

Medicina,
Ciencias Biológicas
y Naturales

MANUEL ANTONIO GIRON

El Indígena Americano como problema médico-social

I.—*Indígenas de América. Quiénes son y cuántos son*

Si se analiza la información estadística de Rosemblat que se halla reproducida en este estudio (América. Población indígena de la actualidad), se nota que mientras en Norteamérica los mestizos son incluidos entre los indígenas, en las Américas Central y del Sur (excepto las Guayanas), los mestizos forman un grupo aparte. Bastaría ese diferente criterio de clasificación para concluir, que, vistos por un norteamericano, de los 114 millones de habitantes con que cuenta Latinoamérica, 46 millones, o sea casi la mitad, serían indígenas. Ahora bien, en Latinoamérica, el mestizo aunque debido al gran sentido de democracia racial que existe, no se avergüenza, ni mucho menos de su sangre indígena, si trata de establecer su condición de mestizo, porque ello significa un estado cultural claramente diferenciado del indígena, grandemente asimilado a la latinidad pero con mucho de suyo propio y que por los tanto ha dejado de ser socialmente indígena o europeo. No trata el mestizo de que se le llame blanco como podría pensarse, por su grado de asimilación a la cultura europea, simplemente quiere ser mestizo, ni indio ni blanco, entidad cultural independiente, la cual en Latinoamérica nadie niega ni trata de ignorar.

Basta este primer análisis para que uno se pregunte cuántos son y quiénes son los indígenas de América. Sería suficiente un criterio de clasificación, es decir saber quiénes son indígenas para determinar cuantos son. Desgraciadamente, este criterio de clasificación no se ha establecido. El idioma y el traje, han sido usados para señalar a los indígenas, pero ello ha dado lugar a que muchos indígenas así clasificados sean realmente de raza blanca. El aspecto físico exterior, es decir el criterio antroposcópico como base para calificar el indígena, es el usado en Norteamérica, y ya se ha visto que no se acepta en Latinoamérica porque incluye a gran parte de los mestizos. En nuestra opinión, la costumbre latinoamericana es la más sabia. *Es indio, quien vive como indio*. Esta definición, tiene un contenido de cultura y de sociedad; contiene la apreciación subjetiva más exacta de aquello que nos parece indiferente a lo que somos y lo que es nuestro sistema de vida; todo aquel que vive como mestizo, sentimental, intelectual y socialmente, es mestizo, no importa que sea indio puro desde el punto de vista antroposcópico o de antropometría racial. Por otra parte, todo aquel que vive la cultura y sociedad indígenas, es indio, así sea blanco. Tal criterio vulgar de catalogar al indio, es indudablemente el más sabio, ya que tiene un sentido social, económico y político. ¿Pero, establecido así quienes son indígenas, se podría decir cuántos son? No. Los censos han sido hechos siguiendo diferentes criterios y se requiere una aceptación panamericana de la definición de indígena, para tratar de saber cuantos son, guiados por bases estadísticas uniformes. Se presenta el cuadro de Rosemblat, no por considerarlo exacto, ya que además de ser un poco anticuado, contiene datos originados en censos hechos conforme a la opinión de cada estadista en lo que a calificativo de indígena respecta, sino para que sirva de guía, aunque se vea en cada cifra tan sólo una aproximación. En efecto, dicho cuadro da la información básica siguiente en cuanto a quienes son y cuantos son indígenas: 1º—En Groenlandia, Guatemala, Perú, Bolivia y posiblemente Ecuador, la población indígena comprende la mitad o más del total de los habitantes del país y se podría llamar a estos países Indoamericanos, dándole significado de realidad a esta palabra por la anteposición de lo indígena a lo americano. 2º—En México y Nicaragua, los indígenas constituyen una tercera parte de la población y más que países Indoamericanos, podrán llamarse países amerindos. Honduras, El Salvador y Paraguay, con sólo un quinto de indígenas con relación al total de su población, serían países típicamente amerindos. Finalmente, Estados Unidos, Canadá, Las Antillas, Costa Rica, Panamá, Colombia, Las Guayanas, Venezuela, Brasil,

