

**NADIE NOS PUEDE ARREBATAR
NUESTRO CONOCIMIENTO...**

**PROCESO DE LEGALIZACIÓN
DE LAS MEDICINAS INDÍGENAS
TRADICIONALES EN MÉXICO Y BOLIVIA**

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO
Programa Universitario de Estudios
de la Diversidad Cultural y la Interculturalidad

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	
PRÓLOGO	
Nat. Jaime Zalles Asín (Viceministro de Medicina Tradicional e Interculturalidad de Bolivia —QEPD—)	
INTRODUCCIÓN	
CAPÍTULO 1	
ETNIA, NACIÓN Y MEDICINAS INDÍGENAS	
Los movimientos étnicos en América Latina; orientaciones teóricas sobre la cuestión etnia/nación; etnia, cosmovisión y medicinas indígenas.	
CAPÍTULO 2	
HEGEMONIA MÉDICA Y SUBORDINACIÓN LEGAL DE LAS MEDICINAS INDÍGENAS	
CAPÍTULO 3	
LAS MEDICINAS INDÍGENAS EN MÉXICO Y BOLIVIA: UNA HISTORIA DE SUJECCIÓN	
Periodo colonial; periodo independiente (siglo XIX); periodo independiente (siglo XX, hasta 1970); periodo independiente (siglo XX, de 1970 a 1995) .	

CAPÍTULO 4

TIPOS DE ESPECIALISTAS Y FORMAS DE APRENDIZAJE EN LAS MEDICINAS INDÍGENAS DE MÉXICO Y BOLIVIA

La medicina indígena en el contexto regional; los especialistas en las medicinas indígenas; la formación e iniciación del médico indígena; rutas de trabajo.

CAPÍTULO 5

CAUSAS DE DEMANDA Y ORGANIZACIONES DE MÉDICOS INDÍGENAS EN MÉXICO Y BOLIVIA

Causas de demanda de consulta; procedimientos diagnósticos; recursos terapéuticos; los médicos indígenas y sus organizaciones; las medicinas indígenas y su relación con la cultura local.

CAPÍTULO 6

MÉDICOS INDÍGENAS Y AUTORIDADES SANITARIAS

Los médicos universitarios y la medicina indígena; programas institucionales de interrelación; los médicos indígenas y la medicina académica; diferencias y conflictos con los médicos académicos.

CAPÍTULO 7

MÉDICOS INDÍGENAS Y AUTORIDADES CIVILES

Autoridades municipales y medicina indígena; conocimiento sobre los médicos indígenas; conflictos con los médicos indígenas; políticas municipales relacionadas con los médicos indígenas; percepción de la legalización; médicos indígenas y autoridades diversas; relaciones armónicas; relaciones conflictivas con autoridades; relaciones conflictivas con vecinos e intervención de autoridades.

CAPÍTULO 8

MÉDICOS INDÍGENAS Y AUTORIDADES RELIGIOSAS

Sacerdotes católicos y medicina indígena; empleo de plantas medicinales; empleo de ritos y ceremonias; rechazo a las prácticas de hechicería; posesión demoníaca y exorcismo; testimonios de curación con los médicos indígenas; posición de los sacerdotes ante la legalización; sanciones impuestas por los sacerdotes a los “brujos”; médicos indígenas y cristianismo; el caso de Lucía; el caso de Fidelia; el caso de Sonia; otras observaciones en la región maya.

CAPÍTULO 9

LA LEGALIZACIÓN SEGÚN LOS MÉDICOS INDÍGENAS

El reconocimiento comunitario; el reconocimiento institucional; el reconocimiento legal; ventajas; desventajas; criterios de inclusión/exclusión; estrategias para lograr la legalización; consecuencias; el problema de la subordinación; otros datos pertinentes.

CAPÍTULO 10

CONSIDERACIONES SOBRE EL PROCESO DE LEGALIZACIÓN (hasta 1995)

Primera parte:

Relaciones con los médicos académicos; relaciones con las autoridades civiles; relaciones con las autoridades religiosas.

Segunda parte

Pertinencia; factibilidad; implicaciones

CAPÍTULO 11

AVANCES, ESTANCAMIENTOS Y RETROCESOS en la legalización de las medicinas indígenas en México y Bolivia (1996-2014)

BIBLIOGRAFIA

ANEXOS

Características de los informantes y técnicas de investigación

2. Documentos

- A. Declaración de Oaxtepec (1989)
- B. Documento de Pátzcuaro (1990)
- C. Comunicado oficial de la Secretaría de Salud (1994)
- D. Resolución Suprema que reconoce la personalidad jurídica de la Sociedad Boliviana de Medicina Tradicional (1984)
- E. ► Artículo Segundo de la Constitución de los Estados Unidos Mexicanos.
► Diario Oficial de la Federación que reconoce la medicina indígena en la Ley General de Salud, México (19 de septiembre de 2006)
- F. Artículos 23 y 24 sobre medicinas indígenas en la Declaración de Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas. (Sept. 2007)
- G. Artículos de la nueva Constitución Política del Estado boliviano aprobada el 7 de febrero de 2009, referidos a la interculturalidad y la medicina tradicional.
- H. Ley 459 de Medicina Tradicional Ancestral Boliviana (promulgada el 19 de diciembre de 2013)

AGRADECIMIENTOS

Esta investigación nace de una progresiva curiosidad personal. Hace 30 años al describir las prácticas urbanas de la medicina popular-tradicional y la automedicación en familias derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), residentes de la zona metropolitana del Valle de México, “descubrí” el protagonismo central de la madre en el proceso de atención curativa a nivel doméstico.

A partir de 1985 inicié otro trabajo de investigación, con una especialista de la denominada “medicina tradicional”: Doña Marina, una curandera de Iztapalapa. Me permitió “descubrir” el dinámico mundo del curanderismo mestizo en la ciudad de México. Así pude constatar la transmisión generacional de concepciones, saberes y prácticas curanderiles, las principales causas de demanda de consulta, los procedimientos curativos más frecuentes, los principales recursos simbólicos y herbolarios, así como las relaciones subordinadas que los curanderos establecen con los médicos académicos y las instituciones de gobierno dominados por éstos.

Precisamente para profundizar en la investigación de dichas relaciones, desde 1989 me sumergí en el estudio histórico y antropológico de las interacciones entre médicos académicos y curanderos.

El presente trabajo (basado en la tesis de doctorado defendida en febrero de 1996), intenta mostrar las diversas facetas del amplio proceso de legitimación social y jurídica que han emprendido los practicantes indígenas de la medicina tradicional. Documenta las relaciones asimétricas entre la medi-

cina indígena y la occidental, señala sus orígenes, los distanciamientos y las aproximaciones, las perspectivas y las limitaciones.

Esta breve reseña de sucesivas investigaciones, que corresponden a la especialidad, la maestría y el doctorado, respectivamente, reflejan una historia personal. Es la evolución del médico al antropólogo y la incorporación de la perspectiva antropológica en la práctica y la docencia médica. Esta orientación me ha brindado sustento teórico/práctico para entender y servir mejor a mis pacientes, a mis estudiantes (de medicina y antropología), así como a las comunidades rurales e indígenas donde he laborado. Creo que esto me salva de una falsa dicotomía: pues he sido considerado médico entre los antropólogos y antropólogo entre los médicos y sin la menor duda, soy las dos cosas.

Es hora de pasar a los justos y necesarios agradecimientos. Por supuesto, pese al carácter individual de esta obra es evidente su elaboración colectiva.

En primer lugar, agradezco a los médicos indígenas yoremes, purépechas, mayas y kallawayas que participaron directamente como informantes. Según lo acordado, en la mayoría de los casos, respetamos su identidad cambiando el nombre de sus pueblos y sus personas. Por su humildad y sabiduría constituyen una de las riquezas estratégicas de nuestra América.

A las organizaciones de médicos indígenas, especialmente la Organización de Médicos *Tehueka An'nia Jit'téberi*, "Mayo-Yoreme", que se ubica en el norte de Sinaloa; la agrupación de médicos tradicionales de Campícuaro, Michoacán; la Organización de Médicos Indígenas Purépechas (OMIP), con terapeutas en los alrededores del Lago de Pátzcuaro; la Organización de Médicos Indígenas Mayas de la Península de Yucatán (OMIMPY) y la Sociedad Boliviana de Medicina Tradicional (Sobometra) que agrupa en un sector a los médicos kallawayas.

Agradezco también a los médicos académicos, sacerdotes y autoridades municipales quienes aceptaron con gusto y curiosidad la entrevista propuesta por el investigador.

El proyecto y sus avances fueron discutidos, analizados y enriquecidos por mis colegas investigadores del Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina (Facultad de Medicina, UNAM).

Mis alumnos de licenciatura en la Facultad de Medicina y del posgrado en la Escuela Nacional de Antropología e Historia me brindaron dudas, interrogantes y sugerencias sobre el tema.

Finalmente, quiero dejar constancia de agradecimiento a Eduardo Menéndez, Luis Alberto Vargas, Carlos Viesca, Noemí Quezada (ya falleci-

da), Soledad González, Abigaíl Aguilar, Miguel Angel Martínez (también ya fallecido), Alfredo Paulo Maya y Luca Citarella, quienes me honran con su amistad y me estimularon para terminar la investigación y publicar esta obra. Por último, a Jaime Zalles, informante primero, amigo después, quien, con el correr de los tiempos, se convertiría en el primer responsable que ocupa en Bolivia, el Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad, y que me honró al prologar este libro. El 24 de octubre del 2007, Jaime se nos adelantó en el camino de la vida y el más allá. A él dedico esta obra. Seguramente el “Vice-brujo”, como le gustaba nombrarse, esbozará una cómplice sonrisa.

