el socialista que se intensificó una vez terminada la Segunda Guerra Mundial y prevaleció amagando con una Tercera Guerra Mundial— me encontré que en mi país existía un modelo llamado académicamente “economía mixta”, pero que, en la realidad cultural se definía en el lenguaje popular como: “Que se cumpla la voluntad del Gobierno, pero en los bueyes de mi compadre.”

Existían elementos que demostraban la influencia de los dos modelos político-económicos predominantes de la época. Por ejemplo, la consolidación del poder político en México se instrumentó mediante la organización de un solo partido de masas, como en la URSS, hegemónico dentro de un falso modelo democrático, profundamente represivo en lo político, a la manera nacional-socialista de su tiempo, acompañada de un amplio discurso paternalista: no éramos la “raza elegida”, pero casi; con una “raza de bronce” que hablaba por el “espíritu” teníamos en que entretenernos. A su vez, inspirados en el modelo capitalista estadounidense, se construyó una “democracia dirigida” por el capital privado, un puñado de “empresarios” nacionales que entendían la grandeza de México, siempre y cuando en casa no existiera una competencia comercial real y sus empresas fueran subvencionadas por el Estado protector. Algo extraño que ha sorprendido al propio empresariado estadounidense y de lo cual sacan partido para hacer cosas en México que en su propio país no harían. Para los pobres: subvenciones de beneficencia y “solidaridad”, más un resabio de moralina católica que un programa de desarrollo social. Para los ricos: privilegios en hacer negocios, pero sin compromiso para apuntalar y aumentar la riqueza de la nación. El modelo económico de desarrollo “estabilizador” permitió que todos estuvieran contentos con lo que creían que eran.

Así, en otros ejemplos, resultaba que el país tenía instituciones de salud con orientación socialista para instrumentar funciones y servicios en beneficio de las llamadas “clases trabajadoras”. Por lo consiguiente, la medicina social, por ejemplo, se había creado solamente para los trabajadores de las industrias y empresas privadas en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y para la población que pasó a formar la creciente burocracia estatal en el Instituto de Seguridad Social para los Trabajadores al Servicio del Estado (ISSSTE). Esos modelos, sostenidos por la participación económica “tripartita” con el dinero de los trabajadores, de los patrones y del gobierno (en el caso del ISSSTE el Estado se convirtió técnicamente en patrón) dejaron fuera del poder económico y político a la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), herencia del modelo político anterior, en realidad, un esquema de beneficencia gubernamental diseñado por la cultura francesa del siglo XIX, pero que al final resultaba ser

la única opción de atención médica para el resto de la población del país (más del 70% de los habitantes) entonces todavía predominantemente campesina.

Algo parecido se observaba en la educación. Se diseñó una sola educación gratuita con alcances casi territorialmente masivos en el nivel de escuela primaria (se la llamó por cierto ‘educación socialista’), pero sin ningún proyecto constructor del sentido de colectividad que vinculase esa educación con las necesidades locales de los sitios donde se implantaba. Una educación que ignoraba las diferencias de las regiones culturales y económicas del territorio nacional. En realidad una especie de educación socialista pero para individuos desvinculados de la comunidad; formando individuos que al terminar su educación básica (la primaria obligatoria constitucionalmente) abandonaban su atrasado terruño para estudiar más y encontrar trabajo en otro lugar, allá donde existieran opciones de desarrollo intelectual y económico: la capital federal. Los estudiantes provincianos, una vez que se insertaran en el poder de la metrópoli, soñarían con regresar a impulsar el desarrollo económico y social de su pueblito de origen, cosa que por supuesto rara vez ocurrió. Entre los mexicanos el sentido de colectividad y colaboración no se da ni entre los vecinos de una misma calle. Es siempre el “gobierno” el obligado a cumplir con las demandas de los pequeños grupos afectados.

Lo mismo se podía ver en la producción de energía eléctrica y de la sustentada en el petróleo a través de empresas estatales de anunciada intención social, como resultado de la nacionalización de los recursos energéticos (una visión socialista), pero sin la promoción de la educación y la formación de cuadros y expertos del desarrollo tecnológico petrolero nacional y de largo plazo. Sin la participación de la investigación científica para su crecimiento, expansión y competencia en el mundo petrolero pero, sobre todo, sin beneficios para la población de los Estados petroleros de la Federación que siguieron igual de pobres y subdesarrollados o peor aún, dañado su entorno natural por la irracional explotación centralizada de sus recursos naturales.

Para decirlo de otra manera, políticamente me parecía que mi país tenía algo de socialista, pero sin un socialismo real en la economía que beneficiara a las mayorías pobres distribuyendo trabajo y generando igualdad social; mucho menos que propusiera mediante la educación la formación de habilidades en la igualdad cívica como consecuencia del esfuerzo de toda la población para la construcción de un mismo futuro colectivo.

La paradoja es que también parecía un país capitalista a ultranza, producto de la colindancia con Estados Unidos, pero sin la interacción requerida en igualdad de condiciones para competir en capital y conocimientos, que generase un capitalismo nacional productivo, diversificado e innovador para alcanzar,

regionalmente, un mejor nivel de vida para las grandes mayorías. En el mismo modelo de economía mixta, el Estado mexicano con su discurso demagógico coexistía con un poderoso sector típicamente capitalista, voraz y primitivo, controlado por el capital privado nacional y estadounidense pero cuya operación y éxito también resultaban mediocres. Es decir, empresas nacionales privadas que acumulaban mucho dinero, pero no generaban riqueza, ni creaban las oportunidades de investigación e innovación requeridas para su crecimiento y evolución, lo que impedía generar la dinámica de competencia indispensable en un mercado capitalista real.

El Estado vivía en constante enfrentamiento y recelo con ese capital privado porque este último no cumplía en plenitud con su obligación fiscal, como ordenaba el estricto modelo capitalista, y acumulaba el capital en el extranjero como ganancia privada, sin reinversión. El presupuesto del Estado se formaba básicamente de la venta del petróleo y la electricidad que pertenecían ‘a todos los mexicanos’, cuyas totales ganancias controlaba el gobierno en turno para cumplir con sus propósitos y obligaciones constitucionales de impulsar el desarrollo prometido por un Estado benefactor de las mayorías, pero siempre endeudado con las organizaciones financieras internacionales y en quiebra, fenómeno que en México se convirtió en la cultura de la “crisis”.

Por último, en el juego político la democracia, entendida como una competencia sexenal entre grupos dentro del mismo partido, dio paso a la práctica de que el grupo triunfador decidía desde el gobierno inventar de nueva cuenta el país cada seis años, abandonando los proyectos y realizaciones de la administración anterior, aun siendo todos del mismo partido político (;). No puede ser más clara la carencia de una ideología que sustente el proyecto de nación. El “quítate tú para ponerme yo” resulta ser el principio paradigmático del quehacer político. Se cree firmemente que lo importante es alcanzar el poder, para después decidir qué hacer con él. Exactamente al revés de como lo plantea la teoría política y la planificación de la economía.

Ahora bien, ¿qué pasaba con la función de la ciencia y la tecnología? Para decirlo sencillamente, en el modelo mexicano se copió, una vez más, la idea socialista de que sólo el Estado debía crear y financiar las instituciones para realizar actividades educativas, científicas y de desarrollo tecnológico, culturales y artísticas (como en la Unión Soviética) mientras que, en el modelo de los países capitalistas (como en los Estados Unidos) se aplicaba el esquema totalmente opuesto: la generación de conocimiento, la ciencia y la tecnología la patrocinan y desarrollan las empresas, el capital privado. Por lo tanto, en México la cuestión no caminaba nunca porque el Estado no sólo no tenía suficientes recursos para impulsar esas actividades, sino que carecía de proyectos

propios y las empresas privadas —siempre quejándose de que no contaban con los cuantiosos recursos humanos y materiales de sus vecinos estadounidenses— en realidad no necesitaban impulsar a su interior y con su capital la ciencia y la tecnología requeridas para su expansión ya que eran primordialmente filiales o copias de las empresas extranjeras basadas científico-tecnológicamente en otros países.

Los dueños de las empresas privadas mexicanas preferían reconocerse tecnológicamente dependientes del exterior en donde adquirirían la tecnología y el conocimiento que resultaba más rentable a sus negocios particulares, sin necesidad de invertir en la ciencia de las instituciones locales. Para ellos, el éxito capitalista se medía por el socialmente admirado enriquecimiento de unos cuantos individuos, llamados empresarios, pero que en realidad eran sólo extraordinarios comerciantes, artífices en la trayectoria personal de sus negocios revendiendo tecnología extranjera y monopolizando mercados, frente a un Estado “rector de la economía” que consideraba que la sobrevivencia de algún tipo de educación y el patrocinio al quehacer científico nacional algún día proveerían de los cerebros e ideas suficientes para desarrollar al país.

Por su parte, los gobernantes de uno y otro estilo sabían que guardar un poquito de presupuesto para la ciencia era visto como una correcta obligación de la moral “progresista de un dirigente revolucionario y socialmente comprometido”, pero nada más, porque la realidad político-económica cotidiana convertía a México en una colonia de Estados Unidos.

Esta situación fue generando una peculiar cultura entre los millones de habitantes del país, en la que el conocimiento dejó de ser un valor necesario para el desarrollo nacional y aún menos para la construcción del individuo. Desde esa perspectiva, tener conocimientos no importaba para progresar colectivamente; es más, ni siquiera se necesitaban. Individualmente, el progreso personal se entendió como triunfar haciéndose rico y capaz de consumir bienes y servicios externos, para pasar a formar parte de la clase social que la televisión mostraba con sus prototipos a imitar: una clase pobre-alta. Fueron otros los valores y las habilidades que la población aprendió a atesorar, para sobrevivir económicamente en una sociedad que estimulaba la desigualdad como principio de su organización. Tales valores no se basaban en el conocimiento y, menos aún, en participar de la revolución tecnológica que la ciencia de ese tiempo empezaba a difundir en el mundo.

En síntesis, un modelo que, a mi juicio, copió la peor parte de los dos sistemas económico-políticos dominantes en el siglo XX dentro de la cultura de Occidente. Del socialismo soviético se quedó con el partido de Estado, el autoritarismo y el control político basado en la peregrina idea de que los

pueblos justos son obedientes y frugales por antonomasia, una idea típica del campesinado colectivizado de los primeros años del comunismo ruso; también copió la burocratización del trabajo gubernamental como forma de vida, extendiéndolo a todas las instituciones bajo su control corporativo, con prebendas y regalos como “logros del proletariado” a condición de que manifestaran su solidaridad y aprobación cuando “papá gobierno” lo requiriera. Las múltiples manifestaciones de protesta contra el régimen realizadas por maestros, ferrocarrileros, artistas, intelectuales, médicos y estudiantes universitarios fueron siempre cooptadas creando posiciones orgánicas al interior del sistema en el engranaje del poder del partido para desactivar a las clases medias urbanas mejor educadas y críticas.

Por el otro lado, el capitalismo a la mexicana implementó la explotación de la mano de obra barata y poco calificada, de maquila, sin la expansión de la educación y la competencia para mejorar individualmente ni la promoción del trabajo estable y protegido; sin la distribución equitativa de riqueza producida por los obreros o la innovación como estímulo para progresar individualmente. En ese tipo de sociedad, saber e innovar no dan dinero ni reconocimiento social; por el contrario las prebendas del poder y la inversión en el exterior de las ganancias enriquecían aún más a los ricos, mientras el derecho a incorporarse al presupuesto gubernamental garantizaba la sobrevivencia de una clase media obsesionada con no descender en la escala económica y social, manteniendo un estatus familiar conservador pero revolucionario en el discurso.

Así las cosas, el Estado mexicano, siendo el único obligado a participar del desarrollo del conocimiento científico y tecnológico, consideró suficiente la creación de unas cuantas instituciones centralizadas en la capital federal, dependientes o vinculadas académicamente a una mega universidad nacional que absorbía todos los recursos del sector, pero cuyos temas y programas no tenían forma de incidir sobre el desarrollo socio-económico y las necesidades de las diferentes regiones del país.

Como en el siglo XIX, todo se apostaba a la visión familiar pequeño burguesa de educarse, en teoría, y a esperar de la conexión de clase para tener acceso a las oportunidades de trabajo para cada individuo como quiera que se dieran en su entorno social; sin embargo, las condiciones se creaban sólo en el centro económico político del país, en la ciudad de México, la gran metrópoli, política, cultural y comercial de la colonia mexicana.

Las pocas instituciones de investigación científica creadas por el Estado se plantearon, como única meta, la de formar investigadores, promoviendo la inconexa idea de que se necesitaba alcanzar una “masa crítica” de científicos nacionales expertos en los temas de moda en Estados Unidos. Empero, no

existían proyectos binacionales con las universidades y de centros de investigación científica y tecnológica de ese país que se aplicaran a la solución de los problemas de México. La formación de científicos mexicanos cumplía con los estándares requeridos teóricamente para parecerse, en la imagen, a los vecinos estadounidenses, pero sin definir, por parte del Estado o del capital privado nacional, la estrategia de temas y áreas del conocimiento requeridos para impulsar algún cambio en el proyecto nacional. La “fuga de cerebros” al extranjero fue la consecuencia del modelo.

Finalmente, aunque en el discurso político se fomentaba un odio histórico a los Estados Unidos y su injusto sistema (particularmente para con los mexicanos que migraban), en la práctica la sociedad mexicana admiraba el desarrollo y la forma de vida del país vecino; el modo de vida del sur estadounidense era la aspiración para todas las actividades cotidianas de la clase media, primero, y de todos, después, gracias a la televisión en permanente expansión monopólica predominantemente privada, de la visión del mundo estadounidense. El modo de vida, la comida, el lenguaje, el vestido, la interpretación de la salud, la diversión, el uso de la tecnología, la música, el cine, el teatro, la literatura, los valores y principios característicos de los triunfantes estadounidenses se adueñaron del imaginario cultural mexicano. La migración masiva campesina de mano de obra barata sería la derivación lógica del operativo.

Al igual que los partidos políticos más conservadores de los países capitalistas, el éxito o los triunfos económicos y científicos de los, en ese entonces países socialistas, serían calificados por los gobiernos mexicanos de logros indeseables por ser sistemas “dictatoriales, represivos y colectivistas, enemigos de la libertad.” Finalmente, la Iglesia Católica mexicana, (no obstante la presencia en esos años de la Teología de la Liberación que se expandía en América Latina) se encargó de anatémizar al socialismo por ser una estrategia “inmoral” y “materialista” (se quiere entender sin espiritualidad, porque en el lenguaje coloquial de los mexicanos este último término se aplica a los camiones que sacan casajo) que destruía los valores de la familia mexicana y fomentaba el ateísmo. Al comunismo como al diablo se le condena pero no se le conoce.

Estas son algunas de las ideas y circunstancias políticas y culturales que flotaban en el ambiente cuando se propuso la creación del Instituto Mexicano para el Estudio de las Plantas Medicinales (IMEPLAM) y que tuvimos que enfrentar y conocer para definir el modelo de trabajo de investigación científica que intentamos construir.



## 2. Déles otro jugueto

Al inicio de la década de los años setenta del siglo pasado, al intentar incorporarme a la comunidad del medio científico mexicano me encontré un mundo universitario e intelectual muy peculiar.

¿Eres investigador de qué? ¿Investigaciones realizadas dónde? ¡Por Dios, qué horror, qué fuiste a hacer allá! ¿Tienes publicaciones en inglés en revistas indexadas? ¿Estudiaste ciencia en la carrera de medicina?... ¡Eso no te hace científico! ¡No tienes maestría ni doctorado! ¿Qué estudiaste con quién? ¡Eso no es cierto!

A mis preguntas sobre los planes nacionales de investigación científica en el terreno de la medicina y la salud se me contestaba:

- ¡Nuestra investigación es libre, individual y propia! ¡Los temas de nuestro quehacer no los determina de antemano nadie y menos el gobierno!
- ¡Hacemos investigación médica para mejorar la salud de los mexicanos!
- ¡Generamos el conocimiento para el bien de la humanidad!
- ¿Atendiendo cuáles problemas? ¿A través de qué instituciones, industrias o empresas? ¿Las del Estado o las privadas? ¿Con qué propósito y a qué plazo?

No había respuestas; esas eran consideradas cuestiones políticas que pertenecían a un mundo que no tenía nada que ver con la “reflexiva vida académica”. Aquéllos que pensaban más allá del salario proporcionado por el Estado empezaban a ser llamados “grillos”.

Tres científicos me ayudaron a recobrar mi capacidad para entender el país del cual me había ausentado a los 17 años de edad y regresaba formado como científico más de diez años después: José Joaquín Izquierdo (1893-1974), Ramón Álvarez Buylla (1919-1999) y Juan García Ramos (1915-2000).

El primero, el célebre maestro de fisiología “don J.J.” con sus casi 80 años de edad cuando lo conocí, me hablaba en ruso, idioma que había aprendido en su juventud sólo y desde su laboratorio, con tal de cartearse con el científico ruso de su admiración, el premio Nobel Iván Petrovich Pavlov (1849-1936). Don J.J. me animaba a dar clases en la “ahora facultad” de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) donde podría rápidamente “obtener un doctorado” para adquirir notoriedad y aceptación académica —era su recomendación— para después poner en práctica mis ideas y entender a los mexicanos, unas pobres víctimas de su falta de identidad nacional —decía el



Jesús Ortega, Carlos Vargas, Alma Gómez, David Reynaga, Miguel Ángel Martínez, Mariana Meckes, Philippe Lamy, Carlos Zolla, Raúl Enríquez, Marco Antonio Chávez, José Luis López, Santiago Oberti, Guadalupe Robles, Xavier Velázquez, Raúl Ibarra, Xavier Lozoya, Jorge López, Lourdes, María Gloria Andrade, Miguel Martínez.

maestro— según lo había magistralmente descrito el poeta Octavio Paz (1914-1998) es su estudio de corte psicoanalítico sobre el ser mexicano, *El laberinto de la soledad* (1950).

Don Ramón Álvarez Buylla, republicano español asilado en México, cuyo paso en su juventud por Moscú lo había convertido en científico socialista, me hacía bromas y preguntas sobre los fisiólogos rusos de su tiempo —que ya no eran los míos— y me relataba sabrosas anécdotas de su juventud entre los soviéticos y los errores del tambaleante “régimen post-stalinista”, según lo percibía desde México. Aquí no son como allá —me diría don Ramón— porque básicamente los mexicanos de hoy no creen que la ciencia sea indispensable.

Don Juan García Ramos, médico militar, gran estudioso del sistema nervioso y pionero en la organización de los primeros centros de investigación científica que tenía, en ése entonces, solamente la ciudad de México, donde las maestrías y los doctorados eran el *leitmotiv* de los profesores y estudiantes de las ciencias biomédicas.

Ellos me explicaron, entre consejos bromistas y serias advertencias, el modelo formativo que existía para llegar a ser un científico en México. Me explicaban: estudias toda la carrera; al finalizar tu servicio social y graduarte de la “licenciatura” descubres que “te gusta” la investigación; te inscribes en una “maestría” con algún científico que acepte estudiantes en su laboratorio; tres o cuatro años después te inscribes en el “doctorado”, con el mismo tutor o con algún otro dependiendo del tema que te haya gustado más. Cuatro o cinco años después te gradúas de “doctor en ciencias” y ya puedes empezar a pensar en cuál tema de investigación científica esperas descollar, aunque tendrás que convencer al CONACYT (Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología) —entonces recientemente creado— para que apoye con fondos tu proyecto por un año, siempre y cuando logres calificar curricularmente frente al sacrosanto “comité de pares”.

En la práctica —me decían— ocurre que alguna institución del Estado o el mismo CONACYT te pueden becar para que te vayas al extranjero, de preferencia a Estados Unidos, donde puedes realizar tu “post-doc” y ampliar tu formación, con alguna gente importante y reconocida. Aunque a esas alturas suele suceder que tu hijo está por entrar a la escuela y tú sigues sin generar ingresos estables; casi siempre, terminas por quedarte en el extranjero con el profesor de la institución que haya inventado y desarrollado el tema científico que te “arrebato”.

Gracias a la invitación de don Juan García Ramos, director del Departamento de Fisiología del CINVESTAV (Centro de Investigación y Estudios Avanzados del Instituto Politécnico Nacional) creado en esos mismos años por el doctor Arturo Rosenblueth (1900-1970). Se me contrató como investigador y profesor

de una maestría en ciernes. Allí podría continuar con mis investigaciones de sedantes, hipnóticos y productos naturales que caracterizaban mis estudios sobre el sueño. Lo haría cuando no diera clase, ya que me pagarían por mi condición de docente de posgrado, no por lo que investigara, asunto que se evaluaba sólo por el número de trabajos que publicara en revistas extranjeras.

Permanecí seis meses en mi flamante puesto. Me corrieron del CINVESTAV como resultado de la queja que, por escrito, presentó un grupo de investigadores *senior* que consideró que yo no cubría los requisitos para la “plaza” que me habían dado pero, sobre todo, porque consideraban que había sido impuesto “por el dedazo” de algún influyente miembro de su comunidad, en lugar de atender a la demanda de los “muchos y mejores graduados de nuestra maestría” que esperaban la oportunidad del puesto, otorgado a un “desconocido de dudosa formación académica procedente de un país y una universidad igualmente poco conocidos”, por no decir descalificados.

—No es contra ti —me dijeron mis nuevos amigos— es contra las arbitrariedades del sistema.

—¿Cuál sistema?

—Eres muy joven— me dijo el director Rosenblueth al presentarle mi renuncia —tienes toda la vida por delante y yo no puedo permitir conflictos en éste centro; ya aprenderás.

Sin duda, que estaba aprendiendo.

En otro medio de la misma ciudad de México, en 1969, el doctor Jorge Martínez Manautou había logrado convencer al Director del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) de que ‘sería conveniente’ que existiera un Centro de Investigación Científica en esa gigantesca institución médica de Seguridad Social. Para ello la Fundación Ford, de Estados Unidos, proporcionó los “fondos semilla”, a fin de que en el flamante Centro Médico Nacional existiera ese sector, cuyo propósito fundamental estaría dirigido a promover la investigación médica en varios campos, entre los cuales el estudio y desarrollo de los anticonceptivos orales, era el tema que tenía prioridad indiscutible para la industria farmacéutica internacional, como parte de las políticas de control poblacional que la Organización Mundial de la Salud (OMS) proponía para los países del Tercer Mundo.

A este nuevo ambiente me acercó mi amigo de la infancia escolar, Onofre Muñoz Hernández, médico graduado en la UNAM, entonces recientemente convertido en pediatra, gracias a la especialidad que había cursado en el IMSS, y quien me introdujo por los pasillos de la orgullosa sede de la llamada “me-

dicina de tercer nivel” de la institución. En aquéllos años, pertenecer al IMSS era el objetivo principal de todo médico recién graduado, siempre y cuando tuviera alguna especialidad ya que los médicos “generales” estaban de más. Laborar en el Centro Médico Nacional era, sencillamente, pertenecer a la mejor institución médica del país y dedicarse a la investigación en ese sitio sería ingresar al olimpo médico nacional porque había muy pocos investigadores.

El Dr. Jorge Martínez Manautou me revisó de arriba abajo, particularmente interesado en “mis ideas” sobre la formación científica de los médicos en la URSS.

—¿Y hablas ruso? me preguntó, cuando le entregué mis trabajos publicados en ese idioma.

A continuación llamó a quien sería mi jefe en los siguientes años, los primeros de mi carrera de científico en México: el doctor Marcos Velasco Campos (1935-2009), Jefe del Departamento de Neurofisiología, del flamante nuevo Centro de Investigación Científica del IMSS.

Cuando estuvimos solos Marcos me leyó la cartilla:

—A ver Lozoyita —me bautizó—, yo no acepto imposiciones de nadie, pero le voy a dar la oportunidad porque me tiene verdaderamente intrigado. Vamos a ver qué sabe de la neurofisiología del sueño, le doy tres meses para probarlo. Póngase a hacer sus experimentos y ya veremos si “como ronca, duerme”.

Durante los siguientes años encontré en Marcos no sólo a un extraordinario jefe, sino a un gran amigo que me enseñó y transmitió la audacia de sus conocimientos, la valentía de su inconformidad con las ideas y el peculiar estilo de la vida académica de los médicos de nuestro país.

En 1975, una llamada telefónica cambió el rumbo de mis estudios y de mi vida. La secretaria del Departamento de Neurofisiología en el IMSS entró a mi laboratorio y me dijo con una solemnidad desacostumbrada:

—Doctor, le hablan de Los Pinos.

—¿De dónde?

—No es broma doctor, apúrese, por favor.

Una voz ordenando en tono militar, preguntó:

—¿Es Usted el doctor Xavier Lozoya?

—Sí.

—El señor Presidente lo invita a un desayuno que mañana se llevará a cabo en la Residencia Oficial de Los Pinos.

—¿En los Pinos? ¿El Presidente? ¿Yo? ¿Para qué?

—El señor Presidente Luis Echeverría le da un desayuno al nuevo Embajador de México en la URSS y quiere que lo acompañen personas que conocen bien Rusia. Preséntese en la puerta 2 con una identificación.

Cuando se lo dije a Marcos, aspiró de su cigarro una larga bocanada de humo y con su sonrisa característica, dijo:

—Se lo traen bien checado Lozoyita, ¿eh?

Cuando entré en el salón de la casa presidencial, eché un rápido vistazo al público reunido. Más de uno bajó la vista y se enfrascó en su jugo de naranja mientras de reojo me veían pasar, antiguos y no tan antiguos, conocidos de la izquierda mexicana, algunos de los cuales más de una vez vi desfilar en las elegantes tiendas soviéticas para extranjeros llamadas Veriozhka y en los famosos hospitales de alta especialidad de Moscú. Recordé que los políticos mexicanos de derecha se diagnosticaban en Boston y Houston y los de izquierda en Moscú y La Habana. Al Centro Médico Nacional del IMSS en la ciudad de México solo iban los proletarios derechohabientes.

Mientras buscaba alguna señal para entender donde sentarme, alguien me tocó el hombro obligándome a voltear.

—¿Es usted el doctor Lozoya?— preguntó cortésmente.

—Sí— contesté turbado y con súbita taquicardia.

—Soy Porfirio Muñoz Ledo— dijo el interlocutor.

—Entiendo que usted estudió en la Unión Soviética— agregó Muñoz Ledo.

Cuando me disponía a conversar con él y con suerte alcanzaba a preguntarle de qué se trataba el desayuno, apareció a nuestro lado el Presidente Luis Echeverría. En un giro rápido y audaz, Porfirio le saludó y me presentó con el Presidente.