A M E R I C A - Población indígena de la actualidad

	INDIGENAS	MESTIZOS	TOTAL	PORCENTAJE INDIGENA
I—AL NORTE DE MEXICO				
Greenlandia	16.222	Incluidos Indígenas	16.650	97.54
Alaska	29.983	Idem	59.278	50.58
Canadá	108.012	Idem	10.100.000	1.07
Estados Unidos	332.397	Idem	122.698.191	0.27
TOTAL	486.614	Idem	132.874.119	0.36
II—MEXICO - ANTILLAS Y AMERICA CENTRAL				
México	4.620.886	9.040.590 (55%)	16.404.030	28.16
Antillas	Extinguida	400 (0.004%)	9.150.000	
Guatemala	1.299.927	949.963 (30%)	2.165.000	60
Honduras Británica	2.565	5.130 (10%)	51.300	5
Honduras	171.952	591.832. (69%)	859.761	20
El Salvador	287.522	1.006.327 (70%)	1.437.611	20
Nicaragua	212.706	319.058 (50%)	638.119	33.33
Costa Rica	3.193	5.322 (1%)	532.259	0.6
Panamá	42.897	249.583. (53%)	467.459	9.17
TOTAL	6.641.648	11.868.205. (37%)	31.705.539	20.94
III—AMERICA DEL SUR				
Colombia	250.000	3.925.500 (50%)	7.851.000	3.18
Guayana Inglesa	7.379	Incluidos en indígenas	318.312	2.31
Guayana Holandesa	2.000	Idem	139.869	1.42
Guayana Francesa	2.368	Idem	44.202	5.35
Venezuela	136.147	804.000 (25%)	3.216.000	4.23
Ecuador	960.000	600.000 (30%)	2.000.000	48
Perú	3.711.140	1.352.340. (22%)	6.147.000	60.37
Bolivia	1.890.000	1.120.000 (32%)	3.500.000	54
Brazil	1.250.000	8.054.530 (20%)	40.272.650	3.10
Paraguay	142.519	600.000 (60%)	1.000.000	14.25
Uruguay	Extinguida	95.154 (5%)	1.903.083	2.35
Chile	101.118	2.213.606 (51%)	4.287.445	0.32
Argentina	38.425	300.000 (2.5%)	12.000.000	10.27
TOTAL	8.491.096	19.065.130 (23%)	82.679.561	
RESUMIENDO LOS RESULTADOS PARCIALES:				
I—Al Norte de México	486.614	Incluidos en Indígenas	132.874.119	0.36
II—México - Antillas y América Central	6.641.648	11.868.205 (37%)	31.705.539	20.94
II—América del Sur	8.491.096	19.065.130 (23%)	82.679.561	10.27
TOTAL AMERICA	15.619.358	30.933.335 (12%)	247.259.219	6.31

Uruguay, Chile y la Argentina, debido a su pequeño porcentaje de indígenas, deberían ser considerados como angloamericanos, latinoamericanos y tal vez algunos de ellos como afroamericanos o méricoafricanos. Lo evidente, desde el punto de vista que se está tratando, es que para este último grupo de países, el apelativo de indígenas es inadecuado, ya que tal grupo racial está en vías de extinguirse en ellos. El presente estudio, está hecho con el pensamiento puesto en los países indoamericanos y amerindos y sólo para tales países podría tener aplicaciones prácticas en lo que respecta a sus programas de medicina social.

II.—*Los sistemas médico-sociales europeos en América*

Desde el descubrimiento y conquista de América hasta nuestros días, la cultura europea ha ofrecido a los americanos sus sistemas médico-sociales y todos aquellos americanos, blancos o mestizos que tienen una concepción europea de la vida, han adoptado estos sistemas, más o menos modificados por las características de los medios sociales en donde se han aplicado.

a) Organismos privados.—Las agrupaciones religiosas durante la colonia y más tarde las sociedades de beneficencia mutua o bien los sistemas de cuota que ciertas empresas exigen a sus asalariados, garantizándoles a cambio servicios médicos, son los representativos de organización médico-social privada más importantes. Hay que citar también al médico privado, quien a medida que la ciencia médica se complica, tiende a renunciar a su aislamiento para trabajar en policlínicas, o en hospitales privados.