Muchas gracias a todos.

PRÓLOGO

Conozco a Roberto Campos Navarro, el andariego, desde hace más de 20 años. Siempre con su propósito tenaz de formar a los futuros médicos del campo mediante un instrumento llamado la “Antropología Médica”.

Él ha estado en Temuco en Chile, en Potosí, en La Paz, en cantidad de otras ciudades de Perú, Ecuador o México siempre tratando de formar al Personal de Salud de modo que pueda entrar en una relación digna, respetuosa, horizontal con los médicos de cada cultura ancestral de nuestros pueblos, cambiando actitudes, enseñando a desechar la “discriminación, la exclusión, el despojo y la suplantación” todas ellas “actitudes colonizadoras” para enseñar con su ejemplo y con su praxis de muchos años la verdadera manera intercultural de hacer Salud entre todos. Es el guía del cambio de paradigma que necesitamos para trabajar en esta materia. Para Roberto Campos, como lo dice al inicio de una de sus muchas obras: “Arrancaron nuestros frutos, cortaron nuestras ramas, quemaron nuestro tronco, pero no pudieron matar nuestras raíces.”

Mexicano orgulloso de nuestras identidades ancestrales, Roberto Campos es el Maestro, es el que tiene la palabra y sabe hacer las cosas en esta ardua construcción de la Salud Intercultural que todos debemos hacer en el campo, allí donde los servicios oficiales de salud son muchas veces inexistentes.

Agradecemos un vez más sus investigaciones, sus aportes, sus sugerencias siempre valiosas.

Que siga luchando para que la Antropología Médica deje de ser la gran ausente de nuestras Facultades de Ciencias de la Salud.

Por mi parte espero que sigamos esforzándonos por que nuestros países tengan mejores políticas de Salud inclusivas, equitativas y extensivas para que nadie se quede sin un excelente servicio de calidad y calidez.

Gracias querido Roberto por esta obra que enriquece los Diplomados, Maestrías y Especialidades en que frecuentemente te encontramos.

No dejes tu camino. Eres un ejemplo. Tú vas delante...

Jaime Zalles Asin

Viceministro de Medicina Tradicional e Interculturalidad.
La Paz, Bolivia, 31 de mayo de 2007 [QEPD: 24 octubre 2007]

INTRODUCCIÓN

*Arrancaron nuestros frutos,
cortaron nuestras ramas,
quemaron nuestro tronco,
pero no pudieron matar nuestras raíces.*

(Movimiento 500 años de resistencia
indígena, negra y popular)

México y Bolivia son dos países de América Latina que, a pesar del distanciamiento geográfico, poseen características culturales, históricas y sociales muy semejantes:

- Una rica y variada cultura precolombina, cuyas máximas expresiones fueron las civilizaciones mexica, maya e inca, insertas las dos primeras en el área conocida como Mesoamérica,¹ y la tercera en el Tahuantinsuyu.²
- Una violenta y traumática conquista por un mismo grupo conquistador, cuyo dominio colonial duraría alrededor de tres siglos, imponiendo

¹ Desde un punto de vista geográfico y cultural, Mesoamérica comprende la región limitada al norte por los ríos Sinaloa, Lerma y Pánuco (parte de los estados mexicanos de Sinaloa, Durango, Zacatecas, San Luis Potosí y Tamaulipas) hasta la frontera sur en el río Motagua, el Lago de Nicaragua y el Golfo de Nicoya, en Centroamérica (Kirchhoff, 1992:34).

² Siguiendo la cordillera de los Andes, el Tahuantinsuyo o “cuatro regiones unidas entre sí”, abarca parte de Colombia, Ecuador, Perú, Bolivia, norte de Argentina y parte de Chile, hasta el río Maule (Rostworowski, 1992:19).

estructuras políticas, económicas, sociales y religiosas que fueron más o menos comunes en todos los países americanos sujetos a la Corona española.

► Un largo e intenso proceso de fusión biológica y cultural que daría origen a un nuevo y pujante grupo social que ya no sería más uno nativo o indígena, ni descendiente directo del europeo, ni tampoco de esclavos negros del continente africano. Nos referimos al hombre mestizo, que es el resultado de la mezcla de varios mundos.

► La emergencia de movimientos de liberación, que lograrían la independencia y la instauración de formas políticas republicanas; una feroz y sangrienta lucha por el poder político y económico; el divisionismo, por encima de los ideales y reclamos bolivarianos de unificación; los enfrentamientos armados por la defensa territorial, donde México pierde ante la desmedida ambición de los Estados Unidos, y Bolivia sufre la reducción de su extensión por las mutilaciones impuestas por todos los países circundantes: Perú, Brasil, Argentina, Chile (donde pierde su derecho a una legítima salida al mar) y Paraguay (todavía, en pleno siglo XX, mediante la Guerra del Chaco).

► En la actualidad, México y Bolivia guardan una dependencia económica frente a las grandes potencias del mundo capitalista. Al interior, encontramos profundas desigualdades sociales y económicas, un crecimiento demográfico intenso, un proceso creciente de urbanización, una morbilidad y mortalidad diferencial (donde el indígena se lleva la peor parte), así como unos servicios de salud pública insuficientes, con múltiples carencias, sobre todo en las zonas rurales.

► Una importante y significativa presencia de indígenas que continúan preservando sus lenguas originales, mitos y costumbres, usos y tradiciones, donde la medicina forma parte integral de su cosmovisión o forma particular de conceptualizar y entender el mundo en que viven. En México se cuenta con más de 56 grupos étnicos, siendo los más numerosos los hablantes del náhuatl, maya, zapoteco, mixteco y otomí (Valdés, 1989:73), en tanto que en Bolivia se reconocen poco más de treinta grupos; la mayoría son hablantes andinos del quechua y el aymara, sin desconocer la existencia de agrupaciones menores en el altiplano y el oriente boliviano (Albó, X. *et al*, 1989:197).

► Una medicina indígena —o mejor dicho, diversas medicinas indígenas— con características propias, pero no necesariamente libres del influjo de la sociedad dominante, que, por su parte, las ha negado, menospreciado, rechazado y perseguido.

Tales semejanzas no son de ninguna manera casuales, pues ambas naciones forman parte de los llamados **Pueblos testimonio**, denominación

del político y antropólogo brasileño Darcy Ribeiro (1977:95) que designa a los pueblos:

...sobrevivientes de altas civilizaciones autónomas que sufrieron el impacto de la expansión europea. Son los resultados modernos de la acción traumatizante de aquella expansión y de sus esfuerzos de reconstrucción étnica como sociedades nacionales modernas. Aunque han reasumido su independencia, no han vuelto a ser lo que fueron debido a que en ellos se ha operado una transformación, no sólo por la conjunción de las dos tradiciones, sino por el esfuerzo de adaptación a las condiciones que tuvieron que enfrentar como integrantes subalternos de sistemas económicos de ámbito mundial y por los impactos directos y reflejos que sufrieron de la Revolución Mercantil y la Revolución Industrial.

En este caso son los sobrevivientes de las civilizaciones mesoamericanas (mexica y maya) y andinas (incaica) que sufrieron la violenta y destructiva invasión española, así como los efectos del mercantilismo y la industrialización europea, que obstaculizaron el desarrollo económico regional en América.

En la actualidad, esos grupos, ubicados en México y Bolivia, se encuentran en proceso de reconstrucción étnica y búsqueda de nuevas formas de autonomía dentro de la estructura nacional (ibid.: 97-98).

No se trata de una cuestión insignificante, basta considerar que la población indígena de México —no obstante conformar el 10 a 15 % de la población nacional— es la más elevada de América en términos absolutos (alrededor de 12 millones), en tanto que la población indígena de Bolivia constituye una indudable mayoría (cerca del 70% de su población total).

En este contexto, nuestra investigación trata de responder a un conjunto de preguntas relativas a la legitimidad social de las prácticas médicas ejercidas por los terapeutas indígenas de México y Bolivia: ¿quién o quiénes les confieren tal legitimidad para ejercer sus actividades? ¿Cuál es el papel del Estado en esta legitimación? ¿En la actualidad, la Iglesia Católica continúa persiguiendo y castigando a los curanderos? Si es así, ¿cuáles son las razones esgrimidas? ¿Existen campañas implementadas por los médicos académicos para denunciar, perseguir y sancionar a los médicos indígenas que no tienen un título profesional? ¿Existen formas de resistencia ante los ataques provenientes de las autoridades civiles, policíacas, militares, eclesiásticas y

sanitarias? ¿Qué han hecho los médicos indígenas de manera individual y colectiva, para defenderse? ¿La legalización del ejercicio de la medicina indígena será suficiente para evitar el hostigamiento de las autoridades? En un esquema de legalización, ¿quién o quiénes ejercerán las actividades de control de la práctica médica indígena?

Estas y otras preguntas relacionadas constituyen el problema que intentaremos describir, ampliar y analizar.