—Le presento al doctor Xavier Lozoya, que estudió en Moscú.

—¡Ah! ¿Sí? ¿Eh— dijo el presidente y agregó.

—¿A qué se dedica usted doctor?

—Soy científico y estudio las plantas medicinales que producen sueño— dije en automático, como si me hubiesen apretado un botón de la grabadora.

—¿Qué interesante! —comentó el mandatario— y ¿Cómo encuentra usted ese campo de la ciencia en México?

—Muy mal —dije sin detenerme, otra vez—, somos un país que teniendo una riquísima flora medicinal no produce ningún medicamento propio.

—¡Hum! —dijo el Presidente— ¡qué interesante!

En ese momento su edecán militar, comunicó al Presidente que los invitados estaban ya esperando en el salón comedor.

—Déles otro juguito y acérquenlos unos equipales— dijo el Presidente sin quitarme la mirada.

—Y dígame, doctor, que debíamos hacer, porque yo he estado recientemente en China y veo que su industria de productos de plantas medicinales es enorme y está cobrando mucha importancia.

—En efecto, señor Presidente, es un campo de la ciencia que en México también tiene grandes posibilidades, pero no se investiga— dije, mientras Muñoz Ledo se inquietaba.

—¿Por qué doctor?— preguntó el Presidente.

—Porque compramos todos los medicamentos a la industria extranjera desde hace más de cincuenta años. Debíamos tener una institución dedicada exclusivamente a este campo del conocimiento, que transfiera a las industrias farmacéuticas los hallazgos nacionales— dije haciendo evidente mi verborrea.

—Véngase esta tarde con su grupo de científicos y hablaremos con más calma del asunto— exclamó el Presidente levantándose del equipal y abotonándose el saco.

Tomó del brazo a Muñoz Ledo y agregó:

—Ahora vamos al desayuno, que ya nos están esperando.

Durante el desayuno no escuché nada de nada; solo pensaba en eso de “su grupo de científicos” y sudaba frío. ¿Esa tarde? ¿grupo? Me sacó del susto un militar, el teniente Jorge Nuño, pidiéndome los nombres de los visitantes de esa misma tarde. Le expliqué que tendríamos que llegar sin lista, porque primero tenía que decidir a quién convocar en las próximas horas.

—De acuerdo —asintió Nuño— vengan a las siete de la noche, por la puerta 3.

Esa noche confirmé dos cosas: una, que ningún mexicano que es invitado a reunirse con el Presidente se niega a hacerlo, independientemente de lo que piense y diga sobre el sistema presidencial mexicano; y dos, que el Presidente de México es omnipotente y toma las decisiones solo.

Con el “grupo” que reuní entramos a un gran salón de Los Pinos en donde había distintas personas, sentadas en equipales y a quienes el Presidente cada cierto tiempo se aproximaba para que —según nos explicaron— “discutieran” con él su respectivo asunto. En realidad en México nadie discute nada con el Presidente, pero así se habla. Como a las nueve de la noche, el Presidente se acercó a nuestro “grupo” y sonriente dijo:

—Esta mañana, hemos conversado con el doctor Lozoya sobre la necesidad de crear un... ¿qué doctor Lozoya?

—Instituto, señor Presidente, un instituto para el estudio de las plantas medicinales— contesté en automático.

—Eso, eso mismo —corroboró el Presidente, y agregó—, organícenlo y los inauguro en dos meses.

Se dio media vuelta y cuando intentaba irse a otro círculo de equipales, le dije:

—Presidente, ninguno de mis compañeros ni su servidor tenemos con qué hacer un Instituto.

Volteó sonriente y dijo:

—¡Yo tampoco!- y soltó una enorme carcajada.

Todos nos reímos celebrando el “chascarrillo” presidencial.

—¡Que venga el licenciado Bremer!— ordenó Echeverría.

En segundos apareció Juan José Bremer, de impecable y fina presencia, deteniéndose en un riguroso: “Ordene Usted Señor Presidente”.

—Quiero que atienda a este grupo de científicos para que logren lo que andan planeando— dijo el Presidente alejándose del lugar.

Juan José me miró fijamente y me dijo:

—Acompáñame tú; que los demás esperen aquí.

Entramos a una oficina cercana, la del Secretario Particular del Presidente, quien cerró la puerta, invitó a sentarme y se colocó frente a mí en su escritorio.

—¿Cuánto necesitas?— preguntó Juan José.

—Yo no necesito nada— contesté molesto y agregué —El Presidente quiere que organicemos una nueva institución científica para estudiar las plantas medicinales de México.

—Ya veo— contestó esbozando una ligera sonrisa al tiempo que abría un cajón del escritorio, disponiéndose a darme algo.

—Si me va usted a dar dinero para este proyecto, prefiero que primero vayamos con un notario, fundemos el Instituto y luego abrimos una cuenta en un banco, firma usted y firmo yo; le rindo cuentas a quien usted me diga cada vez que se termine el fondo.

Juan José sonrió, se puso de pie y me tomó del brazo. Llamó a su asistente para que nos convocara la siguiente semana a una reunión notarial con los abogados de la Presidencia para la fundación del Instituto.

—Tienes que tener los estatutos y la estructura listos para entonces, así que pónganse a trabajar— me dijo llevándome a la puerta de su oficina y despidiéndome.

Dos meses después, el Presidente Luis Echeverría inauguraba el Instituto Mexicano para el Estudio de las Plantas Medicinales (IMEPLAM A.C.), una asociación civil que, por el momento, dependería de la Presidencia de la República. A la inauguración, programada para la mañana del 5 de marzo de 1975 en la casa número 7 del Callejón del Atrio de San Francisco, Coyoacán, en la ciudad de México, llegó el sector de la clase política vinculado a la medicina, la ciencia y la educación. Todos murmuraban en grupitos y se reían de la “puntada” del jefe del Ejecutivo Federal.

—¡Ahora vamos con las yerbas! ¡Por Dios!— comentó alguien en tono de burla.

Mientras arribaba el Presidente Echeverría, quien a última hora había ordenado que la inauguración se convirtiera en comida de las 2 de la tarde, el Estado Mayor Presidencial ya había revisado hasta las tuberías del inmueble y reunía cajitas de pollo Kentucky Fried Chicken y refrescos para los invitados

que esperaban aburridos y molestos en la “biblioteca” (el salón más amplio que pudimos organizar), estrenando 30 asientos y un presídium, todo de equipales. La flamante y hermosa biblioteca era la del maestro J.J. Izquierdo quien antes de morir, el 14 de enero de 1974, me la había donado, con la encomienda de que le encontrara un sitio donde se utilizara lo mejor posible por los jóvenes científicos.

La reunión con el Presidente fue muy peculiar y corta. Mientras ordenaba que distribuyeran el “lonchecito”, me dijo:

—A ver doctor, explíquenos que es lo que va hacer este nuevo Instituto.

Cuando terminé mi “explicación”, todos habían acabado de comer y miraban sus relojes impacientes. Nadie preguntó nada. El Presidente, se puso de pie y se tomó una fotografía con el “grupo”, mientras nos decía:

—¡A darle muchachos y buena suerte!

Al día siguiente, me reuní con mi jefe Marcos Velasco y le entregué mi renuncia porque me tenía que ocupar “tiempo completo” para echar a andar el IMEPLAM.

—¡Ay! Lozoyita— me dijo tomándome de los hombros— ¡En México nadie renuncia al IMSS! ¡Cómo se nota que usted no es de aquí! ¡Lo van a dejar colgado de la brocha!

—¡No será así, Marcos!— le contesté y nos dimos un gran abrazo.



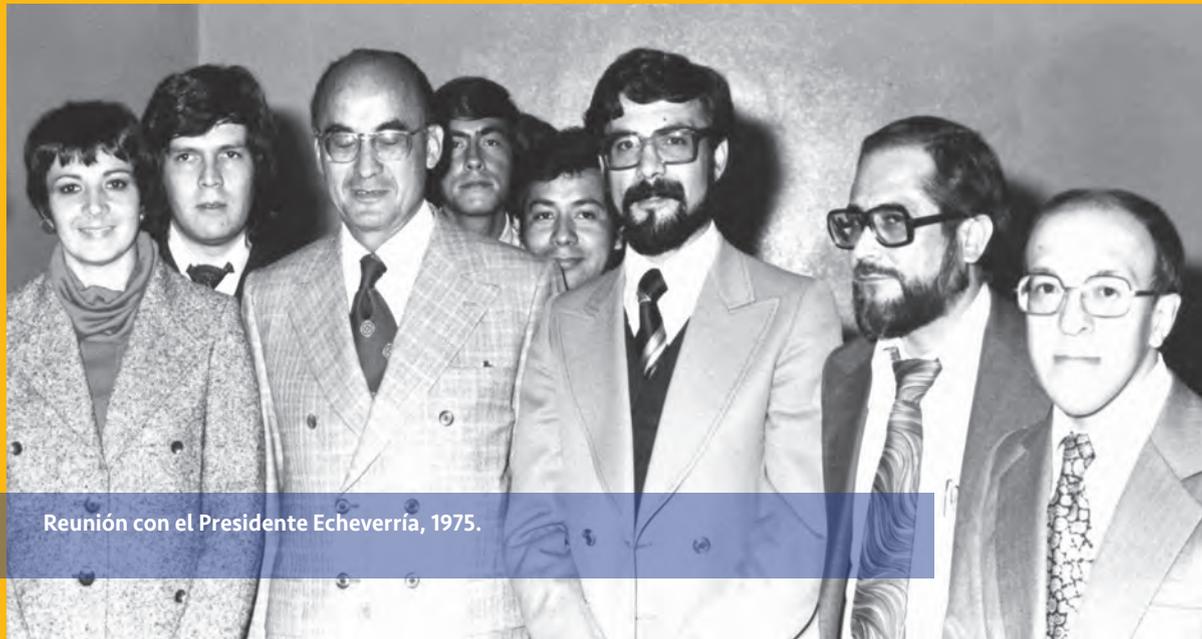
### 3. Los otros son ustedes

Lo que yo no sabía y me fui enterando mucho después, es que en los meses anteriores a nuestro encuentro, el Presidente Echeverría había tomado una decisión extraña, histórica y polémica: había “nacionalizado” el barbasco, una planta (*Dioscorea composita*, principalmente) originaria de Veracruz con la cual, en México y en el mundo, las industrias farmacéuticas internacionales producían las hormonas sintéticas que habían transformado la medicina moderna.

La planta había sido descubierta en 1947 en las selvas veracruzanas por el químico investigador estadounidense Rusell Marker (1902-1995) viendo a los campesinos “embarbasco” el agua de los esteros y lagunas para obtener peces muertos por intoxicación con diosgenina, el principio químico jabonoso a partir del cual el genial Marker desarrolló en los años cincuenta del siglo XX la producción semi-sintética industrial de las hormonas esteroides, en particular de la progesterona (base de los anticonceptivos) y sus derivados, y de la cortisona, el potente antiinflamatorio. El hallazgo dio paso a la creación de múltiples industrias farmacéuticas que adquirían en México la materia prima: harina obtenida del tubérculo de la planta en las zonas ‘barbasqueras’ de México, donde los campesinos recolectaban la también llamada “cabeza de negro”.

El Presidente decidió que las ganancias que recibían los campesinos por recoger la raíz eran ridículas e insuficientes para su bienestar económico, frente a los millones de dólares que la industria farmacéutica internacional obtenía anualmente por la venta de hormonas en el mundo. Al margen del detalle chusco de que el Presidente mexicano había “nacionalizado” un recurso natural como si fuera un recurso no renovable, la medida política del gobierno de México sacudió a la industria farmacéutica trasnacional al aplicar mayores condiciones de retribución fiscal y control de precios a la materia prima. El enojo y boicot del sector industrial fue inmediato y brutal: no sólo no aceptaban las nuevas condiciones, sino que dejarían de comprar la materia prima en México. En el segundo episodio, el Presidente creó una industria farmacéutica del Estado, denominada PROQUIVEMEX (Productos Químicos Vegetales de México, S.A.), con la instrucción de que los químicos mexicanos se pusieran a producir hormonas a partir del barbasco para cubrir el hueco que dejarían los gigantescos consorcios trasnacionales, si se marchaban.

No me detendré a contar la historia del fracaso de PROQUIVEMEX y el desplome de México como productor de la materia prima, tema que sigue esperando un libro. Aquí me limitaré a subrayar el hecho de que el nacimiento del IMEPLAM estaba vinculado —en la mente del Presidente— al intento de crear



Reunión con el Presidente Echeverría, 1975.

Magdalena Olmedo, Xavier Velázquez, Luis Echeverría, Jorge López Galicia, Xavier Lozoya, Guillermo Romero y Raúl Ibarra.

una industria farmacéutica del Estado. Hoy, a la distancia de cuarenta años, el esquema me parece obvio: PROQUIVEMEX sería el brazo industrializador de lo que el IMEPLAM desarrollase a partir de la flora nacional. ¿Eso pensaría el Presidente? Quizá. Aunque el modelo parecía lógico, la estrategia estaba totalmente fuera del contexto político-económico y tecnológico del país.

Por lo pronto, yo tenía que resolver un imprevisto: el dueño de la casa que rentábamos en Atrio de San Francisco, había decidido que “mejor siempre no”, porque eso de tratar con el gobierno y ¿su casa convertida en un centro de investigaciones? ¿Con laboratorios? Mejor no. Los vecinos habían constatado un gran jaleo el día de la inauguración y la zona seguía sacudida por la inesperada y extraña visita presidencial. ¡Vaya usted a saber qué van hacer! Le habían dicho sus vecinos al dueño.

La nueva sede del IMEPLAM se ubicó en la casa 214 de la calle Luz Saviñón, esquina con Patricio Sanz, en el corazón de la colonia del Valle en la ciudad de México, que pudimos rentar sin demasiadas explicaciones. Afortunadamente ya no ocurrieron más visitas oficiales y la presencia avasalladora del poder gubernamental se esfumó.

El grupo que había formado el IMEPLAM y que recibió al Presidente en la inauguración del Instituto se fue ampliando rápidamente en los siguientes meses. Durante la primera reunión se acordó que el grupo de amigos que me acompañaron a Los Pinos se constituía en un Consejo Consultivo del IMEPLAM, quedando integrado por historiadores, botánicos, químicos y médicos, quienes garantizarían la visión “multidisciplinaria” (entonces una novedad) que se aplicaría a las investigaciones del nuevo Instituto. Nadie, excepto yo, dejaría su actual trabajo, ya que los miembros del flamante Consejo Consultivo laboraban en diversas instituciones, principalmente de la UNAM, en actividades que nadie abandonaría frente al incierto futuro del IMEPLAM.

Los integrantes del Consejo Consultivo fueron: Alfredo López Austin, José Luis Díaz, Guillermo Romero Villaseñor, Magdalena Olmedo, Miguel Angel Martínez Alfaro (1942-2007), Mario Souza, Carlos Viesca Treviño y Luis Alberto Vargas. Un segundo grupo fue contratado para formar el equipo de investigadores que realmente “echaría a andar” el IMEPLAM; estuvo formado por Javier Velázquez Moctezuma, Ranulfo Romo Trujillo, Mariana Meckes Fischer, Raúl Enríquez Habib, Jesús Ortega Galván, Raúl Ibarra Ovando, Abigail Aguilar Contreras, junto con el contador Jorge López Galicia y la secretaria Alma Gómez. Fue este el primer grupo de tiempo completo, que dio forma al IMEPLAM en unos cuantos meses.

La dinámica de trabajo fue fascinante. Los distintos miembros del Consejo Consultivo, todos personalidades de reconocida trayectoria en sus respectivas

áreas, nos fueron poniendo los pies en la tierra mediante largas y vespertinas discusiones aclarando el grave asunto en el que nos habíamos metido.

Lenta, pero alegremente, nos enseñaron a los científicos “de laboratorio” (médicos queriendo ser investigadores, botánicos que no conocían las plantas medicinales, farmacólogos por vocación y químicos en ciernes de productos naturales) lo que la historia, la antropología, la sociología y la botánica aportaban al estudio de las plantas medicinales de México.

En algunos momentos tanta actitud “multidisciplinaria” para tomar decisiones nos empachaba. Por ejemplo, no se trataba de que el Consejo Consultivo decidiera hasta la fotocopiadora más adecuada para las necesidades de cada una de las disciplinas involucradas, porque la discusión resultaba insoportable. Nunca antes había escuchado tantas eruditas opiniones sobre un aparato para sacar copias. Por lo demás, en ése entonces las computadoras portátiles empezaban a ser la novedad y como ya no requerían de una habitación completa con cableado y aire acondicionado, ni de aquellas grabadoras de cinta de alta velocidad y una máquina lectora de tarjetas perforadas. Ahora, todos querían tener una ‘computadora portátil’ en su escritorio y empezar a usarla. Sin embargo, eran pocos los que sabían cómo hacerlo, porque se necesitaban “conocimientos de programación”. Tomaba más tiempo discutir quién nos podría enseñar a usarlas que saber para qué iban a ser utilizadas. La palabra “información” adquirió su nueva connotación; también los “bancos de datos” que debían ser de botánica, historia, farmacología, química o de lo que fuera. Cada quién quería su propio banco computarizado. La información se convertía en el propósito de la investigación y la fiebre de la informática computarizada desplazaba a las ideas de fondo. Aunque nos decían que estábamos entrando en la “era del conocimiento”, el hecho es que si no se tienen proyectos con preguntas concretas que responder, la búsqueda de información con computadoras no pasa de ser un estéril entretenimiento lúdico.

El grupo fue aprendiendo que resucitamos un tema de la vida nacional que tenía antecedentes históricos y había mucha más información que leer y conocer de lo que hubiéramos imaginado. La parte interesante del momento inicial fue que cada quien asimiló el conocimiento del que carecía, debido al descubrimiento de las limitaciones de su propia formación especializada. En realidad, estábamos generando una profesión que no existía o no se estudiaba en ninguna carrera universitaria. Los médicos no conocían las plantas medicinales y mucho menos las investigaban. Aprendían la farmacología de los productos de química de síntesis llamados ‘modernos’ en contraposición a los ‘viejos’ que habían sido de plantas. Los botánicos tampoco podían ayudarnos mucho ya que se dedicaban exhaustivamente a la clasificación taxonómica de

la gigantesca flora nacional, especializándose en nombrar familias y géneros botánicos, sin tomar en cuenta para lo que sirvieran o se usaran; los químicos sabían de algunos profesores universitarios de la generación anterior a la nuestra que se especializaban en determinar la estructura de ciertos compuestos naturales, los llamados “principios activos” cuyas propiedades biológicas se desconocían pero que se inferían recurriendo a la química-taxonomía vegetal. Parecía que lo importante era descubrir un compuesto nuevo para publicarlo, con su nombre y apellido, en una revista internacional especializada que proporcionaba valor curricular al investigador.

Los libros de farmacología (todos extranjeros) hacían referencia a las plantas como una parte de la historia pre-moderna de los medicamentos; en algunos de los libros de texto de terapéutica (también extranjeros) en letra chiquita se contaba el origen de algunos de ellos obtenidos de plantas famosas como parte de la historia de las enfermedades en el mundo. Las plantas, descubiertas por atrevidos naturalistas-aventureros de algún país europeo o de Estados Unidos, eventualmente referían la región tropical donde la habían encontrado y los nombres que la tribu local les había puesto.

En México, no había literatura sobre herbolaria medicinal mexicana; el único libro que conocían algunos bibliófilos era *Las plantas medicinales de México*, de Maximino Martínez, publicado en 1934 con datos del siglo XIX. Todo indicaba que en la Facultad de Medicina de la UNAM el conocimiento de los medicamentos se basaba en la memorización del *Diccionario de Especialidades Farmacéuticas*, un catálogo de productos elaborados por la industria, de rápida y cómoda consulta práctica; especialistas en desarrollar medicamentos en esa universidad no había —en esos años, farmacólogos reconocidos no eran más de tres o cuatro en todo el país— y quienes se dedicaban a la investigación lo hacían con productos químico-sintéticos de la industria farmacéutica estadounidense, ampliando el conocimiento sobre los mecanismos de acción a nivel de receptores (que era la novedad) y consideraban a las plantas como reliquias de la medicina romántica, de un pasado —aseguraban— al que afortunadamente nunca se volvería.

De manera que, conscientes del estado que guardaba la investigación médica en nuestro país, fue nuestra juventud y el entusiasmo los que dieron paso a la solidaridad intelectual que permitiría conformar un grupo verdaderamente nuevo, con la convicción nacionalista de que hacía falta este trabajo de rescate en el país. Así se fue generando el proyecto científico-ideológico del colectivo de IMEPLAM.

Respecto al método, en la práctica lo que nos pasó a todos fue que nos convertimos en “investigadores de plantas medicinales”, unos más aprisa

que otros, pero todos reconstruyendo un campo del conocimiento nacional que ¡sorpresa! tenía una larga aunque lejana historia que empezábamos a conocer. Todo esto con interesantísimos antecedentes como parte de la historia de la ciencia en México de los siglos XVIII y XIX. Una historia que tenía capítulos extensos sobre proyectos de estudio de las plantas medicinales para generar una farmacopea propia de los mexicanos, intento ocurrido durante el Porfiriato; estudios y esfuerzos, unos fallidos y otros exitosos, según su tiempo y protagonistas, pero que integraban todo un cúmulo de experiencias fundamentales de la cultura herbolaria nacional, formalmente vista. Un común denominador acompañaba a esa historia: la cultura médica dominante en turno no aceptaba la utilidad de los recursos herbolarios de los que hacía uso la población mexicana. La ‘historia oficial’ que fuimos leyendo se podía resumir de la siguiente manera:

- En los siglos XVI y XVII el uso de plantas medicinales autóctonas locales resultaba ser una actividad prohibida por ser considerada parte de las manifestaciones de idolatría de los indios conquistados. Las actividades de los médicos indios fueron combatidas a sangre y fuego por la iglesia católica en nombre de la fe cristiana. Sólo contados franciscanos, estudiosos de la cultura náhuatl, habían detectado y descrito el fenómeno pero lo mantuvieron en secreto so pena de terminar en la hoguera.
- En el siglo XVIII, los médicos educados en la Universidad Pontificia consideraban que la práctica de curarse con plantas autóctonas entre la gente de un pueblo, para entonces, ya ferviente guadalupano, no era más que un atavismo producto de su ignorancia. Las gentes de razón se curaban con los cientos de plantas introducidas por la medicina española durante doscientos años de vida colonial. Por su parte, la investigación que la luz de la Ilustración francesa indujo en unos cuantos criollos antimonárquicos, científicos naturalistas, sirvió de testimonio de la rica flora autóctona aunque permaneció abandonada por la medicina oficialmente reconocida.
- En el siglo XIX, vender plantas medicinales en mercados y calles era una ocupación de indios charlatanes, que enfadaba a los médicos positivistas, dueños del pensamiento racional, experimental y científico, quienes no deseaban codearse con los llamados ‘curanderos’ que sólo servían para engañar a sus ignorantes pacientes. Otra vez solo un puñado de científicos, botánicos y médicos, bajo los auspicios del gobierno porfirista, propusieron la investigación de tales recursos e intentaron su aplicación en la medicina mexicana de su tiempo. La Revolución acabó con el proyecto de tales “afrancesados positivistas conservadores”.

- A mediados del siglo XX, los practicantes de la verdad científica estadounidense opinaban que el uso de plantas medicinales entre los indios mexicanos provenía de un conocimiento empírico, aplicado el término como sinónimo de falso por carecer de fundamento científico entendido como verdadero, comprobado por la ciencia. La herbolaria popular era un conocimiento indeseable y vergonzoso, producto de la ‘idiosincrasia del atrasado pueblo mexicano’. Un puñado de investigadores estadounidenses se ocupó de dar a conocer al mundo los famosos psicotrópicos mexicanos, el peyote, los hongos alucinógenos y otras novedades de la época *hippie* norteamericana.

El relato histórico de la herbolaria dejó al descubierto el profundo conflicto de clases subyacente en la vida cotidiana de la sociedad mexicana. La permanente confrontación entre dos visiones culturales: la del México deseoso de pertenecer —en tiempo y forma— a la cultura occidental en constante desarrollo y la de las mayorías populares replegadas en una tradición, construida más por el resentimiento ante la imposición de la desigualdad económica de siglos que por la preservación del conocimiento antiguo.

El verdadero México fue emergiendo del análisis de las fuentes bibliográficas históricas de la herbolaria.

Los recién graduados médicos Javier Velázquez Moctezuma, Ranulfo Romo Trujillo y Raúl Ibarra Ovando (también homeópata) se avocaron conmigo al diseño de los laboratorios de farmacología de plantas medicinales. La pregunta de cada día era ¿con cuál planta empezamos y por qué? Luego vendría el cómo. Nos encontrábamos en la transición de los modelos animales de experimentación (ratas, conejos, cobayos, perros y gatos) por los novedosos ensayos *in vitro* de tejidos aislados de las mismas especies, apoyados en el paradigma dominante de los receptores celulares, junto con la introducción de equipo electrónico semi-automatizado para el control de los experimentos biológicos.

A los químicos Raúl Enríquez Habib, Mariana Meckes Fischer, Marco Antonio Chávez Soto, Carlos Vargas, Jesús Ortega Galván y Rafael Ibáñez Camacho les correspondió el diseño de los laboratorios que serían bautizados como de “fitoquímica”, disciplina que junto con la “farmacognosia” había dejado de practicarse en el ámbito académico mexicano desde finales del siglo anterior. Los peculiares químicos discutían durante horas cuál era el equipo de laboratorio que habríamos de adquirir y los nuevos métodos de extracción, separación e identificación de compuestos; su laboratorio era también una mezcla de épocas, de recipientes, secadoras, molinos, retortas y matraces junto con los eficientes *soxhlet*, las cámaras de cromatografía en placa y los modernos cromatógrafos automatizados que sólo se conocían en catálogos.

El experto en resonancia magnética nuclear, Raúl Enríquez, nos enseñaba los secretos de la nueva química analítica aplicada a los productos naturales midiendo la resonancia de los átomos mientras armaba su novedoso aparato de RMN (Resonancia Magnética Nuclear) del cual sólo había dos unidades en el país. La nuestra necesitaba, para funcionar todo un cuarto vacío con aire acondicionado y un altar con veladoras para que los “espectros” salieran.