Las organizaciones religiosas fueron el organismo médico-social máximo durante la colonia y basta recordar como meritorios ejemplos a los Betlemitas y los de la orden de San Juan de Dios, en lo que se refiere a la creación de hospitales y a los Dominicos, quienes fundaron las universidades latinoamericanas, que a su vez patrocinaron las escuelas de enseñanza médica. Debe reconocerse que aún en la actualidad, las agrupaciones religiosas contribuyen en alto grado en los programas médico-sociales de muchos países, tanto en Norteamérica como en Latinoamérica. Los hospitales, son el campo de acción preferido por las instituciones religiosas y es en ellos, donde en nuestros días representan todavía un papel importante. La fuerza económica de la Iglesia, amén de su especial protección por el Estado en el caso de España y la religión católica, motivaron un gran desarrollo de las instituciones religioso-hospitalarias en Latinoamérica. Estos hospitales, eran a veces dedicados especialmente al cuidado de los indígenas, pero

generalmente trabajaban y trabajan sin reglas de segregación, aunque debido al natural aislacionismo indígena, la mayor parte de sus pacientes eran y son mestizos o blancos.

Da la impresión de que el hospital indígena, nació inspirado en una campaña de divulgación médico-social más, que debido a ideas segregadoras. No obstante, si bien el indígena recibió múltiples beneficios de los hospitales religiosos, fueran estos indígenas o mixtos, es indudable que la desconfianza indígena malogró en gran parte la labor cuantitativa de estos centros en lo que se refiere a la concurrencia autóctona a los mismos.

Con la independencia de España primero, y las revoluciones liberales después, las organizaciones religiosas pierden su fuerza económica y privilegios estatales y van pasando a la categoría de instituciones puramente privadas, con una fuerza médico-social cada vez menor en relación a las nuevas organizaciones que tienden a sustituirlas. En Norteamérica, estos organismos son aún bastante importantes debido a la enorme riqueza de aquel país y es curioso observar su decadencia en la América Latina; en donde el capital privado no es muy fuerte, en contraste con la importancia que aún poseen en la América anglosajona, en donde es frecuente que además de centros puramente hospitalarios, existan universidades religiosas; esto acontece poco actualmente en América Latina, ya que la mayoría de las viejas universidades religiosas se han nacionalizado.

Las sociedades de beneficencia, trabajan frecuentemente en conexión con agrupaciones religiosas. En Latinoamérica se dedican al auspicio de consultorios, gotas de leche, comedores y guarderías infantiles, orfanatos, etc. En Norteamérica, estas instituciones debido a su poderío económico, puede hacer obras de mayor envergadura, como hospitales y aun universidades. El sistema de donativos ya sea de estas sociedades o bien individuales, permite en Norteamérica la construcción de centros médico-sociales de primer orden y en contraste, en Latinoamérica estos donativos, más modestos, se limitan corrientemente a constituir una ayuda para el mejor funcionamiento de las instituciones médicas del Estado. Sin embargo, hay buenos ejemplos de centros benéficos sostenidos por la iniciativa privada de estas sociedades en los países latinoamericanos. Esta medicina social, si bien favorece grandemente al mestizo y al blanco, es apenas aprovechada por el indio y nuevamente en este caso, como cuando se habló de los organismos religiosos, no es que la institución lo rechace; su falta de utilización por el indígena, se debe a que este no la busca.

Los sistemas de asistencia mutua en cooperativas o cajas de aho-

rros, o bien los sistemas de cuotas que ciertas empresas exigen a sus asalariados garantizándoles a cambio servicios médicos, benefician por lo regular a la clase media, o bien al proletariado mestizo y blanco, y por lo tanto desde el punto de vista médico-social indígena, significan muy poca cosa.