Cabe señalar que, desde 1984, el gobierno boliviano ha reconocido legalmente la existencia de practicantes indígenas, que desarrollan y ejercen actividades curativas dentro y fuera de sus respectivos grupos étnicos, e incluso se han aceptado a aquellos curadores que, no siendo de origen indígena, realizan prácticas llamadas “alternativas”, como son el naturismo, la acupuntura y otras. El proceso de reconocimiento jurídico no ha sido sencillo, pues se ha requerido primero la constitución organizativa de los curadores indígenas, luego la adquisición de una personalidad jurídica y, finalmente, la insistencia de un reconocimiento legal, conseguir las modificaciones legislativas y después el cumplimiento por las autoridades sanitarias, sin faltar la oposición de las asociaciones médicas profesionales.

Con respecto a México, en el I Congreso Nacional de Médicos Indígenas, que se efectuó en Oaxtepec, Morelos, en diciembre de 1989, y que contó con la asistencia de más de doscientos curadores procedentes de 34 grupos étnicos del país, se expusieron diversos problemas en relación al ejercicio de la medicina indígena en sus regiones de origen:

No se nos reconoce cabalmente, ni se nos da la importancia debida. Tenemos problemas con (la Secretaría de) Salubridad debido al funcionamiento de nuestras farmacias comunitarias y en otros casos nuestro problema es la falta de apoyo para lograr un jardín botánico de plantas medicinales.

También hemos tenido problemas porque han llegado personas disfrazadas de policías y judiciales e incluso el ejército, a hostigarnos porque recolectamos plantas religiosas muy de nosotros, como el peyote, hongos, tabaco macuche y otras. Tenemos problemas con los coyotes y caciques que nos multan por curar y muchas autoridades no nos apoyan, sino que nos critican diciendo que no sabemos nada.

En algunos casos no podemos lograr comunicación con los médicos y estos nos regañan por usar yerbas. (...)

Nos perjudican los hermanos evangélicos, Testigos de Jehová, Visión Mundial y otras sectas religiosas o extranjeras, porque no quieren que demos tequio³, y no admiten nuestras curaciones.

(...)

No tenemos libertad para ejercer nuestra medicina, en ocasiones lo hacemos a escondidas (...)⁴

Ante tales problemas, los curanderos indígenas propusieron soluciones, entre las cuales destacaron el reconocimiento y la legalización a sus prácticas curativas.

En el Primer Seminario y Foro sobre este tema, efectuado en Pátzcuaro, Michoacán (diciembre de 1990), los representantes de 23 organizaciones de médicos indígenas, avalaron y signaron el llamado *Documento de Pátzcuaro*, en el cual solicitaron capacitación médica, créditos financieros para proyectos de herbolaria medicinal, apoyos institucionales a sus actividades curativas, permisos especiales para el uso y transporte de **“...algunas plantas medicinales que se consideran prohibidas, pero que son necesarias en nuestras prácticas de curación”**⁵ y establecen un futuro e inmediato programa de trabajo donde:

Nosotros, como médicos tradicionales podemos y haremos una iniciativa de ley, con asesoría de personas que conozcan de leyes, que apoye la medicina tradicional, de acuerdo a la cultura de cada región, en su idioma, religión y costumbre. Esto vamos a plantearlo a nivel nacional por medio de una carta a los senadores, diputados y al Presidente de la República.

En esta propuesta incluiremos una visión amplia de legislación que incluya las reivindicaciones generales por las que luchan nuestros pueblos, pues la salud tiene relación con el territorio, la lengua, el derecho ancestral, etcétera.

³ Trabajo comunitario.

⁴ *Declaración de Oaxtepec* sobre medicina indígena, 6 de diciembre de 1989 (consúltese en el anexo 2).

⁵ *Documento de Pátzcuaro*, 6 de diciembre de 1990 (consúltese en el anexo 2).

De 1990 hasta el 2014 se han suscitado cambios importantes a nivel nacional e internacional. Por ejemplo, la aprobación y ratificación por el gobierno mexicano del Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo, que obliga a los Estados a que tomen en consideración los recursos curativos tradicionales en la implementación de sus políticas de salud; la modificación constitucional en México, del 2001, que reconoce la medicina indígena tradicional, las modificaciones a la Ley General de Salud, donde se menciona el apoyo, la promoción y el desarrollo de la medicina indígena (2006), la Declaración de las Naciones Unidas sobre el derecho de los pueblos indígenas a mantener y fortalecer sus medicinas tradicionales (2007). La aprobación en febrero de 2009, de la Constitución Política del Estado en Bolivia, que de manera rotunda y definitiva, brinda reconocimiento y protección a los saberes y prácticas médicas de los pueblos originarios, y en diciembre de 2013 la Ley 459 que reglamenta la medicina tradicional ancestral boliviana. Ahora las bases fundamentales están presentes, y resta el cumplimiento a los ordenamientos jurídicos nacionales e internacionales.

Este trabajo recoge las inquietudes y necesidades colectivas de los médicos indígenas de México y Bolivia, e intenta clarificar, delimitar y profundizar en tales demandas de legitimación social y jurídica en un periodo (1990-1995) en que todavía **no existía la legalización**. En este orden de ideas, el proyecto pretendió explorar espacios de reflexión y análisis de un fenómeno reciente y novedoso, que en la perspectiva académica, es un campo de convergencia de la antropología, sociología, historia, derecho y medicina.

Este proyecto tuvo varias razones de ser: desde el punto de vista institucional, es un trabajo que forma parte de las actividades cotidianas de investigación que desarrollamos en el Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina, Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). En segundo lugar y con una perspectiva académica, nos encontramos ante un tema y un problema a investigar que muy escasamente ha sido tratado por los estudiosos en el campo de la medicina popular-tradicional en México, e incluso en América Latina.

Independientemente de tales justificaciones institucionales y académicas, con este trabajo intentamos brindar nuestro granito de arena de apoyo y asesoría a los médicos indígenas de México y Bolivia, quienes durante siglos han sido agredidos, hostilizados y despreciados en la propia tierra que les ha visto nacer.

Nuestra participación activa en las reuniones, encuentros y congresos locales, regionales, nacionales e internacionales, muestra nuestro compromiso hacia sus actividades insustituibles en el campo de la salud rural. Sabemos

que algunas de sus acciones son limitadas, pero en otros campos nos han enseñado mucho con su experiencia y sabiduría.

Los objetivos generales de nuestra investigación fueron seis. En primer lugar, describir y analizar los saberes, las prácticas y las condiciones de ejercicio de los diferentes tipos de especialistas de la medicina yoreme (mayos de Sinaloa), purépecha (en Michoacán), maya (en Campeche) y kallawayaya (en los Andes bolivianos). En este apartado nos interesó saber cómo surgió su vocación médica, cómo fue el aprendizaje, quiénes les guiaron, cómo fueron sus primeras experiencias curativas, cuáles son las causas por las que se demanda su intervención, sus conocimientos alrededor de las principales enfermedades en la región, los recursos básicos que emplean, a quiénes consideran como especialistas, entre otras cuestiones.

En segundo lugar, describir y analizar el proceso de agrupación de los médicos indígenas como un fenómeno reciente, dinámico y contradictorio, que oscila entre la duda y la esperanza, entre las mutuas acusaciones de ejercicio hechiceril y la fe en un destino común, entre la suspicacia y la seguridad. Aquí nos importa relatar el manejo que se hace de la hechicería, de las diversas formas de hacerla y deshacerla, de la inseguridad que provoca, de la desconfianza que despierta entre los miembros de una comunidad y de los curanderos que trabajan en la misma. Pero, también, dejar constancia del proceso de corporativización que ha estado muy por encima del clima de aprehensión y recelo individual.

En tercer lugar, describir y analizar los vínculos que se instituyen entre los médicos indígenas y los sacerdotes católicos. Relatar las afinidades y las divergencias en función del ejercicio curanderil; la aceptación de algunos recursos técnicos y materiales de la medicina indígena; el rechazo eclesiástico a las prácticas nombradas como supersticiosas, adivinatorias e incluso diabólicas, y por ende, la confrontación directa, el castigo ejemplar y la resistencia al dominio ideológico de la Iglesia.

En cuarto lugar, describir y analizar las relaciones que se establecen entre los médicos indígenas y los médicos académicos, incluyendo las autoridades sanitarias. Reseñar los conflictos “profesionales” y legales; los cambios en las políticas mundiales de salud y sus repercusiones concretas en los países latinoamericanos, donde los médicos académicos inician un viraje ideológico de sus concepciones de las medicinas indígenas, que se reflejan en la aceptación parcial, el reconocimiento incompleto y en los intentos de apropiación y subordinación legal de las mismas. La respuesta diversa de los médicos indígenas, sus demandas de un reconocimiento total, sus dudas acerca del

grado de incorporación e integración al sistema institucionalizado de salud por su condición subordinada, entre otros aspectos.

En quinto lugar, describir y analizar el conjunto de experiencias que han tenido los médicos indígenas con relación a las autoridades civiles, judiciales y militares, en función de sus actividades curativas. La reseña de casos concretos donde los curanderos han sido molestados, extorsionados, detenidos e, incluso, encarcelados por realizar prácticas consideradas como ilegales. Pero también la exposición de casos donde existe una completa armonía con las autoridades locales y regionales.

Finalmente, nos interesa describir y analizar el problema de la legalización de acuerdo con las posiciones de los diferentes grupos involucrados: los propios médicos indígenas, la Iglesia, el Estado y los médicos académicos. Aquí nos importa profundizar en las relaciones de hegemonía y subordinación que existen en las sociedades latinoamericanas, en la reproducción de estas relaciones particulares al interior de la práctica médica general y en destacar las ventajas e inconvenientes de la legalización en México y Bolivia.