Los botánicos Miguel Ángel Martínez Alfaro y, en particular, Abigail Aguilar Contreras asistida por varios de sus alumnos, se dedicaron a organizar el herbario medicinal (ya que no existía ninguno en el país) y a diseñar los estudios de una disciplina denominada “etnobotánica” que también generaba apasionadas discusiones. ¿Qué debíamos entender en México por etnología? ¿Quiénes caían en la categoría de etnias? ¿La etnobotánica era la ciencia de moda en el Jardín Botánico de Harvard? Ah! ¿Que habían sido los estadounidenses los descubridores en Oaxaca de María Sabina y los padres de una nueva ciencia llamada etnobotánica? ¡Ah, bueno, así sí! En algo eran inflexibles: tenían que salir a hablar con la gente sobre sus plantas y los usos medicinales (trabajo de campo, le decían) y a coleccionarlas todas, porque la información más reciente se había compilado a finales del siglo XIX. Los herbarios porfirianos no sobrevivieron a la modernidad revolucionaria y no había literatura nacional actual sobre herbolaria mexicana. Al igual que en el siglo XVIII las hierbas se debían coleccionar completas; secarlas prensándolas entre hojas de papel periódico bajo suficiente peso y mucho tiempo. Elaborar un ejemplar de herbario, pegando el vegetal seco a una cartulina con sus flores, hojas y raíces, era un arte olvidado que me recordaba la labor de pacientes costureras del Renacimiento frente a la escuálida luz del atardecer con aroma de naftalina.

¿Quién interpretaría los usos que la gente daba a las plantas? ¿Se entrevistaría a los curanderos, parteras, culebreros, graniceros, shamanes y hueseros? Los botánicos aprendían medicina o los médicos botánica. ¡Mejor que fueran juntos a conocer a sus compatriotas! Los “imeplamos” podían dejar la bata blanca en el laboratorio, calzarse guaraches, usar blue jeans con huipil o barba, según el caso y los gustos, colgarse un morral al hombro como símbolo de intelectual reivindicado y salir a hablar con los otros... que eran los mismos.

Cuando terminaba la reunión yo me preguntaba ante ese puñado de entusiastas, ¿cuántos años se tardarán en recorrer el país, para encontrar a todas las plantas medicinales como ellos las querían, floreando?

Por las tardes llegaban los historiadores Alfredo López Austin y Carlos Viesca que nos recetaban seminarios intensos sobre el siglo XVI y la “transculturación” del mundo náhuatl con el español. Nos descubrían las obras clásicas de herbolaria colonial que nadie conocía, de Badiano, Sahagún, Monardes,

Gregorio Lopez; del siglo XVIII Alzate, Steyneffer, Navarro, Mociño, Sessé, los ilustrados linneanos; del XIX, Altamirano, Terrés, Ramírez y el Instituto Médico Nacional (1889-1917) con sus positivistas del Porfiriato estudiando plantas medicinales, emulando a la industria farmacéutica francesa, etc. Me encantaba la anécdota de que Venustiano Carranza había clausurado ese increíble y avanzado Instituto en 1917, por ser nido de científicos porfirianos! El régimen revolucionario abandonó el tema de las plantas medicinales y todo lo que estuviera relacionado con los apodados “científicos”. Somos el único país del mundo donde a principios del siglo XX los políticos locales usaron el término “científico” para calificar al enemigo.

El entusiasmo y la simpatía de Alfredo López Austin nos animaban a “conceptualizar bien” nuestro propósito de investigación a la luz de la historia. ¿Dónde nos ubicábamos entonces para la segunda mitad del siglo XX? ¿Cuál era la cultura médica de la población de México? Al final de cada maratón de historia y antropología perdíamos el tonalli y empezábamos a entender el uso del cihuapatli por las parteras indígenas. Ah sí, también las aportaciones de Gonzalo Aguirre Beltrán (1908-1996), Claude Lévi-Strauss (1908-2009) y Michael Foucault (1926-1984) nos esperaban en la próxima reflexión.

Con el patrocinio de IMEPLAM, Carlos Viesca fundaba la colección Estudios de Antropología Médica y Etnobotánica, diseñando los volúmenes entre discusión, gritos y algarabía de todos reunidos en la biblioteca del Instituto.

Gracias a nuestros inteligentes y cultos amigos, todos fuimos aprendiendo que la medicina es solo una más de las manifestaciones de la cultura de un pueblo. En el nuestro ¿la cultura de quiénes? Dime de qué cultura provienes y te diré de qué te enfermas y cómo te curas. ¡Por favor —nos regañaban—, no digan que fulano o mengano “no tienen cultura”, será educación lo que les falta, porque ningún ser humano carece de cultura! IMEPLAM seguía definiendo su perfil y quehacer.

En los siguientes meses se creó el grupo de investigación bibliográfica —un banco de datos computarizado sobre bibliografía histórica de plantas mexicanas— que organizó y dirigió en un tiempo récord el doctor e investigador José Luis Díaz, ayudado por Phillippe Lamy Pujol (investigador francés en servicio social) y varios más que empezaron desde a diseñar los programas de cómputo para vaciar la información hasta buscar de manera casi detectivesca las fuentes bibliográficas históricas nacionales. Este trabajo, publicado en forma de libro en dos volúmenes nos proporcionó la primera visión panorámica de la herbolaria medicinal de México.

En el laboratorio de farmacología empezamos a valorar las propiedades biodinámicas de los extractos de plantas medicinales. El reto era demostrar

que el ‘fármaco’ era el extracto completo y que podía ser evaluado de la misma manera como se hacía en los modelos biológicos diseñados por la industria para compuestos puros. Había que construir una farmacología de extractos multifuncionales que, en interacción con el proceso de análisis químico, permitiera la obtención y separación de compuestos en forma “biodirigida”, decíamos, por sus propiedades biodinámicas, sometiendo a los extractos y sus fracciones a las pruebas biológicas hasta que atrapábamos al responsable de contraer el vaso sanguíneo, alterar el corazón aislado o relajar el fragmento de intestino suspendido en los frascos y del cual registrábamos el peristaltismo en el polígrafo electrónico.

La actividad experimental era frenética. Aparecían en el laboratorio los químicos cargando frasquitos de fracciones de extractos para ser sometidas a ensayos biológicos y subían los farmacólogos al bioterio de la azotea a escoger animalitos para realizar las preparaciones, de diez, veinte experimentos. Las horas, los días y los meses transcurrían en una excitación colectiva y creativa generación de información, como nunca había visto en otra parte.

Así terminaba el primer año de vida y actividades del IMEPLAM. Algunos representantes del medio académico y del mundo empresarial farmacéutico nacional se iban acercando poco a poco al IMEPLAM, más por la curiosidad de constatar lo que se rumoraba del grupo de “comunistas de un tal doctor Lozoya”, que para entender el proyecto científico que estábamos construyendo.

Entonces apareció en el horizonte la estrategia que había desarrollado la República Popular China, país socialista de Asia, que había modificado de raíz y para siempre su modelo de atención a la salud y con ello cambiaría la historia del estudio de las plantas medicinales en el mundo. La cultura médica de Occidente tenía un rival, exitoso y en expansión; su modelo de medicina incluía el uso de las plantas medicinales que la cultura china preservaba y utilizaba hacía milenios y se hablaba también de un procedimiento “mágico” denominado “acupuntura”(¿?).

En nuestro país, pocos saben que fue hasta el año 1971 cuando la República Popular China quedó finalmente aceptada como miembro de la Organización de las Naciones Unidas (ONU). No obstante que el régimen socialista se proclamó en 1949, cuando las fuerzas del Partido Comunista de China bajo el liderazgo de Mao Dzedung, se impusieron al ejército de la República Nacionalista de China, anterior régimen chino de orientación capitalista, la gran China continental no existía para la ONU. Ganada la guerra civil, les tomó 30 años a los socialistas chinos hacerse reconocer ante la comunidad internacional porque Estados Unidos vetó sistemáticamente su ingreso a la ONU y continuó apoyando al régimen derrotado del líder nacionalista Chiang Kai-shek, refugiado en la isla de

Taiwán. Durante esos mismos años liderados por Mao y el Partido Comunista Chino, previas escaramuzas político-ideológicas, los chinos congelaron toda relación con la URSS, implantaron e impulsaron su ‘socialismo chino’ diseñado para los 800 millones de ciudadanos que cambiaron la historia de su país y del continente asiático.

Cuando la República Popular China ingresó formalmente al Sistema de Naciones Unidas, nombró a sus delegados que ocuparon el merecido lugar en la Asamblea General de la ONU, en la Organización Mundial de la Salud (OMS), en la Organización de las Naciones Unidas para la Educación la Ciencia y la Cultura (UNESCO) y en la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), algunas de las instituciones que integran ese sistema internacional. Los representantes de los países de Europa miembros de la OMS se apresuraron a querer conocer ¿Cómo era el sistema de salud de los chinos? ¿Había una medicina verdaderamente científica? ¿Cómo habían resuelto el manejo de las enfermedades en tan gigantesca nación “tercermundista”?

La histórica, por célebre, presentación de los funcionarios chinos en la OMS, dejó boquiabiertos a todos los delegados de la Organización. Sencillamente explicaron que como parte del proceso de construcción socialista del país habían optado por atender, antes que nada, la alimentación y la salud de todos sus habitantes (800 millones); para lo segundo, habían recurrido al cultivo sistemático y al uso masivo de “su medicina” que era particularmente rica y eficaz por “sus plantas medicinales” y por la difusión de otras terapias propias de la milenaria cultura china como la acupuntura, la moxibustión, el masaje terapéutico, las diversas gimnasias ancestrales... y sí, señores delegados, también habían hecho uso de algunas de las “mejores ideas” de la medicina occidental (adquiridas como resultado de episodios intervencionistas y coloniales que nadie quería recordar), sobre todo, en lo relativo a la cirugía en los hospitales y a los programas de vacunación para prevenir enfermedades infecciosas históricamente mortales.

En el centro de la estrategia, procuraron explicar, se hallaba su concepción de la salud, basada en principios desconocidos en Occidente como el de la energía *qi* (chi) y el binomio energético *yin-yang* del cual dependía la estabilidad fisiológica del cuerpo humano, etc. Esta parte ya no se oyó... o no se entendió, porque los representantes occidentales del “primer mundo” en la OMS se lanzaron a imponer sus reglas, normas y fueros. Occidente era el depositario de la única verdad científica y por ende de la Medicina (con mayúscula), todo lo demás era secundario, cultural, costumbrista. Según ellos, lo que los chinos habían hecho era recurrir a su... ¿tradicción? La fórmula aplicada por los chinos era

sencilla: desarrollaron científicamente el conocimiento heredado de la tradición con el propósito de mejorar la condición de salud de todos los habitantes de su país. La famosa frase-instrucción de Mao se había cumplido: “Para alcanzar la salud deseada, caminaremos con las dos piernas: la del conocimiento médico ancestral de China y el pensamiento científico de nuestro tiempo”

Así terminó la famosa presentación de los chinos en la OMS. No sin antes dar a conocer dos decisiones en boca del Secretario General: se organizaría una visita oficial a China, para “constatar” la veracidad de los avances en salud pública a los que habían hecho referencia los delegados chinos y se acuñó “oficialmente” el término “medicina tradicional” para referirse a “las medicinas locales” que practicaban algunos países del “Tercer Mundo”. Los chinos sonrieron y empezaron a preparar su acercamiento comercial a los Estados Unidos, aprovechando la anunciada visita del Presidente, Richard Nixon, a China en el mismo 1973.

Los delegados del resto de los países “tercermundistas” representados en la OMS, (africanos y asiáticos, principalmente, porque los latinoamericanos siempre han preferido regirse por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), con sede en Washington y controlada por Estados Unidos) no dejaron pasar el asunto. Se había creado el espacio político requerido para dar a conocer que el 75% de la población del planeta resolvía, en la práctica, sus enormes problemas de salud recurriendo a la “medicina tradicional” que cada uno se encargó de definir como le pareció más apropiado. Los más aguerridos representantes de India, Indonesia, Malasia, Japón, Nigeria, Ghana, Madagascar o Egipto empezaron a exigir el reconocimiento de la OMS de sus “medicinas tradicionales”, en las que la herbolaria jugaba un papel preponderante.

La Asamblea General de la OMS aprobó en 1975 la creación del “Programa de Promoción y Desarrollo de la Medicina Tradicional”, como instrumento de política mundial para acelerar la solución a los problemas de salud de la mayor parte de los “países en desarrollo”. El “modelo chino” era el paradigma de referencia.

En esos mismos años, la Guerra Fría arreciaba y tocaba nuevos frentes en algunos países de América Latina que intentaban establecer regímenes socialistas. Al bloqueo total de Cuba se agregaban el golpe de Estado y asesinato el 11 de septiembre de 1973 del Presidente socialista, democráticamente electo en Chile, Salvador Allende. En Argentina, el golpe militar de 1976 encabezado por el general Jorge Rafael Videla aplastó todo intento de democratización y se estableció una sangrienta dictadura. Por su parte, Centroamérica estaba en llamas y el exterminio de la guerrilla comunista era un día sí y otro también. La emigración de intelectuales progresistas y talentosos profesionistas del centro y sur de América Latina se expandió por todo Occidente.

El IMEPLAM estableció contacto con el Programa de Medicina Tradicional de la OMS en 1976 cuando cumplíamos el primer año de existencia como una institución dedicada a la “promoción y desarrollo de la medicina tradicional herbolaria de México”. En esos meses, llegaron al país —procedentes de Argentina— el doctor Santiago Oberti y el coautor de este libro, Carlos Zolla. De Chile llegó la química Virginia Mellado Campos. Los tres se incorporaron al IMEPLAM.

Nuestro grupo necesitaba contar con una publicación periódica propia, en la que se diera a conocer el movimiento mundial en el que México empezaba a participar. La revista *Medicinal Tradicional* fue diseñada por Carlos Zolla, quien en unos meses se convirtió en el estudioso de la antropología médica mejor informado en medicina tradicional Mexicana. Los equipos de trabajo empezaron a definirse bajo una nueva concepción: buscábamos desarrollar el conocimiento sobre herbolaria medicinal de México, recurriendo a la valoración y estudio de las ideas y prácticas que tenía la población del país. Se trataba, finalmente, de evaluar, con los recursos científicos de nuestro tiempo, un conocimiento que estaba vigente en la inmensa mayoría de los mexicanos. El uso de plantas medicinales era una práctica generalizada en la cultura de la población, independientemente y, a pesar, del modelo dominante de educación médica profesional.

El estudio moderno de las propiedades químico-farmacológicas de las plantas debía hacerse a partir de la experiencia y usos que la recién llamada ‘medicina tradicional’ de los mexicanos hacía de ellas. No se trataba de “descubrir” plantas, era hora de evaluar y validar una práctica que llevaba siglos de existir y permanecía en el acervo cultural de la gente.

Carlos Zolla se hizo cargo de la coordinación de los proyectos de campo, calificados como de antropología médica y etnobotánica, y yo de la coordinación de los proyectos de laboratorio, farmacología de extractos y fitoquímica. El grupo contaba ya con el suficiente número de investigadores y con las instalaciones requeridas. Nuestra comunicación con la OMS nos permitió ser nombrados “Centro de Investigación en Medicina Tradicional de México” y entramos en contacto con otros grupos similares en otros países del mundo cuyos representantes se reunieron en Ginebra, Suiza, para participar en la elaboración de los principios conceptuales y metodológicos que debían regir la moderna investigación científica de las plantas y la promoción y desarrollo de la medicina tradicional. Me tocó representar al IMEPLAM en esas reuniones cruciales.

Empezó a salir la literatura del IMEPLAM sobre herbolaria medicinal mexicana que partió de la recopilación de la información que la población proporcionaba en sus distintos ámbitos geográfico-florísticos y culturales. Se trataba de darle voz e impronta a su conocimiento herbolario. A ese trabajo se

avocaron los botánicos, antropólogos y médicos mediante encuestas y trabajos de campo que, iniciados en 1976, recorrerían algunas regiones del país. La investigación de laboratorio se dirigió a comprobar la utilidad de las especies que el trabajo de campo proporcionase con información de primera mano sobre su uso terapéutico y reconocida eficacia. Esta estrategia nos proporcionó la primera “imagen cultural” del actual uso y distribución de las principales plantas medicinales en el centro de México y una suerte de “epidemiología” de las enfermedades más comunes tratadas con estos recursos.

El 1° de diciembre de 1976, terminó el gobierno del Presidente Luis Echeverría y personalmente fui informado de que IMEPLAM debía buscar otro patrocinador. El péndulo sexenal del poder se había movido.



## 4. La oportunidad institucionalizada

Luis Echeverría es el único ex presidente mexicano al que se le haya ocurrido formar y dirigir un centro de reflexión y estudio sobre los cambios que estaban ocurriendo en el mundo de su tiempo, aprovechando la experiencia que había adquirido como Primer Mandatario (1970-1976). El 14 de septiembre de 1976 fundó el Centro de Estudios Económicos y Sociales del Tercer Mundo (CEESTEM) A.C., en la Ciudad de México, para dar espacio y voz a un grupo de estudiosos nacionales y extranjeros, expertos en los cambios económicos y políticos en curso, con la esperanza de poder influir sobre los gobiernos de los países, ahora llamados “no alineados” a ninguna de las dos grandes potencias de la época, Estados Unidos y la Unión Soviética, para la construcción de un pensamiento político alternativo.

Gracias a la generosidad del expresidente Echeverría y al entusiasmo del Director del CEESTEM, doctor Bibiano Fernández Osorio y Tafal (1902-1990), el IMPEPLAM sobrevivió durante el primer año del régimen del presidente José López Portillo (1977-1982). Siguiendo la tradición de los regímenes mexicanos, la política nacional cambió de rumbo. El nacionalismo se convirtió en sinónimo de ‘Echeverrismo’, las tribus políticas se deslindaron de su pasado inmediato y todo lo realizado en el sexenio anterior cayó en desgracia, desinterés y burla.

No obstante, mientras continuábamos con nuestras investigaciones patrocinados por el CEESTEM, quedó claramente establecido que el IMPEPLAM difícilmente podría continuar con sus proyectos y trabajos de investigación si no se incorporaba al sector médico del Estado mexicano. Tarde que temprano, nuestras investigaciones apuntaban a dos resultados concretos: el primero, desarrollar nuevos medicamentos con base en plantas mexicanas que debían transferirse a la industria farmacéutica para ser incorporados a la práctica médica nacional y, segundo, influir en el modelo de atención de las instituciones médicas incorporando la medicina tradicional y sus recursos como parte del Sistema Nacional de Salud.

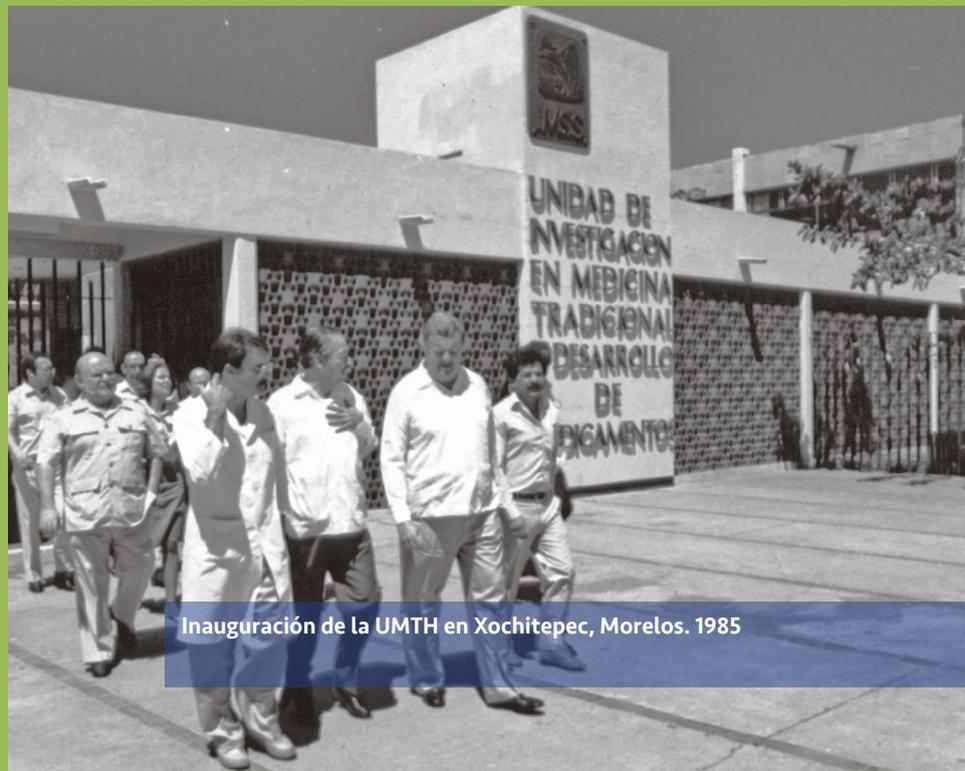
La única institución que aceptó escucharnos fue el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) entonces bajo la dirección del Lic. Arsenio Farell Cubillas (1921-2005).

—Así que usted, Dr. Lozoya, sabe de plantas medicinales y esas cosas— dijo Arsenio Farell, en tono ríspido, al recibirme en su oficinas.

—Sí, algo— contesté con moderación aprendida.

—¿Ha oído hablar del Programa IMSS-Oportunidades?— preguntó el director.

—Sí, algo— respondí cauteloso.



Inauguración de la UMTH en Xochitepec, Morelos. 1985

Xavier Lozoya con el Lic. Ricardo García Saenz, Director del IMSS y Lic. Antonio Rivapalacio López, Gobernador del estado de Morelos.

El origen del Programa IMSS-Oportunidades se remontaba a 1973, cuando se reformó la Ley del Seguro Social y se facultó al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) para extender sus servicios a núcleos de población no asalariada, sin capacidad contributiva, en pobreza extrema y marginación. Al año siguiente, el IMSS diseñó un Programa Nacional de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria para definir los sitios y la forma en que el Instituto prestaría sus servicios médicos a comunidades marginales de no menos de 2,000 habitantes; empezó la construcción de cientos de Unidades Médicas Rurales en todo el país y los programas de capacitación a los médicos, en servicio social, que atenderían a esa población.

A continuación el Director General del IMSS me explicó detalladamente los principales problemas que enfrentaba el Programa y que yo sintetizaré en la siguiente conclusión: los jóvenes médicos que, durante un año de servicio social, proporcionaban sus servicios obligatorios en las unidades médico-rurales del Programa ubicadas en las más remotas y pobres regiones del país, no sabían nada de las condiciones culturales y sociales de la población a la que se intentaba atender. La medicina tradicional herbolaria era el único recurso del que disponían esos pobladores para atender sus enfermedades y los sorprendidos jóvenes médicos, formados en las universidades mexicanas como si fueran a trabajar en Houston, no tenían idea de la realidad cultural de su país.

—Quiero que se integren al IMSS— dijo el Director Farell.

—Sí, con gusto —respondí—, pero conservando el equipo y los proyectos que estamos desarrollando.

Me miró fijamente mientras yo enrojecía y la taquicardia me delataba.

—Por supuesto —respondió— y más le vale que así sea, Dr. Lozoya.

La noticia de nuestra incorporación al IMSS cayó como cubetada de agua fría en el Consejo Consultivo del IMEPLAM. Las opiniones se dividieron. Algunos de los consejeros consideraron que el proyecto había fracasado al incorporar-nos al “elefante” burocrático del Estado; otros consideraron que el “brinco” era audaz y hasta positivo si lográbamos mantener la “autonomía” pero, el hecho fue que todos se bajaron del barco. Por el contrario, los investigadores “de tiempo completo” se animaron con el cambio y propusieron la nueva denominación del grupo: Unidad de Investigación en Medicina Tradicional y Herbolaria del Instituto Mexicano del Seguro Social (UMTH). Un buen epílogo para el aprendizaje generado en el IMEPLAM.

Mi nuevo jefe, el Dr. Gonzalo Gutiérrez Trujillo (1936-2014), en esos años Coordinador de Investigación del IMSS, me introdujo en el complejo mundo de la Seguridad Social Mexicana y sus grupos. Gonzalo, con su impresionante lucidez y carácter, sazonados de un sentimiento nacionalista genuino, nos invitó a consolidar la estrategia de investigación que habíamos vislumbrado en IME-PLAM. Por una parte, nuestra función de apoyo al Programa IMSS-Coplamar era el camino para introducir el estudio y uso de la medicina tradicional en el campo mismo de operaciones: nada de teorizar, vamos a la práctica. Por la otra —agregó Gonzalo—, el riguroso y disciplinado estudio de las plantas medicinales mexicanas era el único camino para ganarse un lugar frente al poder de la clase médica.

A partir de 1978, el IMEPLAM convertido en Unidad de Investigación (UMTH) de la Seguridad Social, permaneció en las mismas instalaciones de la Colonia del Valle, en la Ciudad de México. Sobre las actividades que desarrollamos en Medicina Tradicional apoyando al Programa IMSS-Coplamar, dejo que Carlos Zolla cuente la historia y sus peripecias. Yo me dedico aquí a contar algunas reflexiones sobre la intención y estrategia que seguimos en la investigación científica que realizamos de las plantas medicinales en el IMSS durante esos primeros años.

En lo inmediato, tuvimos que entender la difícil confrontación laboral que vivía el puñado de científicos (no más de 50 en toda la institución) con la estructura operativa formada por decenas de miles de médicos, los llamados “de trinchera”, en la pugna por la distribución de los recursos para la atención a los pacientes en todo el país. Eso de gastar en investigación era mal visto. Lo segundo fue el complejo y monumental problema del abastecimiento de medicamentos para una institución de esas características. La demanda curativa (reparativa) de la población sobrepasaba en millones de casos a las posibilidades de orientar la demanda de salud (preventiva) o educación para la salud de los afiliados. El campo de batalla estaba en la atención del primer nivel o primer contacto, las miles de clínicas saturadas permanentemente de enfermos. Lo que demandaban en recursos el segundo y tercer nivel (hospitales generales y de especialidades, respectivamente) era colosal frente a las necesidades de la consulta externa ambulatoria.

La medicina social en México tenía un modelo conceptual al revés. Por decirlo coloquialmente: primero hay que curarlos y después enseñarles a ser sanos...si quedan tiempo y recursos. Es el modelo convencional capitalista de sostener la fuerza de trabajo atendida medicamente (mientras resista) cada vez que se enferme y que otros se ocupen de enseñarles a bien comer, bien vivir y no enfermarse.