Finalmente, la medicina privada independiente, representada ya sea por el médico aislado, la policlínica o el hospital, constituye un sistema médico-social para la asistencia de los trabajadores, la burguesía y el capitalismo y es digno de notarse el gran desarrollo de estas instituciones en Norteamérica, en contraste con su desenvolvimiento relativamente modesto en Latinoamérica. La razón es evidente. Este tipo de trabajo médico, es una expresión del liberalismo económico y es en los Estados Unidos donde la economía liberal tiene mayor fuerza, dónde se encuentran sus ejemplos más prósperos. Inútil casi, nos parece recordar que el indígena está al margen de estos servicios. En efecto, aun el proletariado mestizo no se beneficia integralmente con ellos. Debe hacerse notar, sí, que en los Estados Unidos existe una tendencia manifiesta a tratar de que los obreros puedan asistir a estos centros, lo cual sólo demuestra que el standard de vida del obrero norteamericano es lo suficientemente alto para poder utilizar la medicina social de tipo liberal, cosa que en Latinoamérica se restringe notoriamente a la clase media, especialmente cuando se trata de países indo-americanos.

b) Organismos públicos.—La influencia que la revolución industrial de los siglos XIX y XX ha tenido sobre la medicina social, ha sido tremenda. Las masas obreras han adquirido una importancia política insospechada, debido a su función primordial en la producción de artículos de consumo. Las vías de comunicación fáciles, han transformado al mundo en un gran mercado y como consecuencia, no importa que un país sea agrícola o industrial, si produce excedentes y hay demanda en otros países por ellos, la riqueza de la nación viene a depender del trabajador, complemento indispensable de la máquina o de la semilla que se siembra, factor esencial en la producción, riqueza biológica, capital más grande que el capital mismo, ya que sin él, la riqueza está muerta. Desde el punto de vista médico-social, la consecuencia lógica de esta sobrevaloración proletaria, fue el desarrollo de los sistemas colectivos de asistencia médica, los cuales mostraron y muestran cada vez más, una tendencia marcadísima a pasar de las manos privadas a las públicas. Es interesante seguir la evolución de estos sistemas y observar cómo, sus primeros pasos torpes y deficientes, contrastan con la orientación cada vez más inteligente que van

tomando en nuestros días. La metamorfosis de la caridad religiosa, en beneficencia pública primero y luégo en asistencia social, que cambia el nombre de organización piadosa, por junta de buenos vecinos, dirección burocrática del Estado y a las últimas, secretaría del mismo, no puede ser más ilustrativa y si se analiza por otra parte la nueva orientación colectiva de la higiene, que culmina con lo que se llama salud pública y se coloca al lado de la medicina curativa, para constituir la importante secretaría de salud pública y asistencia social, que además de velar por la salud del pueblo trabajador, se encarga de asilar a todos los temporal o definitivamente no útiles, se tiene la impresión de que el Estado cuida amorosamente de la salud y el bienestar humanos, en los países capitalistas, porque lo urgen capital y trabajo y en los países socialistas, porque él se identifica con capital y trabajo.

Y se llega a las etapas en que hay que cuidar al ciudadano, sea éste patrón, trabajador o funcionario del Estado y cuando los gobiernos se sienten abrumados por el número que la palabra ciudadano representa y la industria o la agricultura llegan a ser básicas para la potencialidad económica de un país, surgen los Zentvos Rusos, (1864) o los seguros sociales germanos, (1872) y ya se tiene al gobierno lavándose las manos como Pilatos y abogando por el seguro social con tanto empeño como el capital y como la clase trabajadora misma. Los regímenes de seguridad social adquieren con los avances del socialismo una meta de universalidad, acordes con la responsabilidad ciudadana de que se les va imbuyendo, concepto que se ha prestado a críticas contradictorias pero que ya hace sentir su fuerza en los últimos proyectos de legislación que se discuten en el mundo.

Latinoamérica ha seguido con cautela las nuevas tendencias y actualmente tiende a organizar sus sistemas de salud pública, siguiendo las pautas norteamericanas y sus sistemas de asistencia social, guiada por el sentido común, el cual es ciertamente difícil de utilizar cuando los presupuestos son exiguos. Los seguros sociales están en Latinoamérica viviendo su etapa clasista, pero ya principian a verse leyes universalistas, tales como la de Guatemala.

La socialización de la medicina ha encontrado seria oposición en el sector médico que defiende el liberalismo profesional y esto parece justo y lógico en América. En efecto, es natural que el médico combata la idea de socializar la medicina allí donde el liberalismo económico protege al resto de las profesiones liberales.