Cabe mencionar que para el cumplimiento de los anteriores objetivos, aparte del trabajo de campo antropológico, se realizó una intensiva búsqueda y recopilación de materiales históricos, estudios etnográficos de autores contemporáneos, trabajos jurídicos y de salud pública que directa o indirectamente, estuvieran relacionados con nuestro tema central de investigación. Las hipótesis elaboradas en forma inicial fueron dos :

1. Los terapeutas indígenas se encuentran interesados en el respeto y reconocimiento a sus prácticas curativas; sin embargo, su percepción ante el problema de la legalización es diferencial, de acuerdo con la heterogénea dinámica de articulación que se tiene con la cultura dominante (manifestándose grados de consenso y de conflicto frente a ella): dicha percepción varía desde la no identificación de problemas hasta las muy diversas expectativas de solución a sus demandas. Estas demandas pueden ser el libre ejercicio de su práctica y la plena incorporación estructural a los programas estatales de salud.
2. Existen argumentos demográficos, médico-epidemiológicos, jurídicos, económicos y socioculturales a favor de la legalización de los médicos indígenas de México. La decisión política de cambio (sea reconocimiento oficial, legalización u otra) dependerá del grado de organización y presión ejercida por los propios curadores, así como del apoyo brindado por otras agrupaciones comprometidas con el proceso.

Con la ampliación del estudio a la realidad boliviana hemos añadido otras hipótesis descriptivas y explicativas del proceso de legalización en ambos países:

3. La legitimidad social de los médicos indígenas está fincada —primariamente— en el reconocimiento comunal a sus actividades curativas. El Estado y otras instituciones relacionadas (por ejemplo, la Iglesia y las sociedades médicas académicas) aplicarán un reconocimiento parcial y fragmentario, de acuerdo con sus intereses particulares, y de esto dependerá el grado de aceptación/rechazo a las actividades concretas de los médicos indígenas.
4. Durante cientos de años, la resistencia y persistencia de la medicina indígena tradicional se fundó en la actividad personal, aislada y clandestina de sus terapeutas. En los últimos veinticinco años, esta defensa individual de una parte del patrimonio cultural indígena se ha ido, lentamente, transformando en un proceso incipiente y progresivo de asociación, cuyos principales fines son la defensa colectiva y la garantía al ejercicio autorizado, libre y responsable de la medicina indígena por parte de los curadores organizados e incluso independientes.

Sin embargo, tal ejercicio continuará siendo subordinado, en tanto que el control parta de las instituciones estatales (secretarías o ministerios de salud, hacienda u otras) y de las organizaciones médicas académicas que desempeñan una hegemonía práctica e ideológica en el campo de la salud y la enfermedad.

CONTENIDO DE LA OBRA

En el primer capítulo exponemos el perfil demográfico de las poblaciones indígenas de América; los movimientos indígenas contemporáneos, que reivindican los derechos históricos sobre sus tierras, sus costumbres, sus idiomas y sus modos de gobernarse; finalmente, abordamos la cuestión étnica y nación en relación con la medicina indígena.

En el segundo capítulo intentamos un acercamiento teórico sobre el proceso de profesionalización de la medicina académica, la adquisición de un dominio y exclusividad ideológica y jurídica sobre las otras prácticas curativas y el papel del Estado en estas relaciones de hegemonía /subalternidad de las medicinas.

En el tercer capítulo desarrollamos la historia de las prácticas médicas en México y Bolivia, de dónde emerge la relación subordinada de las medicinas indígenas ante la medicina académica, introducida primero por los colonizadores europeos y después por los gobiernos criollos.

En el cuarto y quinto capítulos brindamos una breve descripción contemporánea de las medicinas indígenas de México y de Bolivia, a partir de los datos que aportaron nuestros informantes. Señalamos sus principales especialistas, su ciclo formativo, las causas por las cuales son consultados, los recursos terapéuticos empleados y las organizaciones que han formado en forma reciente.

En el sexto capítulo describimos las interrelaciones entre los médicos indígenas y los médicos académicos: los entendimientos, las diferencias, los conflictos, las transacciones y los compromisos.

En el séptimo capítulo revisamos las relaciones que los médicos indígenas establecen con las autoridades civiles a nivel municipal y regional: los apoyos, acusaciones, amenazas, sanciones, acuerdos y reconocimiento públicos a sus actividades.

En el capítulo octavo puntualizamos las relaciones que existen entre los representantes de la Iglesia y los curanderos. Presentamos la posición oficial de la Iglesia, pero también la posición particular (a menudo divergente) de los sacerdotes que conviven con los médicos indígenas. Se describen las discrepancias y las conciliaciones.

En el noveno capítulo incluimos la perspectiva indígena de la legalización; con el trasfondo de las leyes, códigos y reglamentos de salud vigentes hasta 1995 en México y Bolivia. Son expuestas las principales orientaciones sobre el proceso de legalización, desde el punto de vista de los médicos indígenas y sus organizaciones.

En el décimo capítulo presentamos algunas consideraciones sobre esta investigación, en el periodo de 1990-1995, acompañadas de sugerencias que esperamos contribuyan al movimiento de lucha indígena por los derechos históricos que les han sido conculcados.

En el undécimo y último capítulo ofrecemos una actualización sobre la legalización y los recientes movimientos de interculturalidad que se han desarrollado en México y Bolivia, desde 1996 hasta la aprobación y vigencia de la nueva constitución boliviana en 2009 y la ulterior ley reglamentaria de diciembre de 2013.

Se añade la bibliografía consultada y citada.

Finalmente, presentamos un conjunto de anexos donde aparecen los datos pertinentes a las regiones donde se efectuó la investigación, la forma de

trabajo y el contenido de las entrevistas realizadas a los médicos indígenas y académicos, presidentes municipales y curas parroquiales, así como las características generales de cada uno de ellos; por último, se transcriben documentos fundamentales en el proceso de legitimación y legalización (1984-2013)

PRINCIPALES CONCEPTOS UTILIZADOS

Para los fines expositivos (teóricos y empíricos) de esta investigación utilizaremos las siguientes definiciones:

► *Curador o terapeuta*, desde un punto de vista antropológico se aplica a toda persona que realiza actividades con fines preventivos, curativos, restitutivos, de vigilancia técnica y de control social. La denominación de *curandero* denota a un curador o terapeuta de tipo tradicional cuyo origen nos remite a los pueblos indios americanos. Por ello también empleamos la designación de *médico indígena* para resaltar la igualdad de funciones con respecto al médico académico; la diferencia entre ambos estriba en los procesos de escolarización, profesionalización y legalización que experimentan los segundos. En sentido estricto los *médicos académicos*, o doctores, son licenciados en medicina con o sin estudios de posgrado (especialidad, maestría o doctorado).

► Por *medicina indígena tradicional* consideramos al conjunto de concepciones, saberes, prácticas y recursos manejados por los médicos o curadores de las diversos pueblos originarios de México y Bolivia, y que han sido aprendidos generacionalmente, mediante transmisión oral. A pesar de las evidentes semejanzas, debemos considerar que cada pueblo originario tiene sus propios conceptos y formas de entender el proceso de salud, enfermedad y muerte, por lo que el término medicina indígena tradicional es una denominación genérica, siendo más puntual la pluralización (medicinas indígenas tradicionales). Aquí se consideran equivalentes.

► Por *medicina popular tradicional* (o medicinas populares tradicionales) también incluimos al conjunto de concepciones, saberes, prácticas y recursos utilizados por los curadores sin estudios académicos, pero, en este caso, de origen mestizo. La línea de separación entre la medicina indígena y la popular son sumamente ambiguas y sutiles porque la hibridación cultural se presenta con múltiples matices en ambas agrupaciones sociales. Históricamente debemos considerar la aportación mesoamericana, la popu-

lar europea y la africana, que proviene de los esclavos. A estas esenciales contribuciones se deben añadir los conocimientos ulteriores de un muy heterodoxo origen. En este sentido, la medicina popular tradicional está más relacionada con el ámbito urbano y sus expresiones suelen ser más abigarradas e influidas por culturas foráneas, en especial la occidental.

► La *medicina académica* o *biomedicina* es la operada por los médicos que han realizado estudios escolares con la sanción y el aval del Estado. En el siguiente capítulo se le identificará en términos metodológicos como el *modelo médico hegemónico*, en cuanto que su origen, desarrollo y consolidación están caracterizados por su autonomía, estabilidad y poder en los espacios biotécnicos y jurídico-ideológicos. Precisamente la expresión de *hegemonía* de la medicina académica no se entiende sin la consecuente *subordinación* de las otras prácticas curativas (englobadas en los *modelos médicos subalternos* y de *autoatención*). Esto implica la existencia de relaciones asimétricas entre estos modelos curativos y, por supuesto, entre sus practicantes. La hegemonía no sólo es dominio técnico, político e ideológico franco y directo sobre los conjuntos sociales, sino también la aceptación por éstos del dominio como si fuera una manifestación cultural propia.

► Las *medicinas “alternativas”* (naturismo, acupuntura, iridología y otras), al igual que las medicinas tradicionales, forman parte del modelo médico subalterno por la posición de inferioridad y desventaja que ocupan frente a la medicina académica. Las medicinas “alternativas” se diferencian de las tradicionales en cuanto a que su origen no es americano y su aprendizaje no es generacional, aunque existen sus excepciones.