La primera reacción de los colegas investigadores a nuestra herbolaria presencia fue:

- ¿Hierbas? ¿Para qué? Si ya tenemos suficientes recursos en el Cuadro Básico de Medicamentos. El futuro es la farmacogenética, como en Estados Unidos.
- ¿A menos que cures el cáncer o el SIDA con alguno de tus extractos mágicos!
- He leído que en Estados Unidos están haciendo un “screening” (rastreo) de plantas de todo el mundo para curar el SIDA.
- Hay un medicamento para el cáncer de mama, que creo que lo sacaron los canadienses de un árbol, ¿no? ¿En eso andan ustedes?
- Bueno, su “rollo” suena interesante, pero sólo con biotecnología dará el rendimiento apropiado, como lo hacen los alemanes. Pero en México no hay eso.

Después los ‘mejor informados’ comentarían:

- ¿Desarrollar medicamentos? ¿Por favor! Nadie puede competir con los recursos económicos de la industria farmacéutica trasnacional.
- Se sabe que desarrollar un nuevo medicamento toma, al menos, 10 años y 10 millones de dólares. ¿Ustedes, de dónde?

Por lo tanto, al ingresar el grupo al IMSS, tuvimos que repensar nuestra estrategia en la investigación de plantas medicinales. Los enormes gastos en la adquisición de medicamentos para el Cuadro Básico nos dieron algunas pistas para el desarrollo de la estrategia que propusimos. Existían plantas que podían configurar otro “Cuadro Básico” de medicamentos herbolarios (se acuñó el término), que sustituirían a numerosos recursos farmacéuticos utilizados para aliviar un conjunto de padecimientos “secundarios” que no ponían en riesgo las compras de la institución de poderosos antibióticos u otros productos primordiales para la terapéutica institucional, proveídos por los grandes consorcios farmacéuticos.

Lo interesante resultó al proponer que la mayor parte de los medicamentos herbolarios (nombre que empezó a aplicarse a este tipo de productos en todas partes) podría ser utilizada para el manejo complementario de padecimientos comunes en los que la institución gastaba miles de millones de pesos anuales para atender trastornos digestivos (disfuncionales) como colitis, diarrea, estreñimiento, etc.; para la sintomatología de la diabetes, para la tos y el resfriado común, como hipoglucemiantes orales, reductores de colesterol y triglicéridos, para algunos trastornos nerviosos como el insomnio, la ansiedad, el dolor... etcétera. ¡El 75% de las causas de atención médica!

Por otra parte, el mundo se movía y cambiaba. Esta propuesta se insertaban en las nuevas políticas sanitarias de los países ricos y la imagen “verde” que empezó a adquirir el “naturismo” europeo y estadounidense en los medios de comunicación con el uso de los “exóticos” productos obtenidos de plantas medicinales “del trópico” que ingresaban al mercado internacional. Los países ricos hablaban del post-industrialismo, del “regreso a la naturaleza” y se pusieron de moda el yoga, el budismo Zen y las artes marciales. Aunado a esto se vislumbraba un movimiento comercial interesante, producido por la participación activa de los países asiáticos (China y Japón, especialmente) y sus culturas médicas que, en Occidente, se percibían como un modo de vida que subrayaba la necesidad de prevenir las enfermedades crónico-degenerativas, modificar la dieta, realizar ejercicio físico consuetudinario, denunciar el uso del tabaco y el alcohol como costumbres nocivas para, finalmente, proponer lucir atlético, con una libido desbordante y practicando la meditación en el Metro.

La ciencia occidental había permitido “prolongar la vida humana”, hecho que en realidad solo significaba prolongar la vejez, en sociedades que no estaban preparadas económicamente, ni en lo familiar, laboral o social para sostener a la primera generación que alcanzaba más allá de los 70 años como promedio de vida. En aquellos años ochenta del pasado siglo se iniciaba la “cultura de lo verde”, la preocupación por el medio ambiente, la difusión de una visión ecológica de la existencia, junto con la transculturación de hábitos y costumbres para las poblaciones de los países ricos tanto de Oriente como de Occidente. Una suerte de eslogan postmoderno se sugería para el futuro: tradición naturalista + alta tecnología = confort posmoderno.

También, la idea de retorno a la utilización de los recursos “naturales” (término usado arbitrariamente como sinónimo de no-tóxico e inocuo) se contrapuso a la crítica que la sociedad hacía de la medicina salvajemente comercializada, atada al consumo irracional de antibióticos (descubiertos como responsables de la resistencia de los microbios patógenos a esos medicamentos) y, finalmente, la deshumanización de la relación médico-paciente. Todas estas manifestaciones marcaban el inicio de la crisis de las instituciones de salud y de la medicina social en Occidente.

Los chinos vendían Gin-seng y Ginkgo biloba en todo el mundo y compraban computadoras y desarrollaban las telecomunicaciones para impulsar su carrera de dominio comercial y militar. Los indios propalaban las virtudes de la medicina ayurvédica y construían bombas atómicas, dejando a la vacas circular por las calles de Nueva Delhi. Los japoneses impulsaban la electro-acupuntura, su comida a base de soja y las artes marciales en sus flamantes submarinos

de guerra. Los estadounidenses hacían patinetas, inventaban la “fast-food” y desarrollaban la telefonía celular maquilando sus microchips en China.

Por lo pronto, en la UMTH fuimos configurando el primer cuadro “complementario” de medicamentos (después le llamarían “alternativo”) de productos a base de extractos de plantas ampliamente conocidas y utilizadas en la medicina tradicional mexicana, pero que requerían ser convertidos en medicamentos de uso masivo para la medicina social del IMSS. El reto era transformar la herbolaria popular, casi doméstica, en productos de uso masivo en forma de sobrecitos de hierbas, extractos fluidos, pastillas o cápsulas que pudieran distribuirse en presentaciones farmacéuticas para ser usadas, recetadas y almacenadas en toda la gigantesca red de instalaciones de la institución.

Nuestro cambio como grupo de investigación al convertirnos en un nuevo sector de investigación profesional especializada de la institución de medicina y salud más poderosa del país tuvo una importante repercusión en la metodología y propósito del trabajo diario a realizar. Por ejemplo, ahora teníamos acceso, en mayor o menor grado, a la observación clínica directa de nuestros productos en los hospitales, con los pacientes de la misma institución, circunstancia muy difícil de alcanzar para los grupos universitarios de investigación química y farmacológica que empezaban a interesarse también por el estudio de las plantas medicinales y que no se podían acercar a la investigación clínica. Había camino, siempre y cuando los investigadores de la UMTH lograran convencer al cuerpo médico institucional sobre la utilidad terapéutica de viejos recursos herbolarios familiares, que ya contaban con los estudios y análisis preclínicos o de experimentación animal y biológica que realizábamos atendiendo a los métodos y estudios considerados, por el sector clínico, como los únicos válidos.

Esta circunstancia cambió radicalmente el método que seguimos, reduciendo los tiempos de estudio de un extracto en la investigación química ‘exhaustiva’ y, en la llamada fase preclínica, utilizando animales de laboratorio, toda vez que la academia finalmente se iba convenciendo de que se trataba de medir y valorar clínicamente lo que la población se bebía y embarraba por su cuenta desde hacía mucho tiempo. Recordaré a manera de anécdota los meses que tuve que provocarles diarrea a las pobres ratas de laboratorio para darles a beber tisana de hojas de guayaba y demostrar “científicamente” que la diarrea se controlaba. Sólo después de largos y tediosos estudios “clásicos” de “farmacología experimental” logramos que se me autorizara evaluar en la clínica, en pacientes con diarrea, el efecto de una tisana de hojas de guayaba. Se trataba de cumplir con los requisitos toxicológicos básicos, sí, de acuerdo, pero dándole al “uso tradicional” un peso estadístico histórico que de entrada sugería la ausencia de toxicidad en el recurso que estudiábamos en la forma

utilizada ancestralmente, para abrir el camino directo a la clínica. En realidad lo que pasaba es que las últimas 10 generaciones de médicos mexicanos habían estudiado medicina orientadas exclusivamente por la industria farmacéutica de productos químicos y suponían que una tisana o un emplastro de hierbas no era un recurso curativo y mucho menos un medicamento. Como si la historia de la medicina se hubiera circunscrito al descubrimiento de los medicamentos que tenían hoy en su Cuadro Básico. Lo demás no existía, ni aquí ni en ninguna otra parte del mundo.

Tema aparte se volvió el “acceso a la materia prima”. Descubrimos que en México no se cultiva ninguna planta medicinal con propósitos farmacéuticos (la única que se cultiva exitosamente está prohibida). Todas las plantas medicinales de uso común por la medicina tradicional —urbana y rural— se recolectan de zonas donde crecen en forma silvestre, por años o siglos. Algo que nos sorprendió fue averiguar que la mayor parte de la gente no sabe que las plantas son seres vivos; creen que son ‘cosas’ que germinan, crecen y se usan para comer, curar o lo que fuera. Quizás una parte importante sabe que necesitan agua, pero la mayoría ignora que producen compuestos químicos que utilizan para su metabolismo —y que algunos consideramos que esos compuestos pudieran ser útiles a los humanos y a otros animales— pero que su producción deriva de las condiciones de vida en las que crezcan. Dependerán del tipo de terreno y sus nutrientes, del tiempo de irradiación solar, del tipo de agua que absorben, de las condiciones de interacción fisiológica que sostengan con otras plantas, con los insectos, etc.

El proceso de recolección es visto como un negocio en el cual lo único que cuenta es el peso y volumen de los costales de plantas solicitadas. Cuando se trataba de analizar las condiciones y establecer los requisitos para hacer de esas plantas una materia prima de calidad farmacéutica, todos protestaban y decían que no era necesario. Que, total, la tradición siempre había sido una y las cosas siempre habían funcionado bien así. Y hágale como quiera.

Por otra parte, los procesos industriales para producir alimentos y medicamentos con materias primas vegetales también carecían de conocimiento y experiencia en nuestro medio, porque las “materias primas” vegetales se consideran componentes inertes, no transformables, como si fueran compuestos químicos comprados a partir de un catálogo ideal. El único criterio que importa a la hora de formular un producto a base de yerbas es el costo del producto terminado y su relación con el precio leonino que se propone para el público. La filosofía de que “lo que no cuesta no sirve” es el equivalente en la visión popular a que “el médico que no receta inyecciones no cura.” La metodología de los productos herbolarios se basa en un extraño “sentido práctico”: si el

producto final se pasa en un costo establecido por cálculos teóricos o mediante una fórmula sagrada que le da a la ganancia al menos un 50% de beneficio, le quitan un poco de la cosa para abaratar costos; si se parece al de su competidor, le agregan otras cosas para diferenciarlo. Es común observar que en la industrialización de los productos herbolarios se recurre a juntar en un producto a todas las plantas que sirvan para lo mismo. El principio comercial de esto se basa en el supuesto de que si son varias las plantas que se usan para combatir el insomnio, por ejemplo, todas juntas en un mismo producto funcionarán mejor porque se obtendría un producto “más potente”. Es el equivalente a creer que la flor en forma de oreja cura la otitis o que comer aguacates (palabra de origen náhuatl que significa testículo) aumenta la potencia sexual.

En fin, durante los siguientes años nos dedicamos silenciosamente a construir el campo de estudio que habíamos diseñado y las herramientas para evaluar la utilidad de las plantas medicinales que la información de campo señalaba como recursos primordiales de la medicina tradicional. Nos propusimos publicar trabajo tras trabajo de investigación químico-farmacológica de productos naturales, en revistas internacionales y nacionales de ciencia biomédica para acostumar al colectivo de la institución a conocer la calidad de los resultados obtenidos. También nos dedicamos a formar más gente en las distintas actividades de investigación de las plantas y a dar curso tras curso de botánica, fitoquímica y farmacología de productos naturales con los jóvenes de muy diversas universidades, que se nos acercaban para hacer sus tesis de maestría o doctorado. La herbolaria medicinal se fue poniendo de moda.

Entonces ocurrió el terremoto de septiembre de 1985 en la ciudad de México.

El Centro Médico Nacional del IMSS sufrió graves daños y se tuvo que demoler para iniciar su reconstrucción. Las autoridades de la Coordinación de Investigación del IMSS se trasladaron a las instalaciones del ex IMEPLAM, a la UMTH, en la Colonia del Valle, ya que no había sufrido daños. Allí planearon y propusieron la necesidad de descentralizar a los grupos de investigación que laboraban en la ciudad de México. Era la oportunidad para muchos grupos de trasladarse a otros Estados de la república donde encontrarían más espacio y otros recursos para expandir la investigación científica de la institución en otras regiones del país.

Nosotros propusimos sacar a la UMTH de la ciudad de México, ampliando nuestras posibilidades de llevar a cabo los planes de crecimiento de la investigación de plantas medicinales, con un campo agrícola experimental. En los últimos meses del 1985, el Director General del IMSS, Lic. Ricardo García Sáenz (1930-2015) inauguró el Centro de Investigación en Medicina Tradicional y Desarrollo de Medicamentos del IMSS, en el poblado de Xochitepec, Estado de

Morelos. La construcción del Centro abrió la posibilidad, gracias al entusiasmo del Gobernador de Morelos, Dr. Lauro Ortega Martínez (1920-1999), de contar con un campo experimental de cultivo de plantas medicinales junto con la infraestructura de laboratorios y otros espacios requeridos para realizar el diseño farmacéutico y escalamiento de los productos.

Las instalaciones de nuestro grupo de investigación se establecieron en la, hasta entonces, llamada Unidad de Medicina Familiar del poblado de Xochitepec que había sido construida en 1968, para incorporar a los campesinos cañeros a un régimen de seguridad social modificado e intermitente. Sin embargo, las actividades de atención médica para esa población habían sido absorbidas por la ciudad de Cuernavaca, toda vez que en 1976 los ingenios productores de caña en la zona habían cerrado y la mayor parte del campesinado de la zona empezaba su migración a Estados Unidos. La Unidad de Medicina Familiar estaba prácticamente abandonada. Allí se habilitó el nuevo Centro de Investigación, a 20 kilómetros de Cuernavaca.

El gobierno del estado de Morelos se comprometió con el IMSS a que se darían facilidades a los campesinos de los ejidos de la zona, a fin de que integraran unidades agrícolas de producción de plantas medicinales, como materia prima para el desarrollo de los primeros 10 medicamentos herbolarios que el Centro de Investigación venía preparando. Esto, se dijo, aliviaría la crisis laboral de la zona cercana a Cuernavaca que había dejado de producir caña y daría a numerosas familias campesinas la posibilidad de generar ingresos produciendo materias primas vegetales para uso farmacéutico de acuerdo con las técnicas y procedimientos desarrollados por el mismo Centro.

Hasta se habló de crear un museo de la historia de la herbolaria medicinal de México en el Centro Vacacional del IMSS ubicado en Oaxtepec, Morelos, en donde el Instituto protegía lo que quedaba del convento y el hospital de Oaxtepec, construidos en el siglo XVI y cuya historia se vinculaba con los primeros contactos de la medicina española con la herbolaria indígena local.

Una vez más, el “salto” que representaba el incremento de las actividades de una Unidad de Investigación (la UMTH) al convertirla en un Centro de Investigación especializado, fuera de la Ciudad de México, con proyectos específicos para la producción de los medicamentos herbolarios del IMSS, cayó como cubetada de agua fría, pero ahora entre los investigadores de la propia UMTH.

Habían transcurrido los primeros 10 años desde la fundación de IMEPLAM; el trabajo realizado había sido exhaustivo y agotador. Se trataba de pasar de la sola investigación químico-farmacológica de las plantas al escalamiento preindustrial de los medicamentos herbolarios del IMSS. De manera que la confusión emocional y laboral que produjo el sismo de 1985, la migración de

científicos que abandonaron las instalaciones centralizadas del IMSS para refugiarse en otras instituciones académicas de la ciudad de México, mientras se reconstruía el nuevo Centro Médico Nacional y los 100 km que nos separaban del Distrito Federal, también hicieron su parte.

Un hecho era primordial: habíamos conseguido la aceptación del medio académico y de la clase médica, pero, o dábamos el jalón aplicativo de nuestras numerosas y valiosas investigaciones para que existiera físicamente un Cuadro Básico de Medicamentos Herbolarios de la institución o nos convertiríamos en el “Club de Admiradores del Códice Badiano” con la pompa y solemnidad correspondientes.

El hecho es que solamente cuatro investigadores del grupo original aceptaron salir de la ciudad de México y continuar con el nuevo proyecto en Xochitepec: Mariana Meckes, Virginia Mellado, Carlos Zolla y yo. Dos personas clave, Miguel Martínez e Irineo Gaspar, ambos extraordinarios técnicos de laboratorio, formados en el IMEPLAM, se unieron a la caravana, poniendo de manifiesto su entusiasmo y convicción. Los demás, uno por uno desfilaban por mi oficina explicándome “en privado sus motivos personales” para permanecer en la ciudad de México. Sólo le creí a Abigail Aguilar, quien me convenció de que el Herbario Medicinal del IMSS debía continuar creciendo, en las nuevas instalaciones del Centro Médico Nacional, desde donde seguirían apoyando al Programa IMSS-Coplamar (mismo que empezaba a hundirse) y a los “múltiples usuarios” de las universidades y otras instituciones académicas que iniciaban actividades propias en el campo de la investigación de plantas medicinales. En realidad, Abigail había logrado reunir el impresionante acervo de 15,000 especies medicinales colectadas por los miembros del Programa IMSS-Coplamar, y un gigantesco trabajo aún estaba por realizarse porque requería de la selección de las especies, su clasificación taxonómica y la conformación informativa y técnica del primer herbario etnobotánico del país.

—¿Qué voy a hacer yo a Xochitepec, querido doctor?— me dijo la maestra y agregó:

—Mi apoyo lo tiene usted y lo tendrá permanente, pero vamos a gastar en instalaciones refinadas para un herbario en un poblado a 100 km de la Ciudad de México que nadie va a visitar ni consultar.

Tenía razón. El Herbario Medicinal del IMSS, en el Centro Médico Nacional Siglo XXI, se convirtió en un sitio de obligada visita y referencia no solo para los mexicanos sino para innumerables investigadores extranjeros. En la actualidad es una referencia internacional sobre plantas medicinales de México.

De momento, también cabe recordar que un grupo entusiasta de otros investigadores y técnicos del IMSS se unió al proyecto y a la puesta en marcha de las actividades en Xochitepec, con tal de salir de la Ciudad de México. Por mi parte, me acerqué a la Universidad Autónoma del Estado de Morelos (UAEM), para plantear a su rector la necesidad de organizar una maestría en investigación de plantas medicinales que atrajera a los médicos, químicos y biólogos morelenses al Centro de Investigación del IMSS, diseñando el plan de estudios y ofreciendo trabajo a los nuevos investigadores que se formaran.

Así nació la tercera generación de investigadores, la que se formó y “echó a andar” Xochitepec con la experiencia acumulada del IMEPLAM y la UMTM. El nuevo Centro contaría con laboratorios de fitoquímica extractiva y analítica, de biotecnología y cultivo celular de especies medicinales para su propagación, de farmacología experimental y diseño de fármacos y el grupo de investigación clínica especializado en productos naturales. Una amplia biblioteca con terminales computarizadas que se incorporaron a la novedosa red mundial de bibliografía científica que estaba naciendo, un bioterio de pequeñas especies animales y un invernadero experimental para la producción de plantas seleccionadas.

Durante los siguientes años, se incorporarían a este centro de investigación: María Luisa Villarreal, Jaime Tortoriello, Armando Herrera, Carla Núñez, Lidia Osuna, Víctor Navarro, Gabriela Rojas, Pilar Nicasio, Yolanda Galindo, Maritza Zurita, Teresa Izquierdo, Gloria Becerril, Daniel Alonso, Gerardo Melesio, José Luis González, José Servín, Honorina Sánchez, Ramón Raya, Fernando Bustamante, Alicia Pérez, Josefina Muñoz, Patricia Sotelo, Martha Sánchez, Filiberto Alamiya, entre otros.

Con este nuevo grupo se iniciaron los trabajos del Centro de Investigación en Medicina Tradicional y Desarrollo de Medicamentos del IMSS en 1986. Sus actividades serían ampliamente conocidas en los siguientes años.

Entonces, el extraño régimen del presidente Miguel de la Madrid (1982-1988) llegó a su fin y el péndulo se rompió.

La contradictoria realidad económica del país pasó a denominarse “crisis” y el país entró en la enorme turbulencia del final del siglo XX con la caída del Muro de Berlín y la implosión política de la URSS. El “socialismo real” había fracasado en el mundo y el capitalismo de Occidente triunfaba en la competencia de la postguerra; los Estados Unidos celebraban su poder mundial como potencia dominante.

El nuevo régimen del joven presidente Carlos Salinas de Gortari (1989-1994) cambió la suerte y destino de la “economía mixta” mexicana.

Se derrumbó estrepitosamente la imagen de las empresas del Estado, las llamadas ‘paraestatales’. Esa suerte de ‘capitalismo de Estado’ se presentaba

como un fracaso de negocios obsoletos, burocratizados e ineficientes; a la par surgió la leyenda de que en manos de la iniciativa privada las empresas serían mejor organizadas y eficientes, que el verdadero capitalismo mexicano florecería y la desigualdad social de la población pronto sería historia del pasado. Se dijo que los cambios ocurridos en el mundo socialista mostraban que era a través del capitalismo como se alcanzaba el progreso, de un “capitalismo social”, “solidario”, con un gobierno reformador de la mala utilización de una riqueza que no había promovido el mercado y la competencia. El Tratado de Libre Comercio (TLC) con Estados Unidos y Canadá era la vocación natural de tan conocidos vecinos para un trato comercial igualitario en oportunidades y desarrollo conjunto de Norteamérica como región política y económicamente armónica. Que la desigualdad social y la falta de oportunidades se corregían con el “neo-liberalismo”, la nueva visión económico-política del pensamiento capitalista occidental de finales del siglo XX que —según sus ideólogos— reducía a los Estados a la condición de ser un conjunto de instituciones administrativas que redistribuirían la riqueza generada por el capital privado administrando la “derrama” económica, resultado de la total apertura comercial para las materias primas e industrias del Estado transferidas al capital privado internacional. Una vez más se empezó a “aplicar” en México, la novedad proveniente del exterior, la ideología económico-política de los vencedores de la Guerra Fría.

En 1990, se me informó, escuetamente, que no era función del IMSS producir ningún tipo de medicamentos, ni cuadro básico de medicamentos herbolarios, ni nada por el estilo. A la nueva visión “técnica” del quehacer institucional le pareció que nuestro programa de investigación era una “competencia desleal” con la industria farmacéutica privada que, bien que mal, sostenía la terapéutica nacional del país y de la institución y que el salario de los trabajadores del sector cotizaba para la propia seguridad social. Se me dijo que las patentes y prototipos de medicamentos herbolarios generados en el IMSS debían ser desarrollados por la industria farmacéutica nacional o internacional, si realmente existía interés en ese tipo de mercado en el mundo globalizado. Que la industria farmacéutica decidiría.

También se me dijo que la institución crearía una Oficina de Transferencia Tecnológica que se ocuparía de las patentes desarrolladas por los investigadores del Centro de Investigación de Xochitepec. Que era acertada la orientación técnica y práctica de ese tipo de investigación, pero que el mercado potencial para tales productos no debía circunscribirse al de la sola institución.

También se nos dijo que continuaríamos con nuestros proyectos en directa conexión con la industria farmacéutica, nacional o extranjera, de manera que

lograse con el tiempo ser autosuficiente para liberar a la Seguridad Social de la carga del presupuesto que significa sostener la investigación.

En los siguientes años, seguimos desarrollando nuevos estudios, productos y algunas patentes, ampliando nuestra experiencia en el diseño y producción de medicamentos herbolarios. La vida continuó y nada de lo anunciado ocurrió.

El balance que me hago a la distancia de los años transcurridos es muy satisfactorio al haber rescatado un tema de la cultura nacional del desinterés y el menosprecio. Todos los participantes, contribuimos desde México en la evolución de las ideas sobre la medicina y los medicamentos que caracterizaron el final del siglo XX, el reto intelectual fue fascinante y el tiempo nos dio la razón. Hoy, el papel de las plantas medicinales en todo el mundo ha definido buena parte del nuevo paradigma científico en el diseño y producción de medicamentos.

Congruentes con nuestras ideas, logramos la institucionalización de un quehacer científico que había sido olvidado, lo que significa que las nuevas generaciones seguirán hurgando en el tema. El reconocimiento al enorme valor de la llamada medicina tradicional de México seguirá vigente y ha permeado en la cultura dominante. Lo demás es tiempo y suerte.

Ahora es momento de darle la palabra a Carlos Zolla.



## II.

# La hermana incómoda

Carlos Zolla

## 1. El IMEPLAM por escrito

Quizás una forma un tanto oblicua de acercarse a la historia del IMEPLAM sea la de indagar la evolución que tuvieron las ideas en los catálogos de plantas, en las monografías, los artículos, las bibliografías, en fin, en las colecciones seriadas que nuestro grupo publicó entre 1976 y 1981. Y en la revista *Medicina Tradicional*, a la que le dedicaremos algunos párrafos más adelante.

Vista como un conjunto, la empresa editorial (de alguna forma hay que llamarla) testimonia bastante bien el cuerpo conceptual e ideológico que postulábamos, y en el que la relación de complementariedad, de vínculos disciplinarios o prácticos no sólo se nos aparecía como necesario resaltar, sino asumirla como guía para cada uno de los campos de trabajo. Vista desde la perspectiva de casi cuarenta años quizás no sea erróneo decir que fuimos investigadores interculturales de la herbolaria curativa del México de ayer y hoy. Por cierto, el término intercultural no estaba como hoy de moda entre los que creen que nace con Kimlicka o Reynolds. Nosotros lo descubríamos en el Manuel Gamio (1883-1960) de los estudios de Teotihuacán o en el Gonzalo Aguirre Beltrán (1908-1996) de los Altos de Chiapas. Digamos de paso que don Gonzalo ya hablaba en 1955 (*Programas de salud en la situación intercultural*) de “interculturalidades asimétricas”, como las que se daban entre los ladinos de la ciudad primada y las comunidades indígenas, o entre la medicina de la Secretaría de Salubridad y Asistencia y la medicina tradicional de tzeltales, tzotziles, choles o tojolabales.