Siendo el objetivo de este trabajo; estimar hasta donde alcanza al indígena, la esfera de acción médico-social de estos sistemas, analizaremos a continuación sus posibilidades al respecto.

La revolución industrial y agrícola de los siglos XIX y XX, si bien afectó integralmente a los habitantes de Norteamérica, tuvo y tiene en contraste un alcance limitado entre los pobladores de Sudamérica. Los países latinoamericanos, aunque ligeramente retrasados con relación a los Estados Unidos, pueden casi identificarse con éstos en sus costumbres económicas de vida. Por otra parte, los países amerindios y los indoamericanos presentan una sociedad dividida desde el punto de vista económico en dos grupos radicalmente diferentes, que imprimen un aspecto típico a sus sociedades. El grupo indígena y el blanco-mestizo, al cual llamaremos americano para darle un sentido acorde con las definiciones que se hicieran al principio de este estudio (véase indígenas de América, quiénes son y cuántos son). Una buena parte del grupo americano, tiene una vida económica de tendencias similares a las de los anglo y latinoamericanos. A este sector de la población, ya asimilado a la cultura occidental, lo marginamos. El grupo indígena por el contrario, ha conservado su economía primitiva y resiste al parecer con éxito la influencia de la revolución industrial contemporánea. Dos factores evidentes, paralizan el desarrollo de la economía indígena hacia las normas occidentales. 1º el feudalismo y 2º la auto-segregación o aislacionismo indígena, que podría ser consecutivo al feudalismo, pero es posible que se trate de un fenómeno de idiosincrasia.

El feudalismo económico, es fatal para el indígena. Lo explota con salarios que tan sólo cubren sus necesidades vegetativas, evitándole todo poder adquisitivo que pueda convertirlo en un consumidor de artículos que no son de primera necesidad. Y esta existencia de siervo, estanca al indio socialmente, y desde el punto de vista médico social lo constituye en una carga abrumadora para las dependencias asistenciales y sanitarias del Estado. Esta realidad, trae como consecuencia otra: las instituciones médico-sociales del Estado, son ineptas para servir al indígena y dejando sin protección a este sector de la sociedad, no llenan su cometido. Como hay un gran sector mestizo que hace masa común con el indio en lo que a explotación atañe, la inconformidad primero y las revoluciones después, van logrando resolver esta situación injusta. La revolución mexicana y las revoluciones de la post-guerra de Centro y Sudamérica en los países indoamericanos, son ejemplos evidentes del descontento que existe entre los campesinos. Estos fenómenos, no son más que una reproducción de las grandes revoluciones europeas para librarse de la servidumbre y la agitación actual de Indoamérica debe ser vista con simpatía y optimismo, pues significa un definitivo paso hacia adelante para grandes sectores indí-

genas y mestizos, que dada su condición de elementos productores, pronto serán protegidos por el Estado desde el punto de vista médico-social. En México, después de la repartición de tierras se iniciaron ya los primeros pasos hacia la protección del campesinado, auspiciados por la secretaría de salubridad y asistencia. He aquí el programa de acción mexicano: Se clasificaron a los campesinos en tres clases desde el punto de vista económico: 1º Los pequeños ejidatarios. 2º Los asalariados con posibilidades económicas. 3º Aquellos que por circunstancias especiales no podían costear o ayudar a costear su asistencia médica. Entre estos últimos, se cuentan a los indígenas y a los habitantes de zonas poco explotadas o bien de poca pujanza agrícola. Este grupo, recibe ayuda total del Estado para sostener sus instituciones médico-sanitarias. Cuando una zona agrícola presenta posibilidades económicas y sociales para sostener sus servicios por medios cooperativos, el gobierno federal instala el servicio a sus expensas, pero inmediatamente inicia arreglos y hace propaganda para crear el sistema cooperativo. He aquí las bases del sistema cooperativo mexicano:

1º La cuota es de carácter familiar.

2º La cuota está en relación con la producción agrícola de la región. Veinticuatro pesos anuales para las regiones algodoneras, azucareras y trigueras. Doce pesos anuales para las regiones maiceras.