► Por *legalización* entendemos el proceso de reconocimiento colectivo, basado en normas escritas, con el valor privilegiado de Ley (todo ello correspondiente al derecho positivo), que se distingue de las tradiciones, normas, prácticas y costumbres comunitarias que no se hayan escritas pero que conservan un completo reconocimiento en los pueblos indios (y que se basan en el derecho consuetudinario).

El paso de la norma consuetudinaria a la legalización es la transición (en términos de Max Weber) de la *legitimidad tradicional* a la *legitimidad racional-legal*, es decir, de un control grupal a un control más amplio, de tipo burocrático-administrativo.⁶

⁶ En *Economía y sociedad. Esbozo de una sociología comprensiva* Max Weber define tres tipos de legitimidad (1974: 172): 1. De carácter racional, por autoridad legal. 2. De carácter *tradicional*, por autoridad tradicional. 3. De carácter carismático: por autoridad carismática.

► Por otra parte, el concepto de *pueblos indígenas* remite a los *pueblos originarios* de América y en este trabajo lo indígena, étnico u originario representa un conjunto de individuos que comparten una serie de rasgos de identidad comunitaria que los diferencian de agrupaciones vecinas; por ejemplo la lengua, las costumbres y tradiciones colectivas, la indumentaria, pero, sobre todo, una común concepción del mundo y de la vida, que se expresa en sus actividades culturales cotidianas y rituales.

CAPÍTULO 1

ETNIA, NACIÓN Y MEDICINAS INDÍGENAS

“¡Véanlos! ¡Estos no son como nosotros!”, fue el arrogante y despreciativo comentario de un conocido locutor de la televisión privada mexicana al repasar algunos rostros descubiertos de indígenas tzeltales, tzotziles y tojolobales, miembros del contingente zapatista que se había apoderado de San Cristóbal de las Casas (Chiapas) en los primeros días de 1994. Por supuesto, no eran las conocidas caras de las clases poderosas que manejan los medios de comunicación, ni las correspondientes a los grupos clasemedios de las urbes mexicanas. Se trataba —en realidad— de las auténticas y verdaderas facciones del indígena mexicano, que se revelaba de nuevo por la conquista de sus más elementales derechos, pisoteados durante siglos.

Son los rostros indios surgidos del México “profundo”, portadores de un proyecto étnico y nacional que difiere de aquel impuesto por los colonizadores europeos y continuado por los gobiernos independientes de origen criollo. Los indios mexicanos -y en general americanos- han sido y siguen siendo los eternos e ignorados pobladores “extranjeros” de sus propios y originales territorios.

Las asimétricas relaciones entre los indios y los criollos (o mestizos), entre los pueblos indígenas y la nación, han sido motivo de intensos, profundos e inacabados debates. La denominada “cuestión etnia/nación” constituye has-

ta nuestros días, una controversia que, lejos de disminuir, se ha convertido —a nivel mundial— en un tema polémico y central en la discusión sobre las minorías étnicas, en su derecho a la autonomía política y en las posibilidades de constituirse en nuevas naciones.

Para los fines de esta obra, nos interesa ubicar la cuestión etnia/nación en el contexto de los movimientos contemporáneos de los pueblos indígenas americanos, en la perspectiva teórica de los intelectuales, especialmente antropólogos, y en su vinculación directa con las medicinas indígenas tradicionales.

A. LOS MOVIMIENTOS ÉTNICOS EN AMÉRICA LATINA.

Desde un punto de vista demográfico, la población indígena de América suma casi 42 millones de individuos, concentrados en dos regiones principales: Mesoamérica, con el 45.2%, y la región andina, con 42%, ambas distinguiéndose de la dispersión regional que se observa en la Amazonía, en Norteamérica, en el cono sur y en el Caribe. (según datos proporcionados por Roberto Jordán [1991] citado por Iturralde [1992:121-122]).

Estos 42 millones constituyen el 6.33% de la población total de América; el porcentaje de población india en Bolivia se eleva a 71%, 66% de los guatemaltecos, 47% de los peruanos, 43% de los ecuatorianos, 19% de los beliceños, 15% de los hondureños, 14% de los mexicanos y en el resto de América el porcentaje es menor al 10% y es mínimo en Uruguay, Brasil y Estados Unidos (*ibid.*).

Según el Centro Antropológico de Documentación de América Latina (CADAL), con los datos heterogéneos procedentes de organismos oficiales y no gubernamentales se logran contabilizar alrededor de 404 grupos étnicos en toda América (Bonfil, 1981:419-436).⁷

En los inicios del siglo XXI, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) admite 45 millones de indígenas, pertenecientes a “más de 400 pueblos indígenas diferentes” (OPS, 2002)

Mientras, un estudio realizado por la OPS y la UNAM en 2010, a través del Programa Universitario México Nación Multicultural (PUMC/UNAM), en

⁷ Los datos demográficos respecto a grupos étnicos deben tomarse con reserva, en función de las deficiencias teóricas e insuficiencias operativas de los instrumentos censales empleados para su elaboración. En el caso de México, sólo se toma en cuenta el criterio de la lengua “materna” en individuos mayores de cinco años, de allí que el sub-registro sea considerable si tomamos en cuenta que existen más de 56 grupos lingüísticos (Medina, 1992:16) y que las familias indígenas tienen varios hijos menores de cinco años.

base a datos oficiales proporcionados por 21 naciones de la región con 770 millones de habitantes, se reconocen 38.5 millones de población indígena con un porcentaje promedio del 5%, siendo los más altos Bolivia (49.9%), Guatemala (41.0%), Perú (35.0%), Belice (15.4%) y México (12.7%) y los más bajos Uruguay (0.3%), Brasil (0.43%) y Argentina (0.87%). (OPS/UNAM, 2010:13). En este mismo estudio se reconoce la existencia de 782 pueblos indígenas.

La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) presenta información contrastante con los expuesto por la OPS/UNAM, pues aumenta el porcentaje de indígenas en Bolivia (62.2%), sin cambio en Guatemala (41%), pero lo disminuye casi a la mitad en el caso mexicano (6.5%) (CEPAL/CELADE, 2014)

Como se observa la información no es uniforme pero en general se acepta la existencia de un notable subregistro, y que la tendencia es a la elevación lenta y progresiva de los pueblos amerindios, que se recuperan del enorme derrumbe poblacional ocurrido en el Siglos XVI y XVII por el contacto (y la invasión) de los pueblos europeos que produjeron las enormes epidemias de viruela y sarampión en una población nativa inmunodeficiente.

Por otra parte, independiente de la perspectiva demográfica (o cuantitativa), desde el punto de vista cualitativo, es decir político-social e histórico-cultural, es fundamental y estratégica la participación de los pueblos indígenas en la vida nacional.⁸

Entonces, dada la importancia cuantitativa y cualitativa de la presencia indígena en el continente, se esperaría una correspondiente cuota de poder en los gobiernos allí constituidos. Sin embargo, esto no sucede así, y observamos en todos los países americanos el completo dominio político del hombre mestizo. A las poblaciones indígenas se le ha despojado gradual y sistemáticamente de sus bienes, sus derechos e incluso de algunos elementos de su identidad étnica.⁹

La historia de los pueblos indígenas es la historia del despojo. Es la historia de la inaccesibilidad al poder detentado por los mestizos. Es la historia de la injusticia, de la pobreza extrema, del rechazo social, de la segregación por

⁸ Héctor Díaz-Polanco (1995:14) señala que: ...el criterio demográfico puede resultar francamente engañoso para evaluar el peso sociopolítico y la relevancia nacional de los grupos étnicos. Aun en los casos en que su número relativo es bajo, la incidencia nacional de los indígenas puede ser muy apreciable. Las causas que explican esto último son muy complejas y se manifiestan con grandes variaciones según las formaciones sociales.

⁹ Esta identidad -de acuerdo con los planteamientos de Juan José Rendón- tienen como base un conjunto de símbolos culturales compartidos, donde la **comunalidad** es la esencia vital de los pueblos indios. (1992:35-37).

su calidad de indios. Después de 500 años de conquista y colonización externa e interna, su vida en condiciones de sobrevivencia no ha variado: siguen siendo los hombres más explotados en las sociedades latinoamericanas.

Dentro del capitalismo dependiente de tales naciones, el indio ocupa el último nivel de la escala social, lo cual explica su actual posición de sometimiento, miseria y discriminación.

Ante esta opresiva situación, los indios no han permanecido impasibles. Rebelión, resistencia y lucha con carácter étnico se han desarrollado desde la época colonial, y han continuado en la vida de las repúblicas independientes. En los últimos 25 años las expresiones indias se han ampliado y sus movimientos reivindicatorios se han multiplicado a todo lo largo y ancho del continente. Con ello han logrado, en algunos países, la recuperación de ciertos espacios materiales e ideológicos, un reconocimiento a su condición de sujetos político-sociales, y por tanto, el replanteamiento de sus relaciones con el Estado.¹⁰ Sin embargo, aún estamos lejos de una verdadera justicia y de una auténtica igualdad.

En México, los movimientos indígenas contemporáneos se han multiplicado en los últimos cincuenta años. Algunos conservan una evidente influencia gubernamental, pero otros han mantenido un saludable e independiente distanciamiento. Así, el Primer Congreso Indigenista de 1940, celebrado en Pátzcuaro, Michoacán, sentó las bases del indigenismo interamericano y fortaleció las estrategias del Estado mexicano, que se plasmó en la fundación del Instituto Nacional Indigenista (INI) en 1948, cuyas políticas integracionistas se han mantenido hasta la actualidad.