Éramos conscientes también de que el uso de las plantas tenía una historia que se hacía evidente en la bibliografía colonial del siglo XVI, en Martín de la Cruz y Juan Badiano, Bernardino de Sahagún, Francisco Hernández, Gregorio López, Francisco Jiménez o Juan de Cárdenas; bajo el nombre de “tradición”, la historia se nos aparecía —orgánica o fragmentaria— en boca de curanderos,



Reunión con el Presidente Echeverría, 1975.

parteras, hueseros, hierberos o graniceros, con giros arcaicos del lenguaje o en la castellanización de voces nahuas, mayas, tzeltales, otomíes. Así, historia y tradición —relato, escenario y archivo— trazaban una línea quebrada hacia la farmacognosia y la etnomedicina (ésta disciplina era reciente y libraba su propia batalla entre antropólogos y médicos). Veíamos, o creíamos ver, un lazo natural entre fitoquímica y etnobotánica, entre lingüística y medicina, entre la filología de *Cuerpo humano e ideología*. Las concepciones de los antiguos nahuas, de Alfredo López Austin, y los efectos sobre la presión arterial del compuesto descubierto por Lozoya y Enríquez en el zapote blanco.

Seguramente como para todo intelectual latinoamericano, o en camino de serlo, la publicación de revistas o libros propios aparecía en el horizonte de lo deseable, en la urgencia de la acción y en las batallas reales o imaginarias contra los enemigos de la nueva ciencia. Resulta sorprendente comprobar la intensa actividad editorial de las instituciones del Estado Mexicano por aquellos años. Herencia pre-revolucionaria o revolucionaria, los antecedentes que nos concernían estaban tanto en los volúmenes del Instituto Médico Nacional (publicados de 1888 a 1917) como en la *Historia Natural de Nueva España* del protomédico español Francisco Hernández (siglo XVI, entre 1570 y 1577) editada en México por el historiador Germán Somolinos d'Ardois a partir de 1960; obras que en el IMEPLAM eran de perpetua consulta: mirando las viejas páginas decimonónicas, el químico Raúl Enríquez desvelaba los efectos de la planta llamada pipitzahuac (*Perezia adnata*) como un cántico al Señor (descubría que usar la perezona pura no servía, el angelato de hidroxiperezona sí funcionaba). Xavier Lozoya fatigaba las avenidas de la información sobre la guayaba (*Psidium guajava*), y Miguel Ángel Martínez Alfaro procedía como si el decimonónico Fernando Altamirano fuera un pariente cercano de Linneo o de los curanderos de Cuautapanaloyan. Las series de revistas científicas del siglo XIX, *El Estudio* o los *Anales del Instituto Médico Nacional* eran —diría Pound— “nuestra Penélope constante”, incluso para criticarlos cuando comprobábamos que los próceres de la herbolaria mexicana del 1888 (Terrés, Altamirano, Ramírez) concedían gran importancia a la información de Francisco Hernández de los primeros decenios de la colonización española, pero ninguna a los datos de campo de los terapeutas tradicionales de su propio tiempo. Lozoya los imaginaba herborizando a caballo, bigotazo y sombrero, ordenando a “los indios de a pie” la espinosa colecta del nopal para el “señor doctor”.

En cualquier caso, lo evidente era que nos insertábamos en un contexto nacional en el que editar no era una posibilidad remota: en poco más de seis años el IMEPLAM publicó *Estado actual del conocimiento en plantas medicinales mexicanas* (Xavier Lozoya fue su editor), las dos extensas *Monografías Científicas*

dirigidas por José Luis Díaz (*Índice y sinonimia de las plantas medicinales de México y Usos de las plantas medicinales de México*), el primer volumen de los *Estudios sobre etnobotánica y antropología médica* (editados por Carlos Viesca), *Psicotrópicos de origen vegetal. Sus implicaciones históricas y culturales* (con las ponencias presentadas por investigadores de Ecuador, India, Pakistán y México durante el XXX Congreso Internacional de Ciencias Humanas de Asia y África del Norte, realizado en México en agosto de 1976), la *Bibliografía comentada de la medicina tradicional mexicana (1900-1978)* de Axel Ramírez, el pequeño y útil volumen preparado por Raúl Ibarra, *Tesis sobre plantas medicinales* realizada en la Facultad de Química de la UNAM (1933-1975) y *El zapote blanco. Investigación sobre una planta medicinal mexicana* de Xavier Lozoya y Raúl Enríquez, además de los números de la revista *Medicina Tradicional*. Nuestra prosapia, aunque modesta, no terminaba ahí: la imprenta predilecta, en la que el señor Porfirio Loera recibía con calidez nuestras planas formadas, era la Editorial Libros de México, ubicada en la avenida Coyoacán, adonde Juan Rulfo llevaba los originales de la mejor antropología social de aquellos años publicada por el Instituto Nacional Indigenista. Parentesco simbólico, dirían los etnólogos, que asociaba secretamente nuestros trabajos a los de Aguirre Beltrán y Julio de la Fuente, Calixta Guiteras Holmes e Italo Signorini, William Holland y Alfonso Villa Rojas.

Pero también el IMEPLAM de aquellos años encontró otros escenarios editoriales en donde exponer los avances de la investigación experimental, las preocupaciones médicas, sociales y políticas de la institución, o las teorías que sustentaban el trabajo de campo en el amanecer de “las etnociencias”. Citemos, sin demasiado rigor bibliotecológico: X. Lozoya, X., G. Romero, M. Olmedo y M. Bondani, “Farmacodinamia de los extractos alcohólico y acuoso de la semilla de *Casimiroa edulis*”; X. Lozoya, D. Rodríguez, J. Ortega y R. Enríquez, “Aislamiento de una sustancia hipotensora en la semilla de *Casimiroa edulis*”, ambos en los *Archivos de Investigación Médica* de 1977 y 1978; C. Zolla, “Traditional Medicine in Latin America, with particular reference to Mexico” en el *Journal of Ethnopharmacology* (1980); “Furocumarines in *Casimiroa edulis*”, de R. Enríquez, J. Ortega y J. Joseph-Nathan en *Phytochemistry* (1981); “La etnobotánica en el estudio de la medicina tradicional” de C. Zolla, en *Estudios del Tercer Mundo* (la revista del CEESTEM), de 1979; “Traditional Medicine as an Alternative for Health in Third World Countries”, de X. Lozoya y C. Zolla, en un volumen editado por Jorge Alberto Lozoya y Haydée Birgin (*Social and Cultural Issues of the New International Economic Order*) de Pergamon Press (1981); “Medicina tradicional en México” de Xavier Lozoya y Carlos Zolla, en el *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, de la OPS (1982), entre otras.

El repaso a la producción editorial del IMEPLAM —nada desdeñable si se piensa en el volumen de los trabajos y en el periodo más bien breve en que se concretaron—, no puede sin embargo ocultar cierto perfil de heterodoxia y marginalidad de los materiales, visible sobre todo en la revista *Medicina Tradicional*. Y no es que la búsqueda de legitimidad teórica, política o médica fuera ajena al proyecto. Lo que lo convertía en una suerte de información marginal a los ojos del establishment científico era, esencialmente, el tema mismo de la investigación: porque tras el estudio de las plantas medicinales se postulaba la validación de la medicina tradicional, de sus recursos humanos, sus sistemas de clasificación, sus prácticas curativas y sus recursos terapéuticos materiales y simbólicos. En suma: el reconocimiento de la racionalidad de los Otros. Lo que estaba bien para los libros de Lévi-Strauss y sus ideas sobre la absoluta coherencia del llamado ‘pensamiento salvaje’, (la *pensé sauvage*, término acuñado por el connotado antropólogo) en nuestro medio no se percibía, no en un país que se quería moderno y en el que los indígenas y su medicina mágico-religiosa, “fuertemente emocional” —según decía Aguirre Beltrán—, eran un lastre del que debíamos liberarnos.

La gran contradicción era que proyectos como el nuestro venían con la venia de poderes superiores, en los postreros días del vituperado populismo tercermundista. Para colmo de males, se tenía consciencia de que el Estado mexicano no había logrado la extensión suficiente de la cobertura de servicios, que se había planteado internacionalmente por la OMS en la —ya mencionada— Reunión Cumbre de Alma-Ata donde se reivindicaba la valoración de “los recursos locales para la salud” dentro de la gran estrategia de la Atención Primaria de Salud propuesta en esos años (OMS, 1978). Tal decisión ponía a la ONU en la vereda de enfrente, con la simpatía de los antropólogos de México y de Berkeley, con la avanzada de los primeros ecólogos, con la de los botánicos de Harvard y de los investigadores de las plantas psicotrópicas mexicanas (hongos alucinógenos, peyote y LSD) pero al estilo de los extranjeros Robert Gordon Wasson (1898-1986), Roger Heim (1900-1979) y Albert Hofmann (1906-2008). ¡Vaya lío!

En esa coyuntura, la revista del IMEPLAM reproducía en lugar visible las alentadoras palabras del Dr. Halfdan Mahler, el Director General de la OMS de 1973 a 1983:

La separación y la mutua antipatía entre los sistemas tradicionales de medicina y la medicina que llamamos “moderna” ha durado demasiado. Acaso ¿no son idénticos los fines de una y otra: mejorar la salud de la humanidad y, por consiguiente, la calidad de la vida? Sólo mentes cegadas por la soberbia podrán suponer que la medicina tradicional no tiene nada que aprender de la medicina moderna y viceversa.

Cuando los estudiantes nos preguntan hoy si ha habido progresos en la valoración de la medicina tradicional desde el nacimiento del IMEPLAM, respondemos que sí, con argumentos diversos, verdaderos y verosímiles: Sí, decimos, son ustedes, su interés y sus trabajos de tesis; pero también por las más de 50 organizaciones de médicos tradicionales indígenas que hay hoy en México; por el reconocimiento de la medicina tradicional en la Constitución del país, en la Ley General de Salud, en el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) sobre Pueblos Indígenas y Tribales; por los “buenos o malos” Hospitales Integrales con medicina tradicional del Estado de Puebla y las más de 2,500 referencias que se encuentran, hoy, en la Nueva Bibliografía de la Medicina Tradicional. Allí está el testimonio de ese progreso.

Salvo que ese día nos levantemos con el pie izquierdo, y entonces contestemos:

—No, en el fondo estamos igual o peor que hace cuarenta años.

Luego entonces, lo que quizás deberíamos decirles es:

—La diferencia entre el ayer y el hoy estriba en que hace 40 años debimos salir, como cruzados, a probar la existencia de la medicina tradicional. Lean las publicaciones del IMEPLAM de aquellos años y lo comprenderán.

Nuestra revista, *Medicina Tradicional*, se publicó entre 1977 y 1980, en nueve números, el último de los cuales coincidió con la desaparición del IMEPLAM y su conversión en Unidad de Investigación en Medicina Tradicional y Herbolaria del Instituto Mexicano del Seguro Social (UMTH).

Quizás cierta dosis de provincianismo nos llevó a publicarla como “la primera publicación en español dedicada íntegramente a ofrecer un panorama exhaustivo de los aspectos culturales, históricos y de investigación científica sobre las prácticas médicas populares del mundo.”

De factura artesanal, calificada por algún delicado erudito como la “publicación tercermundista del IMEPLAM”, contiene un conjunto de materiales que, al correr de los años, son revisitados por los investigadores y los estudiantes, principalmente, a juzgar por las referencias bibliográficas sobre etnobotánica, antropología médica y medicina tradicional de las últimas tres décadas. Su diversidad es correlativa de los campos que correlacionan a las plantas medicinales con la etnobotánica medicinal, la investigación experimental, la salud y, a todas, con la cultura.

Compuesta en columnas formadas con la tipografía de “una IBM de bolita” y con una buena cantidad de ilustraciones, la revista recogió numerosas co-

laboraciones nacionales y extranjeras. Por sus páginas desfilaron la totalidad de los investigadores del IMEPLAM y, también con colaboraciones originales, del malgache Rakoto Ratsimamanga, los chinos Hu Shih-Lin y Liu Yu-Fang, el egipcio Gamal Mahran, los nigerianos Abayoni Sofowora y O. O. Odebiyi, los guatemaltecos Armando Cáceres y David Sapper, el indio Bawan Dash, el italiano Edilio Pesce, el hondureño Carlos Maldonado y el chileno Eduardo Medina Cárdenas. Reprodujimos una conferencia de Michel Foucault dictada en Río de Janeiro sobre el nacimiento de la clínica, y traducimos la “Introducción a la etnomedicina” de Serge Genest (Université Laval–Canadá), que luego sería multicitada en la literatura etnomédica. En el Vol. II, N° 6, de 1979, apareció “El legado hipocrático latinoamericano: ‘caliente’ y ‘frío’ en la medicina popular contemporánea” de George Foster, seguido de una breve entrevista a Alfredo López Austin, que había polemizado sobre el tema en las páginas de su obra *Cuerpo humano e ideología*.

Esta rememoración no quedaría completa si no mencionáramos a los investigadores mexicanos y mexicanizados que enviaron sus colaboraciones a *Medicina Tradicional*: Carmen Anzures y Bolaños, Isabel Lagarriga Attias, Axel Ramírez, Montserrat Gispert, Scott Robinson, María Flores Olvera, Javier Valdés Gutiérrez, Xorge Domínguez y Xorge A. Domínguez Jr., Eric A. Wolley, Nelly Diego, Jaime Jiménez, Armando Gómez, José M. Quintanilla y Luis García, muchos de ellos entonces jóvenes universitarios que incursionaban en los campos de la biología, la etnobotánica, la química o la odontología.

Pero, a contrapelo del Instituto Médico Nacional del porfiriato y para el escozor de quienes peregrinaban al santuario de la química de síntesis, las publicaciones del IMEPLAM le daban voz a los sin voz: curanderos, hueseros, sobadores, yerberos del campo y de los mercados, campesinos de calzón de manta y amas de casa semi-analfabetas. Alberto Ysunza, del Instituto Nacional de la Nutrición en su “Estudio bioantropológico del tratamiento del susto” (*Estudios de etnobotánica y antropología médica*, IMEPLAM, 1976), descubría no sólo la versión serrana de los supositorios en la medicina tradicional para el tratamiento del susto o espanto (las “pelotillas rectales” los llamó con análogo pudor), sino que mostraba en estos la combinación de plantas que, se había demostrado, eran desparasitantes, tónicas y sedantes.

Valga como ejemplo de la apertura de la revista a materiales no académicos el caso siguiente: El yucateco Dr. A. Ceballos Milán nos hizo llegar una “Relación de veinte plantas medicinales estudiadas por el naturista, Sr. Porfirio Manzanilla, del pueblo de Seyé, Yucatán”, que publicamos, no sin antes apelar, nuevamente, a Lévi-Strauss para hacer patentes nuestras convicciones respecto del saber popular y, de paso, respaldarnos con el discurso del más

importante etnólogo de la segunda mitad del siglo XX: “Para transformar una yerba silvestre en una planta cultivada —decía el autor de *Antropología estructural*—, una bestia salvaje en animal doméstico, para hacer aparecer en la una o en el otro propiedades alimenticias o tecnológicas que, originalmente, estaban por completo ausentes o apenas se podían sospechar, no nos queda la menor duda de que se requirió una actitud mental verdaderamente científica, una curiosidad asidua y perpetuamente despierta...”

Antes del exilio mexicano de 1976, habíamos leído en Córdoba —hablo de Santiago Oberti y de mí, los dos argentinos del IMEPLAM— al Michel Foucault de *Las palabras y las cosas*. Hacia 1981, y a punto de regresar Oberti a la Argentina, conversamos largamente sobre México, la vida, el IMEPLAM y la revista *Medicina Tradicional*, que ya no volvería a publicarse. Recordamos que hacia fines de 1976 él regresó de México a Cuernavaca, donde vivíamos, para anunciarme que había conocido al IMEPLAM y a Xavier Lozoya, con quienes el Instituto de Investigaciones para el Desarrollo del Estado de Morelos (IIDEM), donde Oberti trabajaba, iba en camino de firmar un convenio de colaboración. Pero, lo más importante para el caso, en aquella circunstancia, era que Lozoya le había anunciado la intención de “publicar una revista tercermundista sobre plantas medicinales y medicina tradicional”. Y más importante aún, Oberti le dijo que conocía a alguien que podía escribirla, diseñarla, armarla, publicarla y venderla.

—Zolla, tenés trabajo—, fue más o menos el corolario cuando nos encontramos.

El convenio IMEPLAM-IIDEM nunca se firmó, Oberti entró como farmacólogo al IMEPLAM y yo como secretario de redacción de la revista *Medicina Tradicional*. Al rememorarlo, y quizás levemente mareado de mexicanidad después de un viaje a Nayarit, Santiago fue a mi módica biblioteca y volvió cargando *Las palabras y las cosas* y los nueve números de *Medicina Tradicional*.

—No sé si Xavier o vos se dieron cuenta de lo que hicieron en *Medicina Tradicional*— dijo Oberti con cierta emoción contenida.

A continuación, leyó en el libro de Foucault el hilarante informe de Borges sobre “cierta enciclopedia china donde está escrito que los animales se dividen en (a) pertenecientes al Emperador, (b) embalsamados, (c) amaestrados, (d) lechones, (e) sirenas, (f) fabulosos, (g) perros sueltos, (h) incluidos en esta clasificación, (i) que se agitan como locos, (j) innumerables, (k) dibujados con un pincel finísimo de pelo de camello, (l) etcétera, (m) que acaban de romper un jarrón, (n) que de lejos parecen moscas.”

—*Medicina tradicional* es la enciclopedia china de Borges— dijo Oberti.  
—Y si no, mirá esto: “El Programa de Promoción y Desarrollo de la Medicina Tradicional” de la OMS al lado de “El chamanismo entre los kofanes” de Scott Robinson, una introducción a “El Ayurveda” con “Una guía práctica de recolección botánica”, “Los espiritualistas trinitarios marianos” y los “Efectos del nopal sobre la glucosa sanguínea”, “La homeopatía” del Pelón (Raúl) Ibarra pegada a los mil años de Avicena, la transculturación y la ruda.  
—Y —agregó sonriente el médico argentino— lo que nunca se imaginó Foucault: que ustedes le piratearían una de las Conferencias Río para ponerla junto a doña Modesta Lavana entrando desnuda al temazcal, maravillosamente retratada a color por un fotógrafo daltónico: Adalberto Ríos Szalay.



Unidad de Investigación en Medicina Tradicional y Herbolaria del IMSS.  
Luz Saviñón 214, 1979.

Juan Raúl Camacho, Ezra Bejar, Héctor Mesa; Jesús Campos; Marco A. Chávez, Rafael Ibáñez y (?). Abigail Aguilar, Virginia Mellado, (?), Mariana Meckes, Guadalupe Robles y Alma Gómez. Xavier Lozoya, Ricardo Hernández Murillo, Miguel Martínez, Carlos Zolla.

## 2. La transición

Desaparecido legalmente el IMEPLAM, el 31 de diciembre de 1980, al convertirse en Unidad de Investigación en Medicina Tradicional y Herbolaria (UMTH) del IMSS, conservada la mayor parte del personal de investigación, administración y servicios, consolidado el proyecto de seguir operando con el grupo de información etnobotánica y el de investigación experimental, intactos los equipos y el instrumental, el herbario de plantas medicinales y la biblioteca en las mismas instalaciones de Luz Saviñón y Patricio Sáenz, es legítimo preguntarse hoy: ¿Cuándo terminó su vida el IMEPLAM? A *contrario sensu* de lo que suele decirse: “Los hombres pasan, las instituciones quedan”, en este proceso quedaron no sólo los componentes principales, humanos y materiales, sino que en buena medida el cambio puede ser interpretado como una ratificación, una expansión y una consolidación del proyecto original de los miembros del IMEPLAM. Por ello, el balance a poco más de tres décadas exige, al menos, una respuesta matizada, considerando que existieron, efectiva y objetivamente, un acta de defunción y una partida de nacimiento.

Vista desde el IMSS, la cronología se refiere puntualmente a la “creación de la UMTH”: nueva nomenclatura, apertura académica, orgánica y presupuestal, acogida cautelosa a una temática cargada de tradición e interrogantes, un signo de la amplitud de miras del gran IMSS con el pequeñito y juvenil grupo del IMEPLAM; en fin, nuevas reglas del juego al interior de la que era entonces la más poderosa estructura de salud y seguridad social del país. Institución rica —sobre todo si se la compara con otras de México y numerosas de América Latina—, el IMSS era mucho más que un moderno servicio médico porque su arco de acción institucional incluía desde su liderazgo en el CIESS (el Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social, que no pocos críticos han considerado innecesario y de escaso beneficio para el país), hasta los teatros y los Centros de Seguridad Social para el Bienestar Familiar, además de los deportivos y vacacionales. Pero, han señalado las voces más críticas de la evolución de los sistemas de salud que, la gran creación del presidente Ávila Camacho en un México que marchaba al “desarrollo estabilizador”, no haya seguido el rumbo de los países europeos o de Canadá para expandir a toda la población el sistema de la seguridad social. De haberlo hecho, habría hoy menos desigualdad y se podría haber prescindido del subsidio a organismos asistenciales, caritativos y clientelares, de parches millonarios e ineficientes, al parejo de los recurrentes programas de combate a la pobreza. Gregorio Martínez Narváez, en su extenso análisis de *Un sistema en busca de salud*



El grupo de la UMTH, en Xochitepec, Morelos. 1988.

Gerardo Melesio, Mariana Meckes, Xavier Lozoya, Jaime Tortoriello, Miguel Martínez, Víctor Navarro, Gabriela Rojas, Daniel Alonso, José Luis González, José Servín, Ireneo Gaspar, Alicia Pérez, Carla Nuñez, Teresa Izquierdo, Lidia Osuna, Josefina Muñoz, Maritza Zurita, Patricia Sotelo, Yolanda Galindo, Irma, Martita, María Luisa Villarreal

remata esta idea al afirmar: “De haber tenido mayor claridad y conocimiento, no se hubiera manifestado la menor necesidad del IMSS-Coplamar/Solidaridad/Oportunidades, ni tampoco del Seguro Popular casi anacrónico. El gasto de la Secretaría de Salubridad y Asistencia podría haberse reducido para sostener a una entidad de dimensiones razonables, sólo para ejercer la vigilancia, la investigación y la conducción de una política sanitaria nacional, como sucede en los países avanzados.”

No obstante lo anterior, producto también de una visión retrospectiva, en el horizonte de las hipótesis, los proyectos y las acciones que “el grupo de Lozoya” había forjado parecían confirmar la idea del carácter excepcional de México entre las naciones del Tercer Mundo, por su poderosa cultura, su enorme potencial biodiverso (que, naturalmente, incluía de manera destacada a la abundante flora medicinal) y la existencia de un Estado en el que encarnaba hegelianamente el Espíritu Objetivo, fruto de una Revolución que lo hacía constructor de nuevas élites, pero sensible a las aspiraciones populares y a las contradicciones que la realidad le enrostraba. Un Estado que era capaz de resistir las presiones estadounidenses al solidarizarse con Cuba y condenar el creciente y perverso bloqueo a la isla, que acusaba públicamente a la dictadura pinochetista en Chile y, en ese entonces, con un presidente como López Portillo que —aunque exaltaba su progenie española y peregrinaba a Caparrosa para sorpresa y cierto regusto de argentinos, chilenos y uruguayos de izquierda que encontraban cabida en el exilio— citaba a Hegel y a la lucha de clases frente al monumento a los Niños Héroe en Chapultepec. No obstante, un Estado —decían los críticos que melancólicamente recibían becas del gobierno en turno— con una *intelligentsia* omnímoda y perversa, un ogro filantrópico capaz de mirarte a los ojos francamente, darte un abrazo o una palmada y decirte en clave: No te mato, te copto.

De ahí a sustentar la no homogeneidad de las instituciones mexicanas había sólo un paso. Y lo dimos, convencidos de que, como entre los aztecas, la muerte (del IMEPLAM) era sólo un paso hacia otra vida. ¿Por qué no aspirar, como en el mural de Tepantitla, en Teotihuacán, al destino de los muertos por el rayo o la hidropesía que transitaban hacia los dominios del paraíso del dios Tláloc? Las pinturas de Tepantitla, que no pocas veces contemplamos y analizamos buscando identificar las plantas curativas y los hongos ‘enteógenos’ que allí se ilustran, anuncian la llegada al verdadero reino de las aguas al reverdecir la vara que cada muerto portaba. México nos parecía una tierra de símbolos y, por ello, de misterios cuya clave había que descifrar y nos ofrecía la madre protectora del IMSS, protegida a su vez por el águila mítica.

Pruebas de lo anterior, aparecían en el horizonte los factores más relevantes para dar continuidad a las ideas del IMEPLAM en el nuevo escenario de la UMTH del IMSS: el primero, la perspectiva de desarrollo de las investigaciones en medicina tradicional y herbolaria medicinal en el seno de la institución y, ahora sí, la posibilidad de concretar la secuencia botánica/etnobotánica/fitoquímica/farmacología/toxicología/clínica. Itinerario que llevaría del conocimiento y uso milenarios de los vegetales medicinales a la formulación de medicamentos herbolarios, científicamente probados, y a su uso terapéutico en los pacientes de las unidades clínicas. De paso, la dignificación de los saberes ancestrales, la entrada oficial de las otras culturas médicas al escenario de la alopátia más moderna, la conciliación del temazcal y la resonancia magnética nuclear, la demostración palpable y contundente de que existían racionalidades múltiples, interculturalidades, cobijando las vocaciones de nacionalidad bajo los poderosos murales de David Alfaro Siqueiros, oficialmente perturbadores en las paredes del IMSS. El segundo factor se inauguraba en la asociación con el nuevo brazo que se había establecido bajo la política de “la Solidaridad Social” al crearse el Programa IMSS-Coplamar de Solidaridad por Cooperación Comunitaria. El vituperio post-sexenal a la labor del gobierno de José López Portillo ha nublado el esfuerzo humano, técnico, económico y logístico del más importante programa de extensión de cobertura médica del siglo XX mexicano: 3,025 Unidades Médicas Rurales (UMR) y 60 Hospitales Rurales “S” construidos y puestos a operar en todo el país en apenas tres años, desde 1979 a 1981, para la atención a la población caracterizada, con buenas razones, como “marginada”. Casi mil de estas UMR se instalaron en localidades con presencia mayoritaria de población indígena. Las cifras aquí son elocuentes: 321 en Chiapas e igual número en Oaxaca, los estados más indios del país. La “cooperación comunitaria” se hizo realidad en pueblos, parajes y rancherías (ya fueran sedes de las UMR o periferias del área de influencia de éstas), por la participación activa de la población que transportaba, por brechas o senderos indios, sacos de cemento, láminas para los techos, marcos y puertas, camillas o medicamentos y que incluía a zapotecos y mixtecos, tzeltales y tzotziles, triquis y mixes, tojolabales y choles, nahuas y otomíes, huastecos y tarahumaras, huicholes, tepehuanos...