3º Las cuotas se recaudan de preferencia al través del crédito refaccionario.

4º La recaudación se verifica en el tiempo propicio para que altere lo menos posible el estado económico del campesinado.

En 1936 el gobierno instaló treinta y cuatro servicios médico-sanitarios rurales de uso colectivo; dicho número, alcanzó la cifra de 121 en 1940 y continúa aumentando. En un principio, los servicios funcionaron exclusivamente por cuenta del gobierno federal. No obstante, actualmente muchos de ellos por medio del sistema cooperativo, ayudan en gran parte a costear sus gastos. En efecto, en 1941, se gastaron más de 12.800.000 pesos, contribuyendo el gobierno federal con 8.700.000 y los campesinos con 4.100.000 aproximadamente.

Los dos regímenes médico-sociales del Estado, es decir, la salubridad y asistencia sociales y el seguro social, tienen ya el camino expedito para iniciar labores entre estos sectores indígenas de la población, productores, y que pueden incluirse en el sector blanco-mestizo del campesinado. Los programas a iniciar en un principio raquíticos, irán poco a poco logrando fortaleza y podemos asegurar que, a medida que

el feudalismo decaiga, progresarán los organismos de salud pública, asistencia social y seguridad social entre la población campesina de América. Con esto, se inicia una nueva etapa de asimilación indígena a la cultura europea, pero, debemos recordar que hay otro sector indígena para el cual el panorama es aún sombrío, tal es, el indígena autosegregado.

¿Cuáles son los factores que provocan la autosegregación indígena? El feudalismo se dijo que podría tener alguna culpa; en efecto, es natural el querer ser independiente y en una sociedad dividida en siervos y señores, aquellos que no tienen otra alternativa que la de ser siervos, es lógico que traten de aislarse. Pero se debe ver en esta situación además del aspecto sentimental resultante de la conquista, otros factores. Hay que recordar que son estos grupos aislados los que constituyen al indio auténtico, según la definición propuesta en este trabajo y son ellos el verdadero problema médico-social indígena de América.

Los factores de segregación además del feudalismo, son múltiples y algunos seguramente escapan a nuestra memoria. En ciertos casos, el simple hecho de no residir en zonas de producción, da como resultado el que las poblaciones indígenas conserven su economía primitiva, puramente vegetativa, que no aspira a más que vivir y subsistir. En otros, es la lengua autóctona la que aísla al indígena; en otros el factor determinante del aislamiento es la suma de estos dos factores agregada a la falta de vías de comunicación para conocer ese otro mundo en que vive el mestizo.

En fin, otras veces, se debe al fanatismo religioso y en algunas ocasiones a que se trata de pueblos artesanos. Pero todos estos factores, sumados a veces y unidos al analfabetismo y al desinterés del sector mestizo para penetrar allí con su cultura, provocan esa dolorosa realidad que se llama el indígena de América, viviendo en nuestro siglo una cultura casi integralmente pre-colombina, y poseyendo una enorme resistencia pasiva a las presiones de asimilación social extraña.

Si se revisan los factores de aislamiento enumerados, se encuentra que es la economía primitiva el de mayor fuerza. Gente que vive una existencia vegetativa sin que exista un factor de explotación feudal que los haga revelarse, no posee buena levadura para una revolución social, por la sencilla razón de que está contenta. Se ha hablado de crearles necesidades, pero para ello habría que remover los cimientos de su cultura misma. Se ha hablado de alfabetizarlos, pero la educación no anda lejos de ser dependencia del desarrollo económico y cuando se educa a una sociedad de economía primitiva, el conocimiento

del alfabeto no pasa de ser una ilusión, porque hay gente aún entre los blancos que sabe leer y no se sirve de esta arma para progresar por falta de ambición o iniciativa. Españolizarlos, desfanatizarlos, sañarlos, mezclarlos, comunicarlos con el mundo exterior, industrializarlos, he allí algunas de las cosas que se oyen; pero, seamos escépticos, estas cosas no cambiarán fácilmente la cultura indígena. El indígena vive contento en el siglo XV y lo único que desea es que se le deje tranquilo. Después de todo, los europeos añoran esos tiempos que no tienen nada que envidiar a los actuales en lo que se refiere a tranquilidad.