En la década de los sesentas, el gobierno intentó la creación de un organismo político integrado por indígenas, el llamado Consejo Nacional de Pueblos Indígenas (CNPI), sin embargo el proyecto ha naufragado debido a la falta de una efectiva representatividad de sus miembros. Andrés Medina (1983:23) relata, para el caso chiapaneco, el Consejo Supremo Tzotzil, organismo de base del CNPI:

...está compuesto en realidad por promotores indígenas que se dedican a la actividad política y gozan de un sueldo como funcionarios federales. (...) Es significativo además, que es-

¹⁰ Una buena cantidad de reuniones regionales, nacionales e internacionales se han realizado en América. Para una revisión general de los documentos generados en dichos encuentros, consúltese la selección efectuada por Guillermo Bonfil Batalla en *Utopía y revolución. El pensamiento político contemporáneo de los indios en América Latina* (1981) y también por Nemesio J. Rodríguez y Stefano Varese en *Experiencias organizativas indígenas en América Latina* (1981).

tos promotores se vistan como los ladinos en las comunidades donde trabajan e incluso se transportan en automóviles propios de modelo reciente; cuando asisten a las reuniones políticas del Consejo Nacional de Pueblos Indígenas, y ello ha sido particularmente notable en los congresos nacionales realizados hasta ahora, visten en cambio su indumentaria tradicional.

Por el contrario, otras organizaciones indígenas son independientes, que si bien no disponen de una cobertura amplia a nivel nacional, sí representan una fuerza política regional. Es el caso de las organizaciones indígenas de Las Huastecas, de los Altos y la Selva de Chiapas, de La Montaña de Guerrero, entre otras.

En Bolivia, a partir de la dolorosa Guerra del Chaco se inició un fenómeno de recomposición étnica y nacional de las fuerzas políticas. Ello desembocó en la creación del Movimiento Nacionalista Revolucionario (MNR) y otros partidos, que tendrían un papel protagónico en la denominada Revolución Nacional de 1952.

El proceso revolucionario logró la nacionalización de las minas, el co-gobierno de las empresas estatizadas, una reforma agraria que destruyó la clase terrateniente y el derecho al voto universal de todos los bolivianos. Sin embargo, las dictaduras militares que dieron el paso al *desarrollismo* de los setenta y al *neoliberalismo* de los ochenta, neutralizaron el proyecto revolucionario y hundieron al país en la extrema pobreza, una de las más preocupantes del continente (Miranda, 1993:24-26).

En este contexto, las reivindicaciones étnicas han sido crecientes, no sólo entre los pueblos altiplánicos (quechuas y aymaras), sino también entre los grupos indígenas del Oriente, que incluye la región amazónica y del Chaco (chiriguano-guaraníes, moxos, yukis y muchos otros).

Algunos estudiosos del fenómeno étnico boliviano coinciden en señalar que los retos de la *identidad nacional* tienen que pasar por la aceptación de la pluralidad cultural, el carácter multiétnico de la nación y la satisfacción de las demandas territoriales de los pueblos originarios. De hecho, el MNR, desde 1945 en el Congreso Indígena ya hacía propuestas organizativas dirigidas al indígena campesino; se dio la emergencia de partidos políticos que se identificaron como “indios” y el katarismo que recupera parcialmente lo étnico, sin abandonar posiciones de clase social, entre otras manifestaciones de la cuestión étnica-nacional (Albó y Barnadas, 1990:199, 241, 293 y 294).

Por otro lado, contrastando con la situación mexicana, el *indigenismo*, como política del Estado, ha sido una estrategia escasamente desarrollada por los gobiernos bolivianos, al considerar a los pueblos indígenas dentro de la categoría generalizadora de “campesinado”, despojándole de sus particularidades culturales; en tanto que el *indianismo*, o sea el discurso emanado de los propios pueblos indios, es mucho más articulado y notable (Ricco, 1993:179).

Lo que resulta evidente para cualquiera que viva actualmente en Bolivia o en México, es la tremenda fuerza y actividad de la cultura indígena en la vida nacional, aún en sus grupos de cholos o mestizos. Lo indio en Bolivia, nos dice Sergio Ricco: “...no es ajeno a ningún espacio sociopolítico nacional y se encuentra presente en todas las regiones del país...”. Exactamente lo mismo podemos decir del caso mexicano.

B. ORIENTACIONES TEORICAS SOBRE LA CUESTION ETNIA/NACION

Ya que hemos mencionado los conceptos de indigenismo e indianismo, vale la pena revisar —aunque sea de manera somera— las corrientes teóricas que los antropólogos latinoamericanos han desarrollado en la segunda mitad del siglo XX. Básicamente son tres las orientaciones teóricas fundamentales, cada una de ellas con implicaciones políticas muy concretas.¹¹

1. Integracionista.

Es la desarrollada por los antropólogos que se adscriben a la corriente del relativismo cultural y neo-evolucionismo. Al indio hay que asimilarlo a la cultura nacional; es un ser humano empobrecido y ultrajado, que puede superarse mediante su *incorporación* a la economía mercantil capitalista, a la educación en castellano, a la salvación que ofrece el cristianismo y a la atención médica que proporciona la medicina occidental. Todo ello sin tratar de que desaparezcan sus rasgos culturales particulares (¿?)

Semejante política integracionista —auspiciada y promovida por los gobiernos nacionales— será conocida como indigenismo. Mediante esta estrategia de incorporación del indio a la vida nacional, el Estado depositará en los antropólogos las acciones pertinentes para lograrlo.

¹¹ Aquí presentaremos un breve esquema de cada una de ellas, para una profundización remitimos al lector a la obra de Andrés Medina y Carlos García Mora, *La quiebra política de la antropología social en México* (1983) y de Héctor Díaz-Polanco, *La cuestión étnico-nacional* (1988).

México se colocó a la cabeza del modelo integracionista, pues tempranamente Manuel Gamio, primer profesional mexicano en el campo antropológico, formado por Franz Boas (pionero de la antropología culturalista norteamericana), impulsó desde el Estado las acciones indigenistas, primero en México y luego en el resto del continente.

Ya a finales de 1915 había propuesto:

...la creación de un instituto de acción práctica inmediata en cada una de las naciones indo-latinas, que se encargara de estudiar a las poblaciones aborígenes en todas sus manifestaciones sociales, en el presente y en el pasado, con el exclusivo objeto de impulsar su desarrollo e INCORPORARLAS a la civilización contemporánea. (Citado por Comas, 1976:21, mayúsculas nuestras)

Más tarde, como director del Instituto Indigenista Interamericano, desde su fundación en 1942 y hasta 1960, desarrolló e incrementó las políticas indigenistas en toda América.

Otro de sus prominentes teóricos, el Dr. Gonzalo Aguirre Beltrán (1982:161), aventajado discípulo de Gamio y continuador de su obra, afirmaba que:

...los programas de *aculturación* que desarrollan las distintas agencias de acción indigenista —particularmente el Instituto Nacional Indigenista— vienen propiciando integraciones regionales, al mismo tiempo que permiten introducir elementos básicos de la cultura industrial en el aspecto tecnológico, conservan aquellos aspectos de la cultura indígena que dan integración regional sus características distintivas, su *ethos*, sin que la persistencia de esas características culturales impidan el mejoramiento de las condiciones generales de vida de los indígenas y mestizos que componen la situación intercultural.

Integración, incorporación, aculturación y otros conceptos, serán las herramientas teórico-prácticas del culturalismo antropológico al servicio de las políticas indigenistas de los países latinoamericanos.

Esta unión entre *praxis* indigenista y antropología culturalista constituye un paradigma teórico que perdura hasta nuestros días, aunque muy dismi-

nuido desde la década de los setenta, cuando surgen los modelos teóricos etnicistas (o indianistas) y aquellos de corte marxista.

2. Etnicista.

A partir del pensamiento político contemporáneo de los pueblos indios y como una respuesta teórica de algunos antropólogos críticos a la perspectiva integracionista, surge otro modelo al que se le ha denominado como etnicismo. En él se reconoce al indio como el producto del colonialismo europeo, y luego, criollo/mestizo. Así:

La categoría de indio designa al sector colonizado y hace referencia necesaria a la relación colonial. El indio surge con el establecimiento del orden colonial europeo en América; antes no hay indios sino pueblos diversos con sus identidades propias. Al indio lo crea el europeo, porque toda situación colonial exige la definición global del colonizado como diferente e inferior (desde una perspectiva total: racial, cultural, intelectual, religiosa, etc.); en base a esa categorización de indio, el colonizador racionaliza y justifica la dominación y su posición de privilegio (la conquista se transforma, ideológicamente, en empresa redentora y civilizadora). (Bonfil, 1981:19)

Por supuesto, se rechaza el indigenismo gubernamental y religioso que disolvería la cultura indígena. Se aboga por una autogestión de los pueblos indios dentro de una sociedad pluricultural que se supone debe respetar la diversidad de identidades étnicas.

En México, esta corriente se encuentra representada por la obra de Guillermo Bonfil Batalla. En su libro *México profundo. Una civilización negada* (1990), culmina su pensamiento indianista al expresar la dualidad de una nación desgarrada por el antagonismo histórico de dos proyectos político-sociales: por un lado el México “imaginario”, desarrollado primero por los conquistadores españoles y continuado por los criollos, y que se define por su carácter urbano, centralista, occidental, modernizador, excluyente y etnocéntrico; por otro lado, un proyecto propio, mesoamericano e indio, con diversos grados de resistencia al proyecto dominante.