En cualquier caso, la transición al IMSS no fue vivida como un duelo, no sólo porque se aseguraba la fuente de trabajo —lo que no es poco decir—, sino como la posibilidad de poder establecer nuevas relaciones que acercaban el trabajo del IMEPLAM-UMTH al de los servicios médicos y a las estructuras del sistema de salud.

El vínculo con el IMSS-Coplamar fue decisivo en la orientación de una de las líneas fundamentales que el IMEPLAM había concebido: el reconocimiento de la medicina tradicional, el desarrollo de sus recursos terapéuticos y de su función técnica y cultural que asistía a millones de mexicanos. Contribuyó también a este acercamiento el carácter pionero —visto ya como heroico, ya como marginal— del nuevo esquema de atención a la población abierta del IMSS. No es ocioso recordar que la “solidaridad social” debía competir con la “seguridad social”, y que no era lo mismo estar inserto en “el régimen ordinario” que instalarse en las siberias del Mezquital, de los Altos de Chiapas o de la Montaña de Guerrero con los “solidario-habientes”:

“Preparados para soñar con Houston, cargando una radio *bip bip* y emulando al Doctor Kildare —decía Lozoya— a los pasantes los mandan a las Albarradas de Oaxaca, a contar los días que faltan en el calendario del servicio social.”

Y es que, como en toda epopeya, el moderno héroe de la UNAM, de la UAM o de la Universidad Veracruzana, el pasante de la UMR, un casi médico (la distancia con el médico titulado no era baladí), bilingüe de español y español, podía volverse gris como el paisaje, al enfrentar cada día a la población más carenciada y pauperizada del país con recursos mínimos. También podía enloquecer afirmando que ya había hablado por teléfono con Arsenio Farrell (el Director del IMSS) para que lo trasladaran a México desde un paraje chiapaneco que no tenía electricidad ni agua entubada. Pero también podía convertirse en la joya más preciada de la comunidad, enamorarse de la auxiliar de área médica (en español corriente, la enfermera), emborracharse a escondidas o caminar tres horas para treparse a un camión de redilas para después tomar un taxi Maverick para llegar a San Cristóbal de las Casas a escuchar en un cafecito airoso y no gubernamental a una gringa que alguna vez había cantado en los ensayos del mismo college en donde estudió Bob Dylan.

Los primeros contactos oficiales entre la UMTH y el IMSS-Coplamar se dieron hacia el final de 1981 y comenzaron a definirse los mecanismos aplicados de cooperación, primeramente en 1982 específicamente para Chiapas, como un banco de prueba para proyectos posteriores de alcance nacional. El panorama de la medicina tradicional indígena de Chiapas en relación a las políticas, programas y proyectos gubernamentales ha sido puntualmente estudiado por Graciela Freyermuth Enciso. Desde las labores pioneras de las misioneras de la Iglesia Presbiteriana (1944), y los médicos, enfermeros y promotores del Instituto Nacional Indigenista (INI) de Gonzalo Aguirre Beltrán (1951) hasta los primeros años de la década de los 90. Esta investigadora del CIESAS, al referirse a nuestro “Programa de Interrelación de la Medicina Tradicional” señaló explícitamente:

Se trata del proyecto en medicina tradicional de mayor envergadura realizado en el país y a cuyo nacimiento contribuyeron dos hechos: la creación del IMSS-Coplamar y la inclusión, dentro del IMSS, de la Unidad de Medicina Tradicional y Herbolaria (UMTH), fundada con el personal del IMEPLAM.

A comienzos de 1982, Lozoya se reunió en varias ocasiones con el mayor Javier Rueda Velázquez y con el Dr. Arnulfo Ramos Figueroa, director y coordinador médico del IMSS-Coplamar, respectivamente. A Rueda se le atribuían méritos por su capacidad para estructurar la compleja logística del programa; Ramos, un veracruzano, moreno, pequeño y regordete, cálido con los pasantes y un poco déspota con secretarías y administrativos, dio argumentos inmediatos de la función que, a su juicio, le cabía a la flamante UMTH en tierra de indios. Reconocía el perfil peculiar de la Unidad y definía, con rapidez y pragmatismo, las tareas que le corresponderían a cada cual, en esta asociación de antropólogos y doctores. “Ustedes saben de eso. A mí me importa poco si los indígenas creen que el mundo está sobre una tortuga, con tal de que me dejen vacunar a los niños”, le oímos decir en nuestra primera excursión chiapaneca a Huixtán. Rápidamente, también, entendimos que, para Ramos, “eso” era la cultura y la cosmovisión indígenas, las ideas sobre el ‘mal de ojo’ o la ‘pérdida del ch’ulel’, las ‘limpias’ y las ‘muinas’, el toronjil y el epazote. De “eso” nos ocuparíamos nosotros.

Con la llegada de la Dra. Georgina Velázquez a la dirección médica, del programa IMSS-Coplamar, la relación mejoró, porque ella se convirtió en nuestro interlocutor más directo, sensible e inteligente, en sus oficinas de la colonia de los Doctores, cuartel general del Programa en la ciudad de México. Alguna vez, con sorna, Georgina nos relató la siguiente anécdota para aleccionarnos sobre la terra incognita a la que mandaba a “sus muchachos”, como llamaba a los jóvenes pasantes:

Un pasante recibió el telegrama en donde se le comunicaba su asignación a una unidad del programa IMSS-Coplamar. Algún idiota escribió que debía presentarse en las oficinas centrales para llenar la documentación y hacerse cargo de la UMR N° X en Cancún, Chiapas. El pasante al hacer su maleta agregó *snorkel*, visor y aletas. Al ir a las oficinas descubrió que lo mandaban a San Juan Cancuc, Chiapas, donde la falta de agua es responsable del tracoma de los tzeltales.

Y fue precisamente con ella y el doctor Ramos Figueroa con quien se acordó la base de lo que sería el Programa de Interrelación de la Medicina Tradicional con el IMSS-Coplamar (en algunos documentos posteriores se reemplazó “el

IMSS-Coplamar” por “la medicina institucional”). Se convino en que Chiapas sería el escenario de una primera etapa prevista para el bienio 1982-1983; se estimó también —a la luz de los resultados de la experiencia chiapaneca— la posibilidad de ampliarlo después a nivel nacional en 1984-1985 y, finalmente, una tercera etapa, de consolidación, de 1985 a 1987.

Vale la pena detenerse en la rememoración del primer periodo. ¿Por qué Chiapas y no algún otro estado más cercano a la capital del país donde, al fin y al cabo, estaba la sede del IMSS-Coplamar? Las razones, hoy, parecen obvias. No lo fueron entonces, pues en medio de las vacilaciones y las negociaciones que, entre otras cosas, suponía admitir que nuestra pequeña y recién nacida Unidad de Investigación influyera en un organismo que movilizaba a casi diez mil trabajadores entre médicos, asesores, supervisores, enfermeras de base y de sustitución, choferes (polivalentes, se denominó a ese singular personal que verificaba las instalaciones de agua y electricidad, y en general el buen funcionamiento de la infraestructura de servicios en los más remotos sitios), administrativos y directivos. Y esto sin contar los comités comunitarios que se creaban en estrecha relación —al menos eso se decía, proyectaba y deseaba— con el plan de trabajo de la cooperación comunitaria.

Chiapas poseía poco más del 10% del total de las UMR del país, lo que permitiría una cobertura importante al momento de aplicar encuestas y proponer las modalidades de vinculación de los médicos con los curanderos, parteras, hierberos, hueseros o rezadores de los cerros quienes, a partir de entonces, serían llamados “terapeutas tradicionales”. En otras palabras, ofrecía la posibilidad de pasar de “los estudios de caso”, de las etnografías limitadas a una etnia, un grupo de comunidades, incluso de un terapeuta o un “síndrome de filiación cultural” (término también inventado por nosotros), a obtener un registro de mucho mayor peso cuantitativo, cubriendo si no todo el Estado, al menos trescientos veintiún sitios y sus áreas de influencia. Por otra parte, la existencia, vigencia y función de la medicina tradicional indígena estaba suficientemente respaldada en las miles de páginas de la antropología (el *Harvard-Chiapas Project* era ya legendario), la antropología médica y la etnobotánica; también por el hecho de que las iglesias y denominaciones religiosas la reconocían, toleraban o combatían, en los más remotos pueblos y los mercados con sus puestos de plantas medicinales eran ancestrales. En fin, en los testimonios orales de miles de hombres y mujeres que comenzaban, de manera creciente, a tomar contacto con los servicios médicos institucionales del IMSS que habían aparecido en el campo de la noche a la mañana. Finalmente, porque Chiapas era también el escenario del primer experimento de los Centros Coordinadores del indigenismo de Estado, al frente del cual estuvo, ni más ni menos,

Gonzalo Aguirre Beltrán; era el ámbito que sirvió de referente para la teoría de los regiones interculturales de refugio, con su ciudad primada mestiza (San Cristóbal de las Casas), su *hinterland* y las comunidades de tzotziles, tzeltales, choles, tojolabales o zoques en su muy diversa periferia. Emblemático desde el título, el libro de Aguirre Beltrán *Programas de salud en la situación intercultural*, que el INI había publicado en 1955, ratificaba todo lo anterior. En el “Prólogo a la primera reimpresión” el ilustre tlacotalpeño escribió:

Los Programas de Salud, que hoy reimprime el IMSS, reseñan y norman proyectos piloto que tuvieron vigencia al fundarse los Centros Coordinadores del Instituto Nacional Indigenista en varias de las regiones interculturales de refugio del país. En ocasión del Convenio IMSS-Coplamar las actividades sanitarias y asistenciales adquieren amplitud nacional y penetran en zonas rurales donde la medicina institucionalizada tenía escasa participación. Esta afortunada circunstancia otorga nueva vigencia a una obra que fue publicada hace veinticinco años (México, 1980).

Es decir, en 1980, al unísono de la puesta en marcha de la solidaridad social, el área editorial del IMSS publicaba uno de los libros más representativos de las ideas del indigenismo en el campo de la salud en México.



### 3. La medicina invisible

Entonces apareció nuestro libro *La medicina invisible. Introducción al estudio de la medicina tradicional de México* (Lozoya y Zolla, Folios Ediciones, 1983) fue publicado hace poco más de treinta años, y tuvo tres ediciones entre 1983 y 1986. El hecho de estar integrado en el catálogo de la ya desaparecida editorial nos permitía compartir cartel con Carl Schmitt, Louis Althusser y Juan José Saer. Era una colección, diseñada por Federico Ortiz Quezada denominada “El hombre y la salud”, cuyo volumen antológico se codeaba con *Vida y muerte del mexicano* del propio Federico Ortiz Quesada y con *Capitalismo y enfermedad* de Raúl Rojas Soriano. La cuarta de forros sentenciaba:

Tan sólo unos años atrás hubiera sido imposible imaginar a los médicos interesándose por el estudio de la actividad y conocimiento de los curanderos, los yerberos, los graniceros y demás ‘especialistas’ de la llamada medicina tradicional. Sin embargo, hoy se presenta como una necesidad inaplazable conocer con precisión la función social y médica que cumplen estos trabajadores de la salud, en quienes se apoya el porcentaje mayoritario de la población mexicana para resolver —o intentar resolver— sus apremiantes necesidades de salud.

No sabemos quién escribió lo anterior, pero a la distancia de largas décadas llaman la atención también tres cuestiones: las referencias a “la llamada medicina tradicional” y al “porcentaje mayoritario de la población mexicana”, así como la ausencia total de alusión al tema que nosotros veíamos como central: la invisibilidad de la medicina tradicional.

Lo de “la llamada medicina tradicional” suena a Eduardo Menéndez (autor de uno de los trabajos que incluyó nuestro libro), públicamente desconfiado de la tradicionalidad de la medicina tradicional. Con Ernesto de Martino bajo el brazo (otro invisible en la antropología médica mexicana), Menéndez demostraba en su largo estudio sobre Yucatán, entre otras cosas, lo que para nosotros resultaba una evidencia del dinamismo de las tradiciones. Georges Balandier —a quien cité puntualmente en mi artículo sobre la noción de recurso para la salud, del mismo volumen— nos proveía de parque, de múltiples ejemplos africanos y, de paso, de un respaldo a las teorías de la descolonización en el Tercer Mundo. De otro lado estaba, como suele suceder, la disputa de los nombres y de los conceptos: medicina tradicional, indígena, natural, informal, herbolaria, paralela (en el INI de aquellos años), folk, popular, sistemas no formales, empírica... en la larga fila de las denominaciones y las connotaciones.



Trabajo de campo realizado con el IMSS-Coplamar.

La OMS —esa “vieja sin dientes”, decía un amigo— vino a zanjar la cuestión al consagrar medicina tradicional para ese conjunto “multiforme y heteróclito”, como decía Saussure al hablar de la lengua.

Lo de la “invisibilidad” tiene una historia para la estadística médica y una anécdota para lo que hoy se llama “el diálogo de saberes”. El trabajo de campo de etno-botánicos y antropólogos, principalmente, pero también las propias confesiones marginales de las estadísticas de salud sobre la falta de cobertura de los servicios médicos a amplias capas de la población, volvían consistente la opinión de la presencia de ¿cientos, miles? de curadores indígenas, terapeutas tradicionales o populares en el campo y, por la nueva información que comenzaba a generarse, también en las ciudades y sus conurbados. El propio Jesús Kumate —más tarde Secretario de Salud en el gobierno del presidente Salinas de Gortari— reconocía en 1978 con cierta ingenuidad: “En las áreas rurales de México los distintos tipos de curanderos son consultados con más frecuencia que los médicos”.

¿Cuánto más, teniendo en cuenta que por entonces la población de las “áreas rurales” era de aproximadamente 35 millones de habitantes? ¿Y para qué tipo de padecimientos o causas de demanda de atención? Exclusión, negación o ausencia, comenzaba a ser claro para nosotros que por ahí anidaba la invisibilidad a la que hacíamos referencia.

Basándonos en las propias cifras proporcionadas por el Gobierno Federal mostrábamos que en la estadística de partos atendidos y su relación con los nacimientos registrados por entidad federativa de 1971, Oaxaca registraba el 6.8% de atención, Chiapas el 8.8%, Tabasco el 9.5%, Quintana Roo el 12.9%, Guerrero el 14.1%. En estados con altos porcentajes de población indígena y campesina no indígena, las parteras eran el sostén fundamental e invisible de la obstetricia, desde el embarazo hasta el puerperio. Pero la estadística de salud confinaba también al reino de la invisibilidad a los servicios de la medicina privada y familiar. Al mismo tiempo, México era firmante de la Declaración de Alma-Ata sobre Atención Primaria de Salud que concedía un lugar relevante a los llamados “recursos locales para la salud”. La discusión conceptual, como lo prueban varios de los trabajos recogidos en *La medicina invisible*, pasaba aquí por la noción de “parto atendido por personal profesional”, no importando si el pasante en Servicio Social carecía de la experiencia necesaria y si la “partera empírica” sumaba por centenas los nacimientos bajo su cuidado. Más aún, en el vocabulario médico, el término “empírico” equivalía a no-científico, y todavía en 2012 el Secretario de Salud de Durango inauguró un Curso Taller para Parteras Empíricas, independientemente de que en la misma reunión se informara que en el país estaban registradas “27,000 parteras tradicionales”.

Resultado de los complejos mecanismos de exclusión/inclusión que el modelo médico dominante ha venido ejerciendo respecto de los recursos locales para la salud, vale quizás una salvedad que refleja una suerte de “invisibilidad diferencial”. Identificada por sus habilidades y su empirismo, la partera tradicional mexicana ha sido captada como “personal técnico”, lo que en los hechos significa no totalmente contaminada por la cosmovisión, la ideología y los conceptos de la medicina tradicional. De allí que fuera posible su “capacitación” (partera capacitada pasó a ser el nombre con que se la rebautizó) por parte de los médicos jóvenes, los pasantes en servicio social o las enfermeras de unidades médicas rurales y centros de salud. Nada semejante se ejerció con curanderos, rezanderos, hueseros, graniceros o ensalmadores ni, mucho menos, con los agentes del temido “shamanismo” mexicano que recurrían a psicotrópicos y mecanismos de eficacia simbólica (adivinación, limpias y mandas, ofrendas a los señores de la Tierra y otros rituales de sanación). Prácticamente hasta la creación del Programa de Interrelación de la Medicina Tradicional con el IMSS-Coplamar no se había intentado cuantificar y clasificar a estos miles de terapeutas tradicionales del país. Aquí la invisibilidad era completa.

¿Qué trataba de mostrar nuestro libro, para el que elegimos el subtítulo de *Introducción al estudio de la Medicina Tradicional de México*? El hecho de que fuera concebido en el IMEPLAM nos alertaba al menos sobre tres cuestiones: en primer lugar, la necesidad de mostrar la complejidad, diversidad e importancia social, técnica y cultural de la medicina tradicional, apelando a un conjunto de trabajos ajenos y propios que nos parecían relevantes, escogidos de un amplio repertorio de producción escrita (la *Bibliografía de la Medicina Tradicional Mexicana* de Axel Ramírez, publicada por el IMEPLAM en 1978 contenía 500 referencias, fundamentalmente del campo de las ciencias biológicas y sociales), y que iban desde reflexiones teóricas y metodológicas sobre cultura, salud y enfermedad, hasta temas específicos que mostraban que la medicina tradicional era mucho más que plantas medicinales, que herbolaria medicinal (aunque la contuvieran como su recurso más abundante, conocido, empleado y accesible): los recursos humanos, la medicina tradicional en la ciudad, la polémica sobre la dualidad frío-calor, los llamados Síndromes de Filiación Cultural (aire, susto, mal de ojo, envidia y brujería), el ciclo de vida, la función del temazcal y la hidroterapia tradicional, la medicina tradicional de los negros de la Costa Chica de Guerrero, alguna vez estudiados por Aguirre Beltrán en Cuajinicuilapa (Cuijla) y, naturalmente, la herbolaria medicinal en México; en segundo lugar, la certeza de que el IMEPLAM instauraba un modelo de interrelación a su interior al convocar a fitoquímicos, farmacólogos, médicos y toxicólogos, biólogos, etnobotánicos, antropólogos y etnohistoriadores, como grupo

interdisciplinario que, a su vez, debía trabajar en un contexto multifactorial (el de la salud y sus determinantes) y en otro contexto aún mayor, en el de la cultura de los mexicanos.

La anécdota a recuperar está referida a la elección del título del libro. Lozoya y yo habíamos concluido la selección de artículos y logramos ponernos de acuerdo en que el volumen se llamara *La medicina invisible*. Fue entonces que un apreciado colega terció en la discusión para objetarlo. El título le parecía oportunista, válido quizás para un best seller y, para colmo, con un adjetivo que lo emparentaba al esoterismo, al ocultismo. Compartía el subtítulo (*Introducción al estudio de la medicina tradicional de México*), pero recusaba la idea de la invisibilidad, ante un fenómeno que resultaba evidente a los ojos de millones de usuarios, de la OMS y de no pocos científicos. Además, hacer de la “medicina invisible” el objeto central de nuestras investigaciones era darle argumentos a quienes veían al IMEPLAM como el resultado de una ocurrencia presidencial, legitimadora de las creencias de brujos y curanderos, pseudo-científica, en suma. Con este planteo y quizás una cuota de resignación ante nuestra inmutable decisión, nuestro colega la aceptó pero sin convencerse.

El episodio vale también para asociarlo a otros, de los cuales hemos sido testigos o partícipes durante muchos años. El 12 de octubre de 2004, el rector de la UNAM, Juan Ramón de la Fuente, recibió a 25 líderes indígenas del continente, redactores y firmantes de La Declaración de Tepoztlán, entre los que destacaban la guatemalteca y Premio Nobel Rigoberta Menchú, la miskito nicaragüense Myrna Cunningham, el brasileño Marcos Terena, el ecuatoriano Luis Macas, el aymara y exvicepresidente de Bolivia Víctor Hugo Cárdenas... en una reunión ampliada en Ciudad Universitaria, organizada por José del Val y el naciente Programa Universitario México, Nación Multicultural (PUMC-UNAM). Los indígenas y el rector firmaron el Pacto del Pedregal en el que destacaba la realización, por la UNAM, de la Evaluación del Decenio Internacional de los Pueblos Indígenas del Mundo 1995-2004 (“en el que las realizaciones estuvieron muy por debajo de las expectativas”) y la elaboración de indicadores sobre bienestar y desarrollo culturalmente adecuados.

Estando yo, para entonces, recién ingresado al PUMC me tocó coordinar ambas tareas, cuyos resultados se presentaron en el Foro Permanente para las Cuestiones Indígenas, en la sede de la ONU en Nueva York. Un punto central de los reclamos indígenas fue, precisamente, el combate a la invisibilidad de las poblaciones originarias en las encuestas demográficas —al etnocidio estadístico, escribió alguna vez Rodolfo Stavenhagen—, a la invisibilidad de las culturas, de los aportes al desarrollo, de los derechos humanos, del trabajo y el empleo, de las remesas monetarias indígenas desde los Estados Unidos

o Canadá a los países de origen, de los saberes ancestrales y (significativa constante en declaraciones, proclamas, proyectos para “el buen vivir”) de la Medicina Tradicional y de la herbolaria medicinal. Habían transcurrido veinte años de nuestros trabajos en Chiapas.

Con no poca ironía, Luis Macas, antropólogo, lingüista y doctor en jurisprudencia, quechua de Ecuador, me comentó en los pasillos de alguna reunión internacional que el Pentágono norteamericano estaba apoyando investigaciones de prestigiosas universidades y corporaciones, para desarrollar “meta-materiales para la invisibilidad”, con fines bélicos. Con precisión de etnógrafo, Macas citó los nombres de universidades norteamericanas y japonesas, y del Imperial College de Londres que recibían millones de apoyo a sus proyectos, para después reírse de Wikipedia que, comentó socarrón, decía que la invisibilidad era un fenómeno que sólo podía observarse en la naturaleza, hasta la llegada de los meta-materiales.

—Se ve que estos compas nunca han consultado los censos y las encuestas de población o de salud, al sur del Bravo —agregó—. Consigamos una bequita para explicarles que tu gobierno y el mío nos hacen invisibles todo el tiempo, sin tanto subsidio ni “esponsor”, y a dólar diario.

Basta una mirada a los congresos de antropología, etnobiología o educación comunitaria para comprobar el desplazamiento de la invisibilidad indígena al escenario del “diálogo de saberes”. Con excepciones no desdeñables, está instalado ahí una suerte de multiculturalismo despolitizado, en el que el lenguaje y las técnicas pedagógicas para dialogar con el Otro (indígena) van desde una jerga con remembranzas Foucault, Rancière, Morin, Viveiros de Castro o Zizek (“dispositivos”, “semántica de los hechos”, “bajo metabolismo del volumen de información”, “ontologías”) hasta sesudas conclusiones como la de que:

El proceso educativo o de investigación comunitaria se tensiona cuando el grupo, después de una lectura de fotos, elaboración y comentario de relatos, pintura de murales, o construcción de mapas y colchas de retazos, empieza a indagar por los significados y a ganar en reflexividad sobre las formas como los construyen y consensan.

¡Uta! ¿Y quién no, después de este salto epistemológico desde el bricolaje levistraussiano hasta el *patchwork* multicultural?

Bueno, ironías aparte y a la distancia de treinta años, el IMEPLAM planteó —sin que se diera este nombre, hoy obligatorio— otras modalidades del

diálogo de saberes. Y ello porque no ubicó solamente la interacción con el Otro (indígena, curandero, hierbero, rezandero, ama de casa, partera), sino con varios otros, comenzando por casa, como se dice de la caridad bien entendida.

En efecto, uno de los desafíos no menores que estuvieron en la génesis del instituto tenía que ver con los acuerdos posibles, teóricos y prácticos, entre nosotros mismos, el equipo de químicos, farmacólogos, toxicólogos o médicos, de un lado, y el de biólogos, etno-botánicos, antropólogos o etno-historiadores, por otro, a propósito del objeto mismo de nuestra investigación. Ése fue, no sólo en el orden del método, el primer diálogo de saberes al interior del IMEPLAM. La comprensión de un dato que surgía de la *Historia Natural* de Francisco Hernández, de las palabras del curandero, del herbario de Abigail Aguilar o del espectro de la resonancia magnética nuclear; todo exigía un orden dialogante, convergente, en el que nada estaba dado de antemano, salvo la necesidad de la exploración y la convicción de que las singularidades disciplinarias debían articularse en las pluralidades de la colaboración colectiva. En esta primera instancia, el Otro no era —para el antropólogo o el etnobotánico del IMEPLAM— el nahua o el totonaco de la Sierra Norte de Puebla, sino el compañero que manipulaba rotavapores o polígrafos, que descubría terpenos o alcaloides, responsables de los efectos de una planta, el zoapatle (*Montanoa tomentosa*), en la motilidad de la musculatura lisa del útero de la rata o del cobayo.

Teórica, empírica o intuitivamente respaldados, partíamos de la convicción de que no estábamos enfrentados a dos conjuntos homogéneos en referencia a los cuales debíamos trabajar: la medicina científica y la medicina tradicional. Suponer la canónica homogeneidad de la “medicina occidental” era ignorar o desdeñar que, en su interior, se han sucedido disputas entre teorías, corrientes y orientaciones médicas diversas, cuando no irreconciliables, aunque el modelo de la biomedicina haya sido, y siga siendo aún, hegemónico. Se llamaran Carlos Viesca, Xavier Lozoya o Xavier Velázquez, médicos los tres, su disposición a interactuar con el saber de los curanderos era infrecuente, pero no exclusivo, lo que probaba que al interior del modelo médico hegemónico había fracturas y disensos, y una disposición diferenciada hacia el objeto de la investigación, la herbolaria de la medicina tradicional de México y el mundo. Y ello era un aviso hacia el exterior, en donde encontrábamos opositores y aliados potenciales, nunca indiferentes.

Por diversas razones, la discusión con aquel colega sobre la medicina “invisible” encontraba su función y su sentido —dirían los antropólogos— en ese contexto que hoy denominaríamos del diálogo de saberes. De un lado, la certeza de que debíamos evidenciar la existencia de la medicina tradicional y

los mecanismos institucionales que la invisibilizaban; de otro, la posible erosión de la cientificidad que buscábamos. En ambos, la conciencia de que debíamos transitar por un campo minado, de una gran complejidad no sólo científica sino también ideológica. Nuestra participación en el diseño del Programa de Interrelación de la Medicina Tradicional con el IMSS-Coplamar (al que aludimos antes) fue también la búsqueda de una terminología para ese orden dialogante: “interrelación” disputaba el sentido y el efecto a “integración”, “incorporación”, “combinación”, cuestiones que habían quitado el sueño a más de un indigenista mexicano.