Si se convirtieran esas tierras en factores de producción ya sea por la agricultura o por la industria, es posible que se enrolará al indígena en el vía-crucis del progreso social moderno, pero después de todo, aun los movimientos económicos tienen su determinismo histórico y es poco probable que éste pueda ser fijado en el tiempo por unas cuantas medidas de gobierno. Dejemos pues la realidad social del indígena tal como se nos presenta y sin buscarle soluciones integrales, enfrentémosla desde el punto de vista médico-social. No obstante, debe hacerse la observación previa de que los sistemas estatales que hemos citado, apenas si han penetrado en las sociedades indígenas aislacionistas, a no ser que se mencionen ciertas medidas sanitarias de emergencia que se han impuesto a veces hasta recurriendo a la fuerza...

III.—*El indígena como problema médico social*

Ya se trate de una secretaría de salubridad y asistencia o de un instituto de seguridad social nacional, es decir que no vele sólo por ciertas clases indispensables a la producción sino que por todos los ciudadanos que lo necesiten, se tendrá a estos organismos públicos frente al problema médico-social indígena.

Cabe el preguntarse cuáles son los mecanismos que utiliza la sociedad indígena auto-segregada para protegerse contra los riesgos que acechan a la vida humana. Al indagarse en este sentido, se descubren hechos por demás curiosos y que posiblemente representan fenómenos naturales que la necesidad de adaptación impone en la organización de las sociedades. La colectividad indígena, asegura la supervivencia de los no útiles sirviéndose de la institución familiar como "Buffer" (amortiguadora), para compensar su déficit en organismos privados o públicos que se ocupen de solucionar tal problema. Debe ponerse en evidencia recíproca; es decir, que los organismos privados o públicos que en la sociedad moderna se ocupan del cuidado de los no útiles,

significan un fenómeno social "Buffer" (amortiguador), que compensa la desintegración de la familia. La familia indígena, se encarga del cuidado del viejo, del huérfano o del inválido y basta la enumeración de esos riesgos para comprender cuan importante y respetable es la institución familiar en una sociedad de economía primitiva. Tal hecho se hace más evidente, al observar la autoridad máxima que se concede a los ancianos y recordar que en algunas comunidades se rinde culto a los antepasados a la usanza asiática.

Desgraciadamente, en lo que se refiere a la medicina y a la higiene, si bien la institución familiar le brinda al ser humano atenciones y cuidados, la ignorancia de los conocimientos necesarios para que estas atenciones y cuidados den buen fruto conduce a una insuficiencia manifiesta en la función social de la familia indígena. En efecto, con una higiene rudimentaria y una medicina curativa empírica, la población indígena es terreno ideal para el cultivo de la enfermedad, pese a los bienintencionados oficios de la familia. Es en estos campos de la inseguridad social indígena donde deben actuar urgentemente los organismos de estado y si no quieren fracasar en sus nobles propósitos, deben aplicar métodos lógicos para penetrar en el aislacionismo indígena. Esperar que el indígena se incorpore a la cultura occidental de la noche a la mañana, es sinónimo de cruzarse de brazos, actitud poco airosa de parte de los organismos médicos, ya que bien saben que la enfermedad no es amiga del reposo.

¿Cuáles son los problemas médico-sociales básicos de las comunidades indígenas? Específicamente, con seguridad varían de un país a otro con los diferentes climas y otros factores ambientales. Sin embargo, el denominador común de una higiene rudimentaria y una medicina curativa empírica se expresa en las sociedades primitivas por una exageración de la mortalidad infantil y una falta de control de las enfermedades epidémicas.

Los organismos médico-sociales del Estado, deben por consiguiente tratar de infiltrar en la cultura indígena los conocimientos médicos modernos de medicina preventiva y epidemiología. Ahora bien, para introducir estos conocimientos al través de la gruesa capa de aislacionismo indígena, hay que crear organismos de infiltración que cubran las necesidades médicas perentorias de la sociedad indígena. Tales organismos de avanzada, son en nuestro criterio los siguientes:

1º.—Escuelas indígenas de enfermería materno-infantil.