El proyecto indio abarca sus propios *objetos y bienes materiales* (territorio, recursos naturales, viviendas, construcciones comunales, sitios sagrados, instrumentos de trabajo y de la vida cotidiana, entre otros), sus

peculiares *formas de organización social* (derechos, obligaciones, normas, trabajo colectivo con reciprocidad, atención médica), y finalmente, sus particulares *formas de cosmovisión*, que integran ideológicamente la identidad de la colectividad a partir de ritos y ceremonias, creencias y prácticas, valores y conocimientos.

Estas dinámicas formas culturales indias contrastadas con el proyecto civilizatorio occidental reflejan, desde una oposición abierta, un rechazo selectivo, e incluso una rebelión armada, ante el creciente proceso modernizador neoliberal, hasta sutiles formas de resistencia donde se advierte una apropiación e innovación creativa de objetos y procesos relativos a Occidente.¹² Guillermo Bonfil destaca que, frente a la identidad étnica particularizada del indio americano, el proyecto criollo/mestizo pretende (y además lo está logrando) la ruptura de las formas culturales indígenas, es decir, existe un creciente avance de la *desindianización*, entendida ésta como:

...un proceso histórico a través del cual poblaciones que originalmente poseían una identidad particular y distintiva basada en una cultura propia, se ven forzadas a renunciar a esa identidad, con todos los cambios consecuentes en su organización social y su cultura (1990:42).

Se trata de una “acción etnocida” que impide la continuidad histórica de los pueblos indios y los obliga a renunciar a su pasado, a modificar su presente y, en consecuencia, alterar su futuro.

Por ello, se requiere de un nuevo proyecto nacional donde se reconozca la diversidad y heterogeneidad cultural, se respete la pluralidad étnica y el proyecto indio sea verdaderamente aceptado y acatado en todas sus particularidades, eliminando los estigmas de la subordinación y el racismo.

Sin duda, la orientación etnicista ante la cuestión india supera el integracionismo indigenista, al asumir la posición de autogestión y autodeterminación de los pueblos indios; sin embargo, es catalogada como “populista” por los antropólogos de corte marxista, quienes consideran que sus metas aún son utópicas e insuficientes.

¹² Muchos investigadores sociales se refieren a esto último como “sincretismo” (religioso, médico, alimentario, entre otros), sin embargo estamos frente a fenómenos socioculturales sumamente complejos que muestran más un carácter de *síntesis* que de mezcla de elementos.

3. Marxista.

En esta orientación se define al indio con base en su ubicación en el sistema económico capitalista, en la estructura de clases sociales:

Se denominan indios o indígenas a los descendientes de los habitantes nativos de América —a quienes los descubridores españoles, por creer que habían llegado a las Indias, llamaron indios— que conservan algunas características de sus antepasados en virtud de las cuales se hallan situados económica y socialmente en un plano de inferioridad frente al resto de la población, y que ordinariamente, se distinguen por hablar las lenguas de sus antepasados, hecho que determina el que éstas también sean llamadas lenguas indígenas (Pozas y Horcasitas, 1971:11).

Más adelante puntualizan que:

Fundamentalmente, la calidad de indio la da el hecho de que el sujeto así denominado es el hombre de más fácil explotación económica dentro del sistema, lo demás, aunque también distintivo y retardador, es secundario. (*ibid.*:16)

La orientación teórica corresponde al materialismo histórico con adecuaciones particulares a la cuestión étnica-nacional, donde se pretende la construcción de una nueva utopía, una nueva sociedad que garantice, promueva y desarrolle la identidad propia de los pueblos indígenas.

A. Medina (1983:28-29) señala que:

El verdadero problema para quien pretenda encontrar alternativas con un contenido clasista relacionado con los sectores más explotados del país, entre los que figura la mayor parte de la población indígena, estribaría en concretar la importancia que pudiese tener la especificidad étnica en las formas particulares y generales de la lucha de clases lo cual habría de conducir, necesariamente, no sólo a incorporar las reivindicaciones étnicas, sino a incorporar también las manifestaciones étnicas a algún proyecto alternativo de política

cultural, todo dentro de algún programa partidario que tendiera expresamente a la construcción del socialismo.

El cambio estructural —de acuerdo con H. Díaz-Polanco— es necesario pero insuficiente si no se acompaña de medidas específicas, relativas a los grupos étnicos: una nueva definición del espacio territorial indígena, autogobierno, participación de los pueblos indígenas en los asuntos nacionales, reconocimiento general del carácter multiétnico y pluricultural de la nación, establecimiento de fórmulas jurídico-políticas, que hagan efectivos sus derechos, suficientes garantías para mantener y ampliar su base de reproducción material y de poder político (1989:48-49).

Precisamente con el régimen de *autonomía regional* (y no de separatismo) es posible garantizar y proteger de manera efectiva los históricos derechos de los pueblos indios:

A fin de procurar una solución a la profunda desigualdad étnica que ha sido históricamente una fuente de injusticias y discordias sociales -buscando asegurar al mismo tiempo las garantías individuales y la unidad de la nación- la autonomía debe fundarse en cuatro principios básicos que conviene reiterar aquí: el de la *unidad de la nación*; el de la *solidaridad* y la *fraternidad* entre los diversos grupos étnicos que conforman el país; el de la *igualdad* de trato de todos los ciudadanos con independencia de su posición social o adscripción étnica, y el de la *igualdad* entre sí de las comunidades étnicas que convivan en una región (Díaz-Polanco, 1992:228).

C. ETNIA, COSMOVISION Y MEDICINAS INDIGENAS

Es indudable que el núcleo fundamental de las medicinas indígenas es la particular cosmovisión que tienen los pueblos indígenas y que, por supuesto, abarca el proceso de salud-enfermedad-muerte.

Si partimos de la definición de Alfredo López-Austin (1984:102), donde la cosmovisión es considerada como:

...el conjunto articulado de sistemas ideológicos, relacionados entre sí en forma relativamente congruente, con el que

un individuo o un grupo social, en un momento histórico, pretende aprehender el universo.

Es posible señalar que los herederos actuales de las civilizaciones mesoamericanas y andinas, han logrado mantener viva una ideología propia por encima de los valores, las normas, las creencias, las prácticas y los conocimientos de la cultura occidental.¹³

No podemos entender la medicina indígena, ni la medicina popular-tradicional que se practica en las ciudades americanas, sin el marco interpretativo de la cosmovisión.

Resulta difícil comprender muchas características fundamentales de las culturas mesoamericanas si no se toma en cuenta una de sus dimensiones más profundas: la concepción de la naturaleza y la ubicación que se le da al hombre en el cosmos. En esta civilización, a diferencia de la occidental, la naturaleza no es vista como enemiga, ni se asume que la realización plena del hombre se alcance a medida que mas se separe de la naturaleza. Por el contrario, se reconoce la condición del hombre como parte del orden cósmico y se aspira a una integración permanente, que sólo se logra mediante una relación armónica con el resto de la naturaleza (Bonfil,1990-56).

Por ello, las medicinas étnicas constituyen una expresión más de la manera en que los pueblos indígenas de América conciben e interpretan el mundo que les rodea, y que conduce a prácticas culturales orientadas de acuerdo a dichas concepciones.

En la medicina de los pueblos indígenas se conserva una *identidad colectiva* que es compartida por las etnias y que les diferencia del resto de la población nacional. En este sentido, se puede hablar de una tradición médica indígena diferente, e incluso contrapuesta, a la medicina occidental.

En las medicinas indígenas subyace un sistema de creencias y comportamientos sociales que obedecen a una manera distinta y diversa de entender la vida. Guillermo Bonfil considera que:

¹³ El mismo López-Austin en su obra *Los mitos del Tlacuache. Caminos de la mitología mesoamericana* (1992) defiende la pertinencia de la herencia cultural mesoamericana en las tradiciones de los actuales pueblos indígenas de México.

En las culturas indias, muchas enfermedades se explican por la intervención de fuerzas superiores que actúan para castigar formas de conducta que se consideran inaceptables porque constituyen una transgresión a las normas que aseguran la armonía entre los hombres y entre el hombre y el universo; de ahí que el tratamiento incluya ceremonias propiciatorias y ritos prescritos por la tradición. Pero hay también un profundo conocimiento de las propiedades terapéuticas de las yerbas y otros productos, resultado de una práctica acumulada y sistematizada en términos de cada cultura. El efecto terapéutico de los productos medicinales, se refuerza al aplicarlos en un contexto simbólico y emotivo que tiene sentido dentro de la cultura propia: es una terapia múltiple que reconoce el carácter psicosomático de muchas dolencias y atiende al mal del cuerpo tanto como al mal del alma. El médico indio es un especialista que diagnostica y prescribe a partir de síntomas “naturales”, corporales, pero los interpreta en un marco de significación simbólica más amplio y pone en juego, en consecuencia, una mayor cantidad de elementos de la cultura para restablecer la salud íntegra o, en su caso, para preparar adecuadamente el tránsito a la muerte (*ibid.*:65).