Y estas discusiones, reflexiones, interacciones que no sólo definían un lenguaje sino un estilo de trabajo, le fueron dando al IMEPLAM un perfil singular que quizás, visto a la distancia de varias décadas, nadie definió mejor, sin proponérselo, que Jorge Alberto Lozoya en una de sus espaciadas y excepcionales visitas a la sede de IMEPLAM, quizás hacia el 1984. Apareció un día cargando noticias, interpretaciones del mundo y un ejemplar del último libro de Francisco Guerra sobre los manuscritos de Gregorio López (s. XVI) encontrados en el Archivo Segredo Vaticano, del cual yo fui el beneficiario final. Con esos códigos que sólo la fraternidad genera y comprende, Xavier le narró a su hermano la conversión del IMEPLAM en Unidad de Investigación Biomédica en Medicina Tradicional y Herbolaria del Instituto Mexicano del Seguro Social.

—Hasta el nombre asusta—, dijo más o menos el embajador Lozoya.

—UMTH es, además, impronunciable— comentó Xavier.

Luego discurrió sobre la transformación, los riesgos y ventajas, las posibilidades de mantener o no los principios basales del IMEPLAM, la desconfiada acogida del establishment médico a “los yerberos de Lozoya”.

En las pausas, casi podía escucharse el ruido de la sinapsis del cerebro de Jorge Alberto, las descargas químicas entre un —Mmn, mmm— y otro. Al final, didácticamente, nos aleccionó:

—Lo que ocurre es que ustedes participan de la Conspiración de Acuario, les guste o no. Y sospecho que sí. En la Conspiración de Acuario ustedes fueron y quieren seguir siendo en el Seguro Social lo que se llama una “inorganización institucional”. No se extrañen que los vean siempre como conspiradores de adentro. Y es bueno que lo sepan.

Hago una pausa para aludir a otro perfil de la invisibilidad: Hemos salido —el médico Ricardo Hernández y yo— de San Cristóbal de las Casas hacia

San Andrés Larráinzar y Simojovel. Quizás es abril de 1984. Diez años antes del estallido zapatista, para mí Larráinzar era sólo el lugar donde volvería a encontrar a Pascual Hernández, curandero tzotzil y uno de los enfermeros seleccionados como “agente de la aculturación dirigida” por Aguirre Beltrán en los Altos de Chiapas. Ricardo Hernández Murillo, “mi” becario del IMSS seguirá viaje hasta Simojovel para entrevistar a unos curanderos con los que investigar causas de demanda de atención de la medicina tradicional de tzeltales y tzotziles, y cuyos resultados recogerá en “El mal de ojo. Un estudio en comunidades indígenas” que incluiríamos más tarde en *La medicina invisible*.

Conocí a Pascual por intermedio de Gonzalo Solís, uno de los médicos del Centro Coordinador Tzeltal-Tzotzil del INI en San Cristóbal, y nos volvimos a ver con cierta frecuencia en las reuniones que el propio Gonzalo promovía para consolidar a la OMIECH, la Organización de Médicos Indígenas del Estado de Chiapas. Pascual Hernández era una autoridad médica y moral indiscutible, de cierta fama en el INI por su relación con William Holland, por su capacidad de gestión para resolver asuntos indígenas ante las autoridades institucionales y por su conocimiento de la medicina tradicional. Es *vox populi* entre los indígenas chiapanecos que Pascual fue el coautor y no sólo el informante del libro de Holland, *Medicina maya en los Altos de Chiapas*. También, que el joven antropólogo de la Universidad de Arizona murió a los 36 años de un ataque cardíaco en las ruinas de Copán, en brazos de Pascual. Era notable el afecto con que éste recordaba a Holland, siempre llamándole Guillermo. Le había prometido visitarlo en su casa cuando regresara a Chiapas.

Al llegar, me informan que Pascual está en la milpa, hacia donde me dirijo. Lo encuentro a la sombra de un árbol, afilando un hacha con una piedra. Nos saludamos, me invita de su pozol y yo le entrego dos regalos: una navaja suiza y un ejemplar de la revista *Medicina Tradicional*, que Pascual hojea, deteniéndose con cierto interés en el fascículo sobre la guayaba. Le hablo de nuestro viaje, de Ricardo que ha seguido con la camioneta hasta Simojovel, de las visitas a la Unidades Médicas Rurales del IMSS-Coplamar. Finalmente abordo el tema que quería analizar con él: el de las jerarquías de los médicos indígenas.

Pascual me escucha mientras retoma el afilado del hacha. Asiente cuando le digo que no ha sido difícil comprobar que los más importantes son los h'iloletik, los curanderos de mayor prestigio, muchos de los cuales han aceptado integrarse a la OMIECH. Menciono a las parteras, los hueseros, los hierberos, los rezadores, los sobadores. Sin embargo, cuando le menciono que en el libro que hicieron con Guillermo Holland ellos hablaron del meh'santo como el que ostenta los más altos poderes de una jerarquía al parecer no pública. Las gentes de las localidades —le comento— me miran con extrañeza cuando pregunto

por el meh'santo; parecen no conocerlo, a menos que no quieran hablar de él con un extraño, dificultad que Holland sorteó por la asociación con Pascual. Sin dejar de afilar el hacha y con cierto tono indiferente, Pascual me dice:

—Hay cosas que no se preguntan, Carlitos, que no se preguntan.

¿Estamos hablando de esa figura que cierta antropología inglesa denomina “el prestigioso protegido”, un tesoro social tan respetado como temido, útil y reverenciado por ser el depósito de la sabiduría sobre el clima, sobre los dioses benefactores o crueles, sobre los montes y las oquedades que guardan el oro y el agua, mitad animal —y no cualquier fiera o pájaro— y mitad hombre, el más poderoso de los hombres, el que posee aquellas plantas que, decía Sahagún, hacen girar el corazón de la gente, el que rivaliza con los dioses por estar él mismo divinizado?

“El shamán —recuerdo que decía Luc de Heusch— es a la vez curandero y mago.”

Regreso a San Cristóbal y de allí a México convencido de que hay otra invisibilidad del mundo indígena, no la de las instituciones gubernamentales sino la que define la cosmovisión y la coacción social comunitaria, la de los parajes y caseríos de Chiapas semi-ocultos por la niebla en la mañana.

En un encuentro más tarde con Solís, me entero de la muerte de Pascual. Enfermo de alcohol y de tristeza por la prematura muerte de su mujer, Pascual ya no es un interlocutor para el diálogo de saberes, el destinatario de la impaciencia del etnógrafo que le pide aclarar el porqué de esa otra invisibilidad voluntaria.



## 4. La hermana incómoda

La mirada retrospectiva a la vida del IMEPLAM, considerada como un acontecimiento del pasado no nos libera, antes al contrario, de formular preguntas básicas que remiten a otras preguntas que cuatro décadas atrás nos planteamos, y a otras que debimos plantearnos y no emergieron, quizás por exigencias de la práctica, quizás porque no estaban contenidas en nuestras hipótesis básicas, en nuestro horizonte epistemológico. Una de ellas, central en esta puesta al día de recuerdos y propósitos explicativos, sea la de volver a interrogarnos acerca de qué entendíamos por “medicina tradicional”. Lozoya ya ha aludido al proceso que llevó a que la denominación fuera consagrada por la OMS y que, en el caso de México, se fuera imponiendo frente a vocablos como medicina indígena, folk, herbolaria, natural, paralela, no convencional, alternativa, no formal, etcétera. Yo la he definido como el sistema de conceptos, creencias, prácticas y recursos materiales y simbólicos destinado a la atención de diversos padecimientos y procesos desequilibrantes, cuyo origen se remonta a las culturas prehispánicas, pero que, como toda institución social, ha variado en el curso de los siglos, influida por otras culturas médicas (española, africana, moderna), por los cambios en el perfil epidemiológico de las poblaciones y por factores no médicos de diversa índole (económicos, ecológicos, políticos, religiosos). Constituye un recurso fundamental para la atención a la salud de millones de mexicanos y es ejercida por terapeutas conocidos popularmente en español como curanderos, parteras, hueseros, hierberos, rezanderos, sobadores o graniceros, y en las lenguas indígenas como h̄men (mayas), mara·akáme (huicholes), h̄ilol (tzeltales, tzotziles), etcétera. En gran parte de las áreas rurales del México indígena, la medicina tradicional forma parte del sistema real de salud junto a la medicina académica o científica y a la medicina doméstica o casera. Asimismo, convergen en ese sistema que ofrece la realidad, las llamadas por la OMS medicinas alternativas y complementarias.

Se trata de una definición sintética, aunque un tanto extensa, pero que recoge las ideas básicas que comenzamos a formular desde los días del IMEPLAM. Veamos:

- 1) Reconocíamos en ella el carácter sistemático que resulta —valga la redundancia— de la sistematicidad estructural de sus conceptos y creencias (cosmológicos, médicos, ambientales, rituales, por mencionar algunos) y de sus prácticas y recursos materiales y simbólicos. Nos detendremos más adelante sobre la noción de “sistema de salud”, para abundar en la información que juzgábamos y juzgamos pertinente.



Primer grupo de la UMTH en Xochitepec, 1985.

José Luis González, Alicia Peña, Mariana Meckes, Ezra Bejar, Honorina Sánchez, Gloria Becerril, Ramón Raya, Virginia Mellado, Marthita Sánchez, Carlos Zolla, Maritza Zurita, Fernando Bustamante, Francisco Estrada, Filiberto Alamiya

- 2) Cuando nos referíamos a ella como una “institución social”, lo hacíamos en el sentido que este término tiene en las ciencias humanas (la sociología y la antropología, fundamentalmente, pero también en la lingüística), es decir, construcciones teórico-prácticas dotadas de una cierta estabilidad, que no necesariamente forman parte de aparatos institucionales (gobiernos, ministerios), pero sujetas a cambios, es decir, afectadas en el curso de la historia por factores de muy distinta índole: políticos, económicos, religiosos, ecológicos, epidemiológicos, jurídicos y, por supuesto, médicos, en nuestro caso. Nunca invocamos una esencialidad de la medicina tradicional, en la que su origen y configuración en épocas prehispánicas se habrían mantenido incólumes, inalterables. Antes, al contrario: en la literatura histórica y en los datos de campo estaban las múltiples pruebas de los procesos de aculturación y de las relaciones interculturales armónicas o asimétricas que la medicina de los pueblos originarios y de sus sucesores indígenas o mestizos mantuvieron y mantienen con otros saberes y prácticas; visibles en el lenguaje de las taxonomías botánicas o médicas, en la configuración de una herbolaria mezclada de especies nativas y endémicas junto a otras exóticas, introducidas, en los procedimientos de diagnóstico y curación, en los rituales de eficacia simbólica, en fin, en las elecciones de sus practicantes y de sus usuarios frente a un fenómeno multifactorial como el del proceso salud/enfermedad/atención.
- 3) Aunque se invoque el carácter universal de este proceso (salud/enfermedad/atención, SEA), desde los lejanos días del IMEPLAM, lo reiteramos, considerábamos que la secuencia SEA no se liberaba de su carácter unívocamente médico (insuficiente para explicar el fenómeno médico tradicional y, sobre todo, indígena), por lo que era necesario considerarla en un contexto categorial más amplio y comprensivo: la noción de equilibrio/desequilibrio no sólo nos parecía incluyente del proceso SEA, sino también más adecuada a la cosmovisión de los pueblos indígenas, a la pertinencia de actividades “no-médicas” sino “equilibrantes” del hombre y del cosmos. El hecho de que el mismo curandero que trataba una diarrea o un susto con pérdida del alma oficiara un ritual en la milpa para el logro de buenas cosechas (lo vimos en Chiapas, en Oaxaca, en Puebla, en Guerrero...), el que ese mismo curandero condujera como caporal o capitán el ritual de los voladores en Cuetzalan, propiciatorio de la llegada de las lluvias o de los rayos del sol a la Tierra (fuimos testigos de esto en la Sierra Norte de Puebla), o, finalmente, el que el mara’akáme huichol liderara la peregrinación de los wixarikas a Wirikuta por la ruta del peyote (Scott Robinson produjo, con apoyo del INAH y del IMEPLAM, en 1975, el documental *Wirikuta*. La costumbre) nos

parecían una exigencia mayor de la realidad para ampliar nuestras categorías analíticas y prácticas.

A estas alturas, quizás resulte obvio decirlo, lo que estaba explícita o soterrada era la discusión sobre la tradición de la medicina tradicional, discusión que no ha concluido, menos aún en los tiempos en que se expanden las propuestas homogeneizantes de la globalización.

Los conceptos, creencias, prácticas y recursos terapéuticos de los miles de curanderos, parteras, hueseros, hierberos o rezanderos, han sido y siguen siendo un campo problemático para el poder médico, desde la Colonia hasta nuestros días. Creo no equivocarme al afirmar que el IMEPLAM (aunque privilegiara el estudio de las plantas medicinales sobre otros aspectos posibles de investigar) contribuyó decisivamente a poner de relieve el papel de hermana incómoda de la medicina tradicional, a destacar sus rasgos constituyentes y a mostrar la complejidad de las relaciones de ésta con el poder médico en los momentos históricos y teóricos en los que se la convirtió en referente.

El modelo médico hegemónico, del que tan largamente ha hablado Eduardo Menéndez, es excluyente de los otros modelos, y ese principio de exclusión no sólo es un imperativo de su práctica, sino también un componente fundamental de su imaginario teórico. Por ejemplo, la idea de que el IMSS-Coplamar se instalaba en “comunidades que no contaban con servicios de salud” era, ni más ni menos, una consecuencia de su modelo teórico de comprensión y exclusión. Al mismo tiempo que reconocía los límites de la cobertura médica, la desatención a amplios sectores de la población y la pertinencia de extenderla a los marginados, imaginaba un espacio de actuación que, como la tabula rasa de John Locke, era tierra yerma, propicia para inscribir en él las acciones inaugurales y pioneras, libre de otros prestadores de servicios. Cuando la realidad se impuso a través de las encuestas diseñadas por la nueva Unidad de Investigación Biomédica en Medicina Tradicional y Herbolaria, la UMTH sucesora del IMEPLAM y aplicada por los propios médicos de las UMR, mostrando que en el mismo territorio coexistían “3,132 médicos institucionales y 13,034 terapeutas tradicionales, en una relación de 4.1 a 1”, se hizo evidente la fuerza y la presencia de “los otros”, y asomaron no una sino varias “contradicciones secundarias”. La medicina tradicional aparecía así con territorios propios (el espacio doméstico y comunitario), idiomas propios (cientos de lenguas y dialectos), plantas propias (1,950 especies identificadas entre los 5,773 nombres de vegetales reportados por las propias delegaciones del IMSS y las más de tres mil unidades médicas rurales del IMSS-Coplamar a la UMTH) e, incluso, autoridad civil, religiosa y médica propia (a veces concentrada en un curande-

ro, a la vez santón y policía). En fin, una cultura médica propia, esencialmente desconocida por el aparato médico institucional.

Como en tantos otros planteos gubernamentales sobre los indígenas y los campesinos pobres se consideró que esta riqueza de medicina autóctona, estos recursos locales para la salud eran inexistentes o, al menos, insuficientes, a juzgar por las demandas comunitarias de médicos y clínicas, ambulancias y hospitales, lo que confirmaba la justeza y justicia de la intervención institucional. Las comunidades no sólo estaban dispuestas a donar terrenos para la instalación de las Unidades Médicas Rurales y aportar trabajo y materiales de la región para la construcción, sino incluso disputar con comunidades vecinas el carácter de “localidad sede de las UMR” que el IMSS-Coplamar distinguía claramente del “área de influencia” de éstas. No se equivocaron aquellos que predijeron que en pocos años las regiones habitadas por los solidario-habientes se convertirían en fuertes demandantes de servicios para las áreas no cubiertas, y más fuertes consumidores aún de los medicamentos del cuadro básico institucional. La debilidad constitutiva en materia de análisis histórico, antropológico y cultural del modelo médico hegemónico le impedía comprender plenamente un fenómeno de siglos que ahora tenía ante sus ojos: el uso combinado que la población indígena y los sectores populares han hecho —cuando ello ha sido posible— desde el siglo XVI hasta el presente, de recursos médicos propios con los de otros modelos médicos. Basta una mirada a “la flora médica mexicana” para comprobar la convivencia de las especies nativas con las introducidas desde el momento mismo de la conquista. Pero también —como lo mostró la realidad cotidiana a los médicos de las UMR—, que la población había elaborado a lo largo de los siglos una “doble epidemiología” con claves taxonómicas propias, en las que se alternaban la disentería y el mal de ojo, la “diabetis” y el susto, el asma y el empacho, la alferecía y mal puesto..., y que este fenómeno, lejos de desaparecer por la acción del IMSS-Coplamar se ampliaría significativamente.

El concepto de Sistema de Salud consagrado por los gobiernos mexicanos muestra las limitaciones para comprender las formas en que la población mexicana —histórica y actual— ha enfrentado los problemas de la enfermedad y el desequilibrio. En su máximo nivel de generalidad, nosotros definíamos “sistema de salud” como las formas de respuesta social organizada para hacer frente a los desafíos de la enfermedad, el accidente, el desequilibrio y la muerte. Y contraponíamos la concepción oficial de lo que es el “Sistema Nacional de Salud” a lo que consideramos el “Sistema Real de Salud”. Prácticamente todos los documentos gubernamentales conciben el Sistema Nacional de Salud como el conjunto de seis instituciones que se constituyeron

para atender a la población: la Secretaría de Salud, el IMSS, ISSSTE, Sedena, Semar y Pemex. Naturalmente, esta concepción no resiste las evidencias de la realidad: los mexicanos recurrimos a las instituciones del Sistema Nacional de Salud, a la medicina alopática privada (desde las grandes corporaciones hasta los modestos consultorios de los médicos recién egresados), a la medicina tradicional, a la doméstica o casera y a las alternativas y complementarias. Es decir, a lo que denominamos el Sistema Real de Salud. Y, pese a las múltiples evidencias que pueden aportarse para confirmar esto, las autoridades no sólo le ostentan el rasgo “nacional”, sino que planifican, presupuestan y operan como si el resto no existiera. No creemos errado sostener que los sucesivos gobiernos mexicanos que constriñen el “sistema de salud” a una estructura técnico-administrativa de seis instituciones, en realidad planifican desde una concepción pre-estructural, asocial, de lo que es un sistema. Incluso en los últimos años han aparecido trabajos de funcionarios del Sector Salud que, partiendo de una autoinscripción en las “ciencias de la complejidad”, no varían el enfoque excluyente, preñado de univocidad al momento de la planificación y operación de los servicios.

El hecho de que el IMSS-Coplamar aceptara trabajar sobre las tesis básicas que la UMR le planteara, abría un campo de temas y problemas sustancialmente diverso cuyas aristas habrían de toparse —tarde o temprano— con la fuerte y uniforme normatividad nacional que aquél planteaba para desplegar, insistimos, el más grande programa de extensión de cobertura del siglo XX mexicano en el nuevo esquema de “la solidaridad social”. Contradicciones secundarias que no eran sino la punta del iceberg del problema de fondo: las dificultades, para el modelo médico oficial, de construir una auténtica alternativa intercultural en salud y medicina, o, como decíamos entonces y ahora, una medicina mexicana. Problemática, digamos de paso, que ya había sido advertida por la OMS cuando se hizo evidente la necesidad de instalar dentro de la estrategia de la Atención Primaria de Salud (APS) la táctica de los Sistemas Locales de Salud (SILOS), táctica a la que adhirieron la mayor parte de los países miembros y a la que muy pocos dieron cumplimiento. Porque los SILOS planteaban la inversión de la planificación (para hacerla, postulaban, “de abajo hacia arriba”) y la adaptación del modelo de atención a las diversidades demográficas, ecológicas, culturales, económicas y médicas de países, regiones y comunidades. Para México y el IMSS-Coplamar esa diversidad esencial estaba en los pueblos, municipios, comunidades y barrios, en las etnias y sus múltiples lenguas, en la geografía física y humana, y en la propia medicina tradicional, como una parte esencial de las respuestas sociales ante el desequilibrio, la enfermedad y el accidente forjadas, mal o bien durante siglos, por millones de campesinos e indígenas.

La respuesta, diferencial, de los pasantes en servicio social ante la idiosincrasia de los nuevos usuarios mostraba, al menos, las siguientes características: un pequeño porcentaje, no superior al 5% decíamos entonces, parecía adelantarse a las propuestas del Programa de Interrelación, establecía relaciones de complementación con las parteras, se interesaba por las plantas medicinales y “los rituales de aflicción” (para decirlo con una expresión de Evon Vogt sobre los zinacantecos de los Altos de Chiapas), participaba de las fiestas y de las ceremonias del calendario indígena e, incluso, aprendía los rudimentos de las lenguas mayoritaria del pueblo: el tzeltal, el tzotzil, el tojolabal o el chol de los mayas y mayances del sureste mexicano. En el otro extremo (otro 5%), la negativa a aceptar cualquier tipo de interrelación entre las medicinas, el refugio en su saber universitario, la resistencia al aprendizaje de la lengua local, la desconfianza ante los argumentos de los antropólogos y, sobre todo, la espera del fin del Servicio Social, requisito obligatorio e indeseable, para poder marchar en la dirección de sus anhelos y objetivos: la especialidad en México o en el extranjero. Estos dos conjuntos, advertíamos, desplegaban ideas y actitudes definidas, vivían con energía semejante la aceptación de o el rechazo a la interrelación. Entre ese porcentaje mínimo el IMSS-Coplamar instalaba anualmente una masa de profesionistas (el 90%, sosteníamos) sin la más elemental formación académica universitaria para lograr la comprensión del medio en el que debían actuar, descifrar las claves de la interacción, observar sin prejuicios las expresiones de “las culturas de los otros”. Provenían, además, de un mundo en que el conocimiento y la práctica médica se habían establecido como un dogma homogéneo, pero también en el que las ciencias más avanzadas consagraban el principio de la incertidumbre, no sólo en lo “imprevisible” de lo natural, sino de las estructuras sociales que habían sido consideradas como las más estables. Doble contradicción. A ellos se los invitaba a ser los animadores institucionales del Programa con el deseo —escribió Georgina Velázquez Díaz, Coordinadora Médica y General del IMSS-Coplamar— “de que esta experiencia contribuya a que en su práctica profesional de la salud mantengan un trato respetuoso y humano con la población, comprendan la vinculación de la enfermedad y la muerte con las condiciones socio-culturales y reconozcan, con respeto, la importancia de aplicar en su práctica cotidiana el concepto de multicausalidad del proceso salud-enfermedad y la aportación histórica y cultural de la medicina tradicional, la que ha permitido la sobrevivencia, en condiciones totalmente adversas, de muchos de nuestros compatriotas del medio rural.”

La publicación en 1983 de nuestro volumen *La medicina invisible. Introducción al estudio de la medicina tradicional de México*, ilustra la posición de la UMTH y la apertura del IMSS-Coplamar a este esquema de colaboración (una de las edicio-

nes del libro fue ampliamente distribuida en las unidades médicas de campo). En efecto, en la “Presentación” del libro, señalábamos: “Para poder comprender la trascendencia que en este contexto posee la medicina tradicional, valorar su significación futura y su función dentro de los sistemas de salud, es necesario examinar la información que sobre sus conceptos, prácticas y recursos se ha acumulado hasta el presente. También se requiere que la medicina tradicional desborde el marco de los estudios etnográficos y se convierta en materia de estudio de los propios médicos y de los investigadores de la salud. De no ser así, se perpetuará la apreciación fragmentada que se posee en la actualidad de la medicina en México y del proceso salud-enfermedad. Pero, lo que es más grave, los jóvenes médicos seguirán recibiendo en sus escuelas de medicina una visión unilateral, supertecnificada y etnocentrista discordante con la realidad sociocultural del país. Hoy sabemos que la enfermedad tiene su geografía y su historia; y que también la tienen —borrosas o fragmentarias— las formas de combatirla que toda sociedad pone en práctica. Para muchos millones de mexicanos la medicina tradicional ha sido, durante siglos, su medicina, articulándose como un sistema de conocimientos que se ha nutrido, ha cambiado y ha perdurado con las vacilaciones y las contingencias de todo saber médico. Lo particular está en cada uno de los procesos concretos que el término tradicional generaliza. Intentar precisiones es parte de nuestra tarea y uno de los objetivos de esta antología. Pero, quizás, el sentido último de la información que aquí reunimos derive de la intención de comprender que en el mundo material y simbólico de hoy conviven, no sin conflictos, médicos y curanderos, cuya significación e interacción pueden llegar a ser fructíferas en un esquema que devuelva a la medicina mexicana su identidad cultural.”

Diez años después, en un texto nada complaciente sobre “la llamada medicina tradicional”, Eduardo Menéndez señalaba: “Si bien determinados sectores médicos, en particular algunos que se mueven en el campo del “salubrismo”, reconocieron (por lo menos en parte) la legitimidad de las críticas y de las propuestas paralelas o alternativas, el saber biomédico dominante no asumió dichas críticas sino que, por el contrario, a partir de la década de los setenta reforzó algunos de los caracteres básicos del modelo médico, en particular del biologismo, a través de los éxitos reales, potenciales o imaginarios derivados de la investigación genética.”

Cito el artículo de Menéndez porque contiene, desde el nombre (“La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional?”, 1994), algunas de las propuestas básicas de la antropología médica al analizar, en este caso, el campo de la medicina tradicional. Con justeza, Menéndez sostenía: “En todos los contextos las instituciones asistenciales, de cura, de protección o de control,

estructuran una racionalidad que no es exclusivamente técnica ni científica, sino también sociocultural. Esto quiere decir que no sólo las representaciones y prácticas de las ‘parteras empíricas’, de los curadores herbolarios o de los iloles (los curadores de más alta significación cultural dentro de los grupos de los Altos de Chiapas) estructuran un saber en el cual las actividades técnicas aparecen saturadas de contenidos sociales y culturales, sino que también la medicina alopática aparece saturada de procesos sociales e ideológicos de tipo institucional y ocupacional, así como de valores culturales e interpretaciones ideológicas estructuradas no sólo a partir del saber médico, sino generadas en las relaciones que se establecen con los sujetos enfermos y con la comunidad.” Nuestro acuerdo con esta tesis no sólo era total, sino que compartíamos también la necesidad y pertinencia de los análisis relacionales, de reconocer las improntas ideológico-culturales en términos de hegemonía/subalternidad y de que buena parte de la producción antropológico-médica en México y América Latina identificaba como “tradicional” a la medicina practicada en el seno de grupos definidos a priori como tradicionales: grupos étnicos amerindios, campesinado indígena, criollo y mestizo, grupos folk y marginados urbanos.