2º.—Escuelas indígenas de enfermedades sanitarias.

3º.—Escuelas indígenas de epidemiología y terapéutica epidemiológica.

4º—Escuelas indígenas de dentistería.

5º—Escuelas indígenas de farmacia.

6º—Escuelas indígenas de laboratoristas.

En síntesis, hay que crear escuelas indígenas de ciencias médicas, con finalidades prácticas. Y para que se consigan fines prácticos, los estudios deben ser fáciles y los estudiantes indígenas. Por consiguiente, todas estas escuelas de infiltración médica, deben ser de tipo medio, secundario o rural, según quiera llamárseles; con planes de estudio que se desarrollen en términos prudenciales no mayores de dos años. El estudiante indígena, será como profesional de las ciencias médicas, el mejor elemento humano para la divulgación de estas ciencias entre el conglomerado indígena. Sin embargo, estos estudiantes, hombres o mujeres, deben poseer ciertas cualidades mínimas para ser admitidos en las escuelas médicas medias. El sentido común, aconseja el que sean bi-lingües para poder aprovechar el estudio—de la ciencia médica al través de profesores de habla hispana, médicos, enfermeras, laboratoristas, dentistas y farmacéuticos, que puedan ofrecerles dentro de los reducidos límites de tiempo estipulados en los planes de enseñanza, una síntesis elemental de lo que van a ser sus profesiones, con todo su sentido de actualidad, y el máximo aprovechable de práctica. Además, deberán saber leer y escribir, tener nociones de aritmética y de gramática y si fuera posible haber recibido totalmente la educación primaria. De preferencia, deben ser personas adultas, para que merezcan por su edad el respeto entre las gentes de su comunidad. Ya estos profesionales se encargarán de cambiar la mentalidad indígena frente a la enfermedad, transformando las ideas mágicas en lógicas y desplazando la brujería y el empirismo. Pero no debemos ver en estos profesionales tan sólo un elemento de divulgación, el profesional indígena, debe ir a satisfacer las necesidades a que deberá su creación. La enfermera materno-infantil irá a cambiar los procedimientos de cuidado prenatal y obstétrico y a enseñar y practicar medicina preventiva e higiene de la infancia. Las enfermeras sanitarias deberán predicar con el ejemplo la higiene de la vivienda y del vivir y divulgarán estas ideas, pero combatirán también la tuberculosis y enfermedades venéreas. Los epidemiólogos, combatirán las epidemias y los dentistas, farmacéuticos y laboratoristas irán también a llenar su cometido.

Sin embargo, la formación de profesionales indígenas por el Estado no es más que el paso inicial; una vez logrado ésto, las unidades de trabajo, sanitarias y asistenciales deberán aparecer en las comunidades indígenas, así como aparecieron las iglesias después de la llegada de los misioneros católicos.

Las unidades de trabajo continuarán el programa médico-social de los organismos de Estado y recibirán especial atención por parte de éstos. Una vez cuenten con el personal técnico completo, serán farmacia, dispensario, centro de primeros auxilios, sala de maternidad, servicio de emergencia, consultorio, centro de epidemiología, clínica dental y si posible fuera hasta hospital.

Cuando la comunidad indígena se dé cuenta del alto significado funcional de estas unidades de trabajo, se le pedirá ayuda económica para su sostenimiento, principiando la tercera etapa en el programa médico-social indígena, posible después de algunos años y consistente en cambiar en la mentalidad indígena el concepto para su seguridad social y por tanto, merecedor de luchar y sacrificarse por su conservación. En otras palabras, la unidad de trabajo médico-social, habrá entrado a formar parte integral de la cultura indígena.

En resumen se propone un programa médico-social, a desarrollarse en tres etapas:

1º—Creación de personal técnico indígena.

2º—Donación de unidades de trabajo que laboren en la comunidad indígena con técnicos indígenas.

3º—Incorporación de este servicio médico-social a la cultura indígena hasta tal grado, que sea posible convertir su dádiva a la comunidad en tributación consciente de la comunidad para sostenimiento del servicio.