El recurso a “la tradición” suele ser una forma cómoda de aludir a la persistencia, sobre todo cuando no se analiza el porqué de esa constancia. Cuanto más, se la atribuye al conservadurismo cultural de las “comunidades cerradas y autosuficientes en las regiones interculturales de refugio” de las que hablaba el indigenismo (el *kostumbre indígena* de los etnolingüistas y etnógrafos vinculados al INAH y al INI) y a la marginación de las comunidades que debían valerse por sus propios medios ante la ausencia de las instituciones del Estado. La “tradición oral” era y es señalada como el gran mecanismo de transmisión de saberes y prácticas.

Pero la tradición, como en la cita de Woody Allen, ¿es sólo la ilusión de la persistencia? El carácter y la práctica claramente hegemónicos del modelo médico alopático han dado lugar a que los curadores tradicionales y populares permanezcan como subalternos y que (ésta es la conclusión de Menéndez en el artículo citado) cada vez más incluyan “no sólo prácticas sino representaciones de la medicina alopática en sus actividades ‘curativas’”. Pero, ¿y lo que permanece del antiguo saber, de sus conceptos y prácticas diagnósticas y curativas, y de sus recursos terapéuticos materiales y simbólicos, y de la aceptación técnica y cultural en las comunidades? ¿Qué lugar ocupa en el análisis la persistencia de estructuras y elementos que pueden rastrearse en una trayectoria de siglos y en contextos de dominación, subalternidad, explotación y marginación? Aunque no compartamos totalmente la idea de López Austin sobre el “núcleo duro de la tradición mesoamericana” (afectada, dicen sus

críticos más conspicuos, por la imposibilidad de generalizar sus rasgos constituyentes a las diversidades de las culturas indígenas que habitan el territorio mexicano), nuestra confrontación de los contenidos de la literatura histórica con los datos de campo nos mostraba a cada paso dos factores que nos parecían determinantes: la antigüedad, riqueza, complejidad y solidez estructural de componentes esenciales de la medicina indígena, muchos de ellos de una notable antigüedad, por un lado, y el dinamismo de la tradición para generar nuevas formas —para decirlo con palabras de Menéndez— “de articulación de prácticas y representaciones, [el desarrollo de] nuevas formas de eficacia simbólica (...), ya sea para reducir inversiones o para fortalecer identidades.” Insisto: ¿lo anterior demuestra una disolución de lo tradicional, la corroboración de encontrarnos ante un campo desvaído “construido” por la imaginación antropológica no profesional? ¿No será que Menéndez, al incluir a la medicina de curanderos, parteras, hueseros y hierberos indígenas dentro de lo que él llama “modelo alternativo subordinado” está categorizando no desde las manifestaciones de la diversidad y de las propias culturas indígenas sino en referencia al eje central del modelo médico hegemónico? Porque, en efecto, lo “alternativo” formulado así contiene la negación de “lo propio” (de lo que largamente también habló Bonfil), en el entendido de que, para los pueblos indígenas, no se trata de otra cosa más que de su propio saber; la medicina tradicional es su medicina y no una alternativa producto de un sistema de relaciones, de una estructura económico-social de subordinación; lo “alternativo”, para las comunidades de los solidario-habientes lo eran la medicina alopática y las llamadas alternativas y complementarias, no la medicina de curanderos, hierberos, parteras, rezanderos, ensalmadores, graniceros, hueseros o sobadores.

En mi escrito “La medicina tradicional y la noción de recurso para la salud” que se incluyó en *La medicina invisible*, recurrí a argumentos de Georges Balandier para subrayar el dinamismo de la tradición. He vuelto no a *Antropológicas*, sino a textos posteriores como *El desorden. La teoría del caos y las ciencias sociales*. Elogio de la fecundidad del movimiento, para comprobar que en esta línea de desarrollo, el autor de *África ambigua* no sólo muestra los movimientos en el seno de las tradiciones y en las relaciones de éstas con otras formaciones sociales, sino que comprueba la existencia de diversos modelos de tradición, desde las que resisten doctrinaria, dogmáticamente al cambio, hasta aquellas que mantienen estructuras básicas de comprensión, pero cambian en el curso de la historia. África —estudiada por él, pero lo mismo podría decirse de Asia y América Latina— brindan suficientes ejemplos de esto.

Las grandes etnografías que abordaron el tema indígena nos parecen hoy las proveedoras principales de esa información que confirma la persistencia

dinámica de la tradición. Cito dos, que me parecen ejemplares: *La mitad del mundo. Cuerpo y cosmos en los rituales otomíes* de Jacques Galinier (1990) y *Ch'ulel. Una etnografía de las almas tzeltales*, de Pedro Pitarch (1996). Algún marxista, hoy miembro de El Colegio Nacional, en su estudio de los otomíes sólo encontró en los años '60 “restos” de una cultura pasada, disolviéndose, nos dijo, en la proletarización que el desarrollo industrial mexicano iniciado en los '50 impuso al campesinado. A la inversa, la gran monografía de Galinier no sólo mostró la riqueza de la cultura de los otomíes (y de su cultura médica), sino temáticas que no habían aflorado en los estudios anteriores. El hermoso libro de Pitarch —en un estado como el de Chiapas que había sido fatigado por estudios anteriores— puso a la luz la complejidad de las —así se dice hoy— antiguas ontologías de los tzeltales, gracias a una infatigable investigación de largos años, con interlocutores clave y con gran conocimiento del idioma por parte del investigador. Y esto en la misma zona en que operaba el IMSS-Coplamar (San Juan Cancuc, centro geográfico del estudio de Pitarch, era y es localidad sede de una UMR, de las 321 y hoy casi 400 diseminadas en el estado). Gran parte de lo registrado por Pitarch, como él mismo lo expresa, resulta material esencial para comprender las prácticas médicas de los tzeltales cancuqueros.

¿La invitación de quienes son críticos de la medicina tradicional y de sus estudios es a renunciar al reconocimiento de estos contenidos culturales que han persistido —insistimos, una vez más— a lo largo de los siglos? ¿Tirar el agua de la tina con niño, jabón y esponja?

Deseo, antes de concluir este apartado, llamar la atención sobre un fenómeno que, no vacilo en decirlo, no ha sido nunca abordado. Me refiero al hecho de que ni para la época prehispánica, ni para el mundo colonial, ni para la modernidad, tenemos información acerca de “escuelas” de medicina tradicional, de medicina indígena. Aunque los testimonios históricos sobre las características e importancia técnica y social de una sólida medicina entre los pueblos prehispánicos antes de la conquista y colonización españolas son abundantes, en ninguno se ofrecen pruebas de la existencia de escuelas de medicina indígena o de otros modelos de transmisión sistemática y orgánica de los conocimientos médicos antes y después de 1521. No hay noticias de ello en el calmecac o en el telpochcalli de los nahuas del Altiplano Central. El célebre texto de Martín de la Cruz, *Libellus de medicinalibus indorum herbis*, más conocido como *Códice Badiano*, fue elaborado en el Colegio de Tlatelolco, pero como un encargo a un ticitl de prestigio y no como expresión de un programa de estudios o de investigación de la medicina de los indígenas nahuas del Altiplano Central de México.

Este devenir histórico de la medicina tradicional indígena de México, en general, muestra entre otras facetas sorprendentes la de haberse conservado —con

variaciones a las que aludiremos luego—, pese a las catástrofes demográficas de los siglos XVI y XVII, al carácter subordinado y subalterno de los conocimientos y prácticas médicas indígenas en el dominio colonial y republicano, cuando no de la persistente desvalorización, marginación, desconocimiento y discriminación de la que ha sido objeto. La inexistencia de escuelas de medicina indígena es claro reflejo de estos procesos a lo largo de cinco siglos.

La transmisión de los contenidos y actividades de la medicina indígena ha reposado en los mecanismos de la tradición: enseñanzas orales y prácticas de un terapeuta experimentado a un aprendiz o aprendices, sueños premonitores indicativos de una vocación terapéutica, algunos signos distintivos advertidos en el nacimiento que alertan acerca del futuro sanador, la sobrevivencia a enfermedades graves o a ciertos fenómenos meteorológicos (el rayo, característicamente), principalmente, o, como entre los totonacos de Veracruz la certeza del staku del limasinit, el don del aprendiz, que irá aflorando bajo un sistema reglado de descubrimiento (taxkgakget) cuyas pautas conoce, maneja y transmite el stakayawana, que los totonacos bilingües traducen como “el enseñante, el educador, el maestro”.

Pero, insistimos, más allá de reconocer la importancia de estos mecanismos de aprendizaje en el seno de las comunidades, no puede hablarse de un magisterio institucional (sea oficial o comunitario). Los contenidos que ofrecen facultades de medicina —escasos, por cierto— u otras instancias universitarias, generalmente se enfocan a informar y sensibilizar a los estudiantes y a los médicos, y no a formar terapeutas de la medicina indígena tradicional. Con el incremento y difusión de las llamadas medicinas alternativas y complementarias se ofrecen cursos y talleres sobre algunas técnicas tradicionales y, más frecuentemente, sobre la herbolaria medicinal o sobre materias asociadas a ésta (la fitoterapia, característicamente).

Señalemos de paso —sin haber, ni mucho menos, agotado el panorama informativo sobre este tema—, que los procesos de organización de los médicos indígenas tradicionales (que tuvieron su auge en México en la década de los 90, en gran medida impulsados desde el INI no dio como uno de sus ejes de trabajo la creación de escuelas. En contraste, es significativa la abundantísima bibliografía de las ciencias sociales y médicas sobre la medicina tradicional: la *Nueva bibliografía de la medicina tradicional mexicana* (coordinada por Arturo Argueta y Carlos Zolla, y publicada como un volumen especial de la Biblioteca de la Medicina Tradicional Mexicana, México, INI, 1994) registra 2,049 textos, entre libros, artículos y tesis, sin contar la inmensa cantidad de materiales sobre especies vegetales medicinales elaborados en los campos de la biología, la fitoquímica, la farmacología y la toxicología, y, en parte, en la clínica médica.

Recientemente, Argueta y Zolla han incorporado 1,000 fichas bibliográficas más para sumarlas a la *Nueva Bibliografía*, solamente del periodo 1994-2010.

Los autores que ponen en discusión “la eficacia curativa de la medicina tradicional” no suelen detenerse a averiguar si tal efecto ha sido estudiado o no por los científicos experimentales o de las ciencias sociales (los indígenas, obvia decirlo, no disponen del aparato científico que podría llevarlos a la investigación de su propia medicina). Nadie, ni mucho menos sus críticos, se han detenido a valorar la notable eficacia de las comunidades en la transmisión centenaria de los saberes de una medicina sin escuelas, discriminada, subalternizada y fuertemente marginada de los espacios académicos, de los apoyos hacendarios y de las estructuras médicas institucionales.



Xavier Velázquez; Carlos Zolla; Santiago Oberti; Jesús Ortega; Marco Antonio Chávez y Raúl Enríquez. Rafael Ibañez; Abigail Aguilar; Mariana Meckes; Xavier Lozoya; Virginia Mellado. Guadalupe Robles y Alma Gómez. Irineo Gaspar y Miguel Martínez.

### III.

## Conclusiones

Carlos Zolla & Xavier Lozoya

El humor no siempre es el hermano gemelo del optimismo; a veces, ni siquiera el compañero de ruta. Cuando iniciamos este libro imaginábamos etiquetas y sentencias irónicas, incluso divertidas para encabezar cada uno de los capítulos:

“De Rusia con amor...y gatos con electrodos” anticiparía en contenido del regreso de Xavier —entonces neurofisiólogo— desde Moscú al Anáhuac. Espesa barba y anteojos gruesos.

Como en el jazz (*It don't mean a thing if it ain't got that swing*), satirizaríamos la conducta de los científicos mexicanos de publicar sólo en inglés en las revistas de algún venerable *Index Scientificorum*, porque otorga más puntos que hacerlo en el idioma de Cervantes, bautizando al capítulo: “Nada significa si no tiene *papers*” en la curiosa complejidad del Sistema Nacional de Investigadores (SNI) de México.

También estuvimos de acuerdo en que no escribiríamos sobre los capítulos de la historia de la herbolaria mexicana que más nos gustaban, como, por ejemplo: el nacimiento en 1788 de la primera Cátedra de Botánica en la Real y Pontificia Universidad de México, durante el fugaz influjo de la Ilustración en la Nueva España. En todo caso, si lo hacíamos habría que recordar a “Las papayas en el cielo” para aludir al festejo pirotécnico durante la ceremonia de inauguración, en el que el cuetero indígena don Joaquín Gavilán presentó una papaya macho y una hembra, hechas de papel, que copulaban en la noche indiana y con fuegos artificiales formaba la frase linneana: *Amor urit plantas...* el amor incendia las plantas. La expresión barroca de lo mexicano enfrentándose al conservadurismo de su tiempo.

“¿Usted es el Otro?” o sería mejor decir: “Esto es un asalto. Déme su cultura” para el capítulo sobre la investigación etnobotánica instalada en México en los años de aprendizaje.



Año Nuevo 1979.

Xavier Velázquez Moctezuma, Phillippe Lamy Pujol, Rafael Ibáñez Camacho, Jorge Lopez Galicia, Raúl Ibarra Ovando, Alma Gomez Márquez, Marco Antonio Chávez Soto, Carlos Vargas, Santiago Oberti, Xavier Lozoya Legorreta, Raúl Enríquez Habib, Carlos Zolla Luque, Sr. Aguilar, Guadalupe Robles y Jose Luis Lopez Galicia. Sra. de Velazquez, Sra. de Ibañez, (?), Celia Esther Rubio de Chávez, Susana Zolla, Sra. de Vargas, Mariana Meckes Fischer, Josefina de Gyves, Alicia Oberti y Abigail Aguilar Contreras. Miguel Martínez, Sra. de Ortega y Jesús Ortega Galván.

“Querido Tercer Mundo” sería el nombre del pasaje en el que aludiríamos al marco internacional cuando, en México, se firmaba el acta de nacimiento del IMEPLAM y su reconocimiento por la OMS.

Y, por fin, en un lugar destacable insertaríamos este texto de Slavoj Žižek:

Me encanta una anécdota, seguramente apócrifa, de la Primera Guerra Mundial. Un puesto militar alemán escribe un telegrama a sus aliados austriacos: “Aquí la situación es seria pero no catastrófica.” La respuesta que recibieron decía: “Aquí la situación es catastrófica, pero no seria.”

Un probable lector —diría Borges— puede que inscriba nuestro libro en la larga lista de los textos nostálgicos. Otro, en la cuenta de los *Libellus* – palabra que en la lejana época de Juan Badiano y Martín de la Cruz significaba “librito” y en nuestros días “Escrito en que se denigra o infama a alguien o algo”. Otro más, podría decir que escribimos en el sistema de señales de los callejones sin salida.

Y finalmente, algún lector amigo que quisiera recordarnos aquel pasaje de *Las palabras* (1964) de Jean-Paul Sartre (1905-1980) en el que habla de sus abuelos maternos, los Schweitzer: Mi abuelo pensaba bien, pero torcido, en cambio mi abuela pensaba mal, pero derecho. Y que nos bautice, de ahora y para siempre, como “las abuelas de Sartre.”

En cualquier caso, es innegable que formamos parte de esa generación de la segunda mitad del siglo XX que creyó en la posibilidad de las utopías de su época. Es cierto que advertíamos la invisibilidad de la medicina tradicional en México, pero estábamos dispuestos a denunciarla a partir de su recurso más abundante y genuino, conocido y accesible, terapéutico y simbólico: las plantas medicinales. Pero también es cierto que ignorábamos los mecanismos más profundos, constantes y corrosivos del ninguneo cultural en esta sociedad.

Sin embargo, queda claro que en el IMEPLAM trabajamos en la corroboración experimental que daba razón a la selección y uso de los vegetales con propiedades curativas que hacían los mexicanos apoyándonos en las posibles y ventajosas políticas de interrelación entre el sistema oficial de salud y la medicina popular, con la perspectiva de contribuir al arranque de una nueva industria farmacéutica nacional.

También creíamos en los lazos con otros que, como nosotros —en Nigeria o Egipto, en India o China, en Guatemala o Colombia— transitaban también del laboratorio impoluto a las comunidades, las aldeas, los parajes o los caseríos para recoger las palabras y registrar las maniobras de los recién llamados oficialmente “terapeutas tradicionales”.

En fin, tuvimos un camino sembrado de obstáculos pero preñado también de posibilidades.

La fuerza del cambio logrado sobre la tradición cultural solo fue exitosamente utilizada en China y el sureste asiático. El resultado, hoy está a la vista. El paradigma médico para la sociedad globalizada del futuro está en marcha.

Hablando de la fuerza de la cultura, recordamos que en el México de los años setenta y ochenta se decía que la persistencia de la medicina tradicional solamente obedecía al hecho de que los servicios de salud del Estado mexicano no habían podido cubrir a amplios sectores de la población marginal urbana y, sobre todo, la rural (campesina e indígena). Que la falta de centros de salud, unidades de medicina familiar, clínicas u hospitales, alimentaba el resignado realismo de los mexicanos y los conducía a los servicios de la medicina indígena o a la automedicación censurada. De ahí que el futuro consagrara lo que nosotros y algunos otros, llamábamos el ‘nuevo modelo’ de la medicina. Pero en el fondo no hablábamos de lo mismo.

En la 1ª Convención Nacional de Salud (1973) se concluía: “La partera empírica debe ser adiestrada y supervisada como promotora de salud, en tanto los recursos del país sean insuficientes para llevar atención médica a la población rural dispersa”. Y se agregaba: “Mientras no se pueda dotar a las comunidades con servicios médicos para la población, estos personajes seguirán actuando; negar su existencia y necesidad presentes sería estar fuera de la realidad. A todos nos disgusta la imposibilidad de prestar un servicio uniforme a toda la población y nos lleva a pensar en la necesidad de preparar a este personal para que la atención que presta sea menos perjudicial.”

Entonces nos preguntábamos: ¿Estar dentro de la realidad era preparar al Sector Salud para darle el golpe de gracia a aquello por lo que nosotros apostábamos? No, eso no ocurrió. ¿Podríamos ampliar la brecha que la crisis hacía emerger para mostrar la fuerza y vitalidad de la medicina tradicional y la importancia de sus recursos herbolarios, mirados ahora desde nuevas orientaciones científicas y sociales? Algo así fue lo que ocurrió.

También queremos reconocer que el carácter de asociación civil, por un lado, y el cobijo de la Presidencia de la República, primero, y más tarde del CEES-TEM, por otro, le otorgaron al IMEPLAM una autonomía nada desdeñable. La marginalidad de la temática en las colonizadas academias médicas, la originalidad del modelo resultante de la asociación ciencias experimentales/ciencias sociales, el anclaje en la cultura y no sólo en la química, la farmacología o la toxicología, el amplio reconocimiento que la población mexicana hace de la medicina tradicional y de las plantas medicinales, la apetencia de las sociedades industrializadas por las “terapias verdes”, la crisis técnica, económica e ideológica del modelo médico hegemónico y un movimiento internacional favorable a las investigaciones etnológicas, generaron en México un clima también favorable a orientaciones como la del IMEPLAM.

Que el modelo de medicina occidental estaba en crisis, era un hecho. No podemos olvidar que por aquellos mismos años, el pensador Ivan Illich (1926-2002) crítico de la medicina occidental, irritaba por la irreverencia, pero también por la artillería de datos, cifras y hechos, bautizando a su libro *Némesis médica* (1975) para dar cuentas claras sobre la crisis que engendraba el modelo de medicina seguido en Europa y Estados Unidos.

Por su parte, René Dubos (1901-1982) publicaba con notable éxito *El espejismo de la salud* (1975) y, para colmo de males, la prestigiosa revista inglesa *The Lancet* inventaba el neologismo “iatrogénesis” para designar las enfermedades producidas por los mismos servicios médicos, incluso un poco antes de la aparición del texto de Illich.

Vista con la perspectiva de casi cuarenta años, pero concentrado nuestro relato en el periodo 1975-1991, la actividad del IMEPLAM, la UMTH y el Centro de Investigación de Plantas Medicinales del IMSS, aparecen contra un telón de fondo en el que persistían características y problemas del Estado Mexicano de aquellos días junto a una serie de novedades que, si no resultaban alentadoras, alertaban sobre la posibilidad de cambios, tanto en el orden internacional como nacional, y en los campos de la economía, la política, el desarrollo, la investigación científica, la salud pública, e incluso en el orden genérico de eso que llamamos la Cultura de una sociedad. Esa era la esperanza.

Naturalmente, no conocíamos la verdadera naturaleza de la avanzada mundial y nacional del neoliberalismo. Quizá también ignorábamos que el Estado mexicano que conocimos podría estar sometido a nuevas reglas del juego que nosotros no veíamos.

No somos los únicos que pensamos hoy en la necesaria reflexión sobre la investigación y la acción relativas al campo de la medicina tradicional, la herbolaria medicinal y el desarrollo nacional de la farmacología y la farmacéutica, de la salud pública y el estado de bienestar, incluida la descolonización del pensamiento científico. Lo que quiere decir que la semilla brotó.

En las múltiples ocasiones en que se nos ha invitado a hablar sobre “la medicina tradicional y las plantas medicinales mexicanas”, aparecen reiteradas preguntas tales como: ¿Cuál es la situación actual de la medicina tradicional y de la investigación y desarrollo de sus recursos? ¿qué ha cambiado, en estos campos, desde la creación del IMEPLAM? ¿qué pasó con el Programa de Interrelación de la Medicina Tradicional con el IMSS-Coplamar? ¿qué con la protección de los saberes y de los recursos terapéuticos de los pueblos indígenas frente al embate de las grandes corporaciones farmacéuticas y alimenticias?

Contestamos que el hecho de que hoy la medicina tradicional esté reconocida en la Constitución, en la Ley General de Salud y en numerosas legislaciones secundarias y estatales, ofrece un panorama mejor al que se enfrentó en los setentas el IMEPLAM.

Pero, ¿resulta legítimo suponer que el proyecto del IMEPLAM y más tarde de la UMTH se desarrollaron como instancias institucionales sostenidas sólo por obsesivas vocaciones personales? No, el Estado Mexicano se involucró lo suficiente para sostener el proyecto hasta la fecha. Son las decisiones últimas las que no encuentran respaldo.

Como la abuela de Sartre, ¿pensamos mal, pero derecho, al no dimensionar la profundidad de la crisis política, la fuerza erosiva del ninguneo hacia la medicina tradicional, la investigación científica nacional pasiva y totalmente dependiente del extranjero, el modelo mixto de atención a la salud y el desinterés en la producción de medicamentos herbolarios por parte de la industria farmacéutica nacional? No, la realidad sigue mostrando la contradicción paralizante del desarrollo mexicano.

Quizás una forma más sencilla de responder a esas preguntas que nos hacen los jóvenes de hoy sea invitarlos a reflexionar sobre la persistencia o no de los asuntos que el IMEPLAM planteó desde 1975.

Porque, si seguimos pensando en las ventajas de un modelo científico de investigación experimental propio de los mexicanos, que beneficie al desarrollo institucional de un modelo de atención a la salud coherente con la cultura de la población de todo el país. Si como lo hicimos ante miles de jóvenes pasantes de medicina del IMSS-Coplamar, demostramos que hubo una cuota significativa de racionalidad y éxito al plantear la interrelación entre médicos y terapeutas tradicionales; si importa conocer cómo funciona en la materialidad de todos los días el “sistema real de salud de los mexicanos”, que ahora combina a las medicinas alopática, tradicional, doméstica, alternativa o complementaria. Entonces el reto sigue vigente.

Si debemos recibir con beneplácito —como acaba de pasarnos hace un par de meses— los resultados de una tesis de licenciatura de un muy joven biólogo que en seis (sólo seis) comunidades de tres estados (Chiapas, Estado de México e Hidalgo) registró con rigor 118 hongos alimenticios y medicinales que no figuraban en los registros académicos, consultando a curanderos, amas de casa, marchantes de mercados... al pueblo. Entonces, diríamos que el espíritu de reconciliación cultural y desarrollo colectivo para una mejor salud de los mexicanos que se propuso hace cuarenta años, está vigente y se halla circulando por los intestinos de la Cultura Nacional.

Salvo que aceptemos —cediendo ante una versión bastante pedestre del darwinismo— que no tuvimos razón porque perdimos una batalla.

Finalmente y cerrando el recuerdo aprendimos que *Lo Invisible es verde*, porque la medicina tradicional herbolaria de México existe y seguirá existiendo, con o sin nuestras ideas.





el**vidrio**en**el**espejo

En su *Muestrario del mundo...* el poeta Elíseo Diego nos habla de la existencia, en todo espejo, del vidrio que le da soporte, un objeto del que normalmente no nos percatamos, pero del cual depende cómo percibimos las imágenes.

Para el que busca su imagen, advierte Eliseo, el vidrio del espejo

“...es antifaz que lo anticipa y niega, mascarilla impasible del vacío.”

Tomar conciencia sobre la existencia de este plano invisible, nos puede servir como una señal para superar las reglas de un juego que, en nuestro país, con sus feudos, capillas y cacicazgos, cada vez resulta más aislado, cupular y poco productivo. Se trata de evidenciar lo que sabe el vidrio y los asuntos que en él ocurren: las decisiones y conflictos, las negociaciones y contrapesos, las soluciones y sus posibles caminos, los avatares y las reglas no escritas de nuestros trabajos.

Pocas veces valoramos la función que cumple el vidrio en el espejo. Es por ello que este sello editorial propone recuperar la inspiración perdida y comprometer nuestros talentos, discursos y reflexiones en torno a este espacio donde verdaderamente se perfilan las condiciones en que practicamos nuestros muchos quehaceres y relativamente pocos saberes.

No sea que, algún triste día debamos reconocer que “...hemos guardado un silencio bastante parecido a la estupidez...”; tal como rezaba una vieja proclama insurgente latinoamericana de 1809, citada por Eduardo Galeano.

El vidrio del espejo intenta involucrar a autores y lectores en el hermoso placer de acceder y divulgar el conocimiento, sin soslayar los desafíos sociales y culturales que se imponen sobre nuestros proyectos y voluntades.