En este mismo orden de ideas, las investigaciones etnográficas, etnohistóricas y etnobotánicas han logrado descubrir un extenso conjunto de saberes taxonómicos y esquemas clasificatorios que difieren de la ciencia occidental, que además demuestran el extraordinario conocimiento de los pueblos indígenas contemporáneos. Un ejemplo notable de ello es el trabajo de Brent Berlin sobre la clasificación tzeltal de las plantas comestibles y medicinales que emplean los indígenas de Tenejapa, Chiapas. Al respecto, nuevamente Bonfil señala:

Los mismos principios del orden universal parecen encontrarse en los sistemas clasificatorios con los que se entiende la naturaleza; las clasificaciones indias del mundo vegetal hasta donde han sido estudiadas, emplean frecuentemente términos que provienen de una manera ancestral de concebir el mundo; en la nomenclatura botánica se asocian frecuen-

temente ciertas características propias de las plantas con los colores que simbolizan los rumbos del universo, y éstos corresponden a su vez a deidades que están ligadas al destino de los hombres. Los principios de clasificación se aplican también hasta donde se sabe, para distinguir las partes, los órganos y los elementos del cuerpo humano; se conectan así con las concepciones sobre salud y enfermedad y con la práctica terapéutica y rituales correspondientes (*ibid.*: 70).

La conocida clasificación mesoamericana de lo frío y lo caliente como atributos intrínsecos de vegetales, animales, órganos del cuerpo, alimentos, medicamentos, procedimientos y otros, nos indica la complejidad del pensamiento indígena. Las investigaciones precisas y documentadas de Alfredo López-Austin sobre la medicina náhuatl (1975) y sus concepciones del cuerpo humano (1981) han permitido avanzar en el conocimiento pasado y presente de los pueblos indios, pero todavía faltan más estudios comprensivos de la cosmovisión de otros pueblos mesoamericanos.

De manera contrastante, el desarrollo tecnológico alcanzado por la medicina académica occidental en los últimos doscientos años ha sido engañosamente vinculado con la modernidad, la racionalidad y el empleo de un pensamiento lógico y científico. Por ello, la medicina indígena es presentada como una tecnología primitiva, atrasada, pre-lógica e irracional,¹⁴ sin considerar sus aspectos integrativos en la cultura, ni tampoco la unicidad de sus recursos materiales, simbólicos, religiosos y afectivos.¹⁵

Al unirse esta tecnología médica occidental con el desarrollo de la cultura nacional secular (especialmente en el Siglo XIX y el presente), se construye una visión cultural excluyente de otros saberes y otras prácticas; se construye un proceso ambiguo y contradictorio entre la cultura nacional y la tradición médica indígena, donde la segunda es ignorada, desplazada y rechazada.

No obstante esta ambigüedad y contradicción cultural e ideológica, no se eliminan mutuas transacciones, pues la medicina occidental retoma algunos elementos materiales de la nativa (sobre todo de la herbolaria medicinal) y,

¹⁴ Durante décadas el *Index Medicus*, que es un catálogo temático que actualiza a los médicos académicos con todo tipo de artículos relativos a la investigación y la práctica médica contemporánea, contenía un apartado dedicado a la "medicina primitiva", que después se sustituyó por el término de "medicina tradicional". Por supuesto, muchos médicos occidentales establecen una equivalencia entre ambos términos.

¹⁵ El psiquiatra colombiano Luis Carlos Restrepo (1995:27-28) señala atinadamente que la medicina occidental padece de "analfabetismo afectivo", pues no considera los aspectos emocionales que la medicina tradicional sí toma en cuenta.

a su vez, la medicina indígena absorbe, recrea y resignifica determinados conceptos, conocimientos y prácticas de la medicina occidental.

En México, la medicina indígena no constituye una “supervivencia” de la tradición cultural mesoamericana. Es un elemento vivo profundamente arraigado en la cotidianidad de los pueblos indios, que se refuerza con los recientes movimientos reivindicativos de los derechos humanos e indígenas.¹⁶

El caso boliviano, S. Ricco (1993:191) lo sintetiza de la siguiente manera:

Bolivia, dentro del área andino-amazónica, vive una impresionante revitalización de sus formas tradicionales de organización. La pachamama, las apachetas, los apus, los achi-chilas, la ch’alla han regresado por sus fueros; los rituales expresados en una gran riqueza política se debe considerar como excelentes posibilidades de reconstitución histórica frente a la crisis del estado, al clima de violencia en crecimiento, a una economía narcotizada y principalmente frente a un proyecto de occidentalización cada vez más periférico.

Para comprender las medicinas de los pueblos indígenas americanos es necesario penetrar en el mundo cultural mesoamericano y andino, analizar las relaciones con la medicina occidental, desentrañar el conjunto de redes socioeconómicas y políticas que determinan la atención a la salud de los pueblos indígenas. De otra forma podemos caer en la tentación simplista y superficial del folklorismo médico nativo.

¹⁶ El *Proyecto de Declaración Universal de los Derechos Indígenas* elaborado por la Organización de las Naciones Unidas establece en su partes segunda y cuarta: “El derecho a preservar su identidad y tradiciones culturales”. “El derecho a manifestar, enseñar, practicar y observar sus propias tradiciones y ceremonias religiosas” y “El derecho a determinar, planificar y aplicar todos los programas sanitarios, de vivienda y otros programas económicos y sociales que les afecten, en la medida de lo posible mediante sus propias instituciones” (Díaz-Polanco, 1995:367-372). Finalmente este proyecto se aprobó en 2007 y los artículos 23 y 24 relativos a la salud indígena y las medicinas tradicionales se pueden leer en el anexo 2 sección F de esta obra.

CAPÍTULO 2

HEGEMONÍA MÉDICA Y SUBORDINACIÓN LEGAL DE LAS MEDICINAS INDÍGENAS

A pesar de la relevancia que entraña la legitimidad social y posición legal de las medicinas tradicionales en América Latina, el tema ha sido escasamente tratado por los estudiosos. Por lo general las investigaciones antropológicas se han enfocado en las descripciones etnográficas de las enfermedades y su concepción, las características de los médicos indígenas, los recursos materiales y simbólicos empleados, los principales procedimientos terapéuticos y rituales de curación que son frecuentados; sin embargo, se ha menospreciado en los trabajos empíricos el análisis global de las relaciones de poder y sujeción que se establecen entre la medicina académica y las medicinas tradicionales, incluidas aquellas que se practican en los núcleos indígenas. En tales trabajos se llega a mencionar la legitimidad comunitaria de las prácticas médicas tradicionales, pero se soslaya la condición social y jurídica de los terapeutas, en el contexto de la profesionalización y legalización de sus actividades.

Jan Stepan, en una publicación oficial de la Organización Mundial de la Salud (1983), realiza una exhaustiva revisión de las regulaciones jurídicas que controlan el ejercicio de la medicina en varias partes del mundo, encontrando cuatro sistemas fundamentales en relación con la medicina tradicional:

1. Los *sistemas exclusivos o monopolicos*, en los cuales la medicina científica es reconocida como la única legalmente aceptada, mientras las otras prácticas son excluidas, e incluso perseguidas y sancionadas. Ejemplos serían Francia, Bélgica, Austria, Estados Unidos, la ex-Unión Soviética, entre otras naciones.
2. Los *sistemas tolerantes*, en los cuales existe también exclusividad legal de la medicina científica, pero las prácticas médicas tradicionales son toleradas con el amparo de la ley, es decir, no son legalmente prohibidas. La ex-República Federal Alemana, Inglaterra, Mali, Alto Volta, Ghana y otros países son ejemplos de esta categoría.
3. Los *sistemas inclusivos*, donde dos o más sistemas de curación son aceptados legalmente, sin que exista integración oficial de las mismas. Los países del sur asiático entrarían en esta modalidad: Sri-Lanka, India, Pakistán, etc.
4. Los *sistemas integrados*, donde los gobiernos reconocen dos o más prácticas, pero, además, promueven una integración con fines operativos. En este rubro caerían China, Nepal y Corea del Norte (Stepan, 1983:290-313).

El mismo autor añade que esta clasificación no obedece a una situación azarosa, sino a un modelo europeo de legalización implantado por los países metropolitanos en sus colonias ubicadas en Asia, África y América, de tal modo que el proceso es preferencial, privilegiado y exclusivo para el beneficio de una determinada agrupación profesional: la de los médicos de formación académica, cuyos estudios se han realizado en las universidades (que son otra creación de Occidente). Pero ante la imposibilidad actual de la medicina científica (académica u occidental) de poder brindar una atención médica completa, especialmente en zonas rurales de los países tercermundistas, la situación legal monopolista se ha tenido que alterar, permitiendo una mayor flexibilidad y tolerancia, e incluso llegándose a obtener un reconocimiento estatal de la medicina tradicional, como ha sucedido en varios países de África y Asia.

En América —según Jan Stepan— se nota una ausencia de trabajo legislativo, excepto algunas medidas ocasionales respecto al empleo de hierbas medicinales y el ejercicio terapéutico de las parteras y otros especialistas.

Utilizando la clasificación de Stepan, en los países de América Latina existe una diversidad de esquemas, predominando el monopolio. En Brasil, Argentina, Colombia, Chile y México el ejercicio de la medicina tradicional se encuentra prohibida y sancionada por sus códigos y leyes, aunque suele dominar una tolerancia *de facto*, es decir, permitiendo una práctica sin reconocimiento legal, con eventuales campañas de persecución. Existe acep-

tación de la parte empírica relacionada con la herbolaria medicinal, pero continúa el rechazo hacia los componentes rituales.

Desde 1984, en Bolivia, hay un reconocimiento jurídico a organizaciones e instituciones dedicadas a la promoción, investigación e implementación de programas de medicina tradicional.¹⁷

Desde una perspectiva teórica, no es posible el estudio parcial y unilateral de la medicina tradicional como si fuera una práctica curativa aislada y autosuficiente. Como se observará a lo largo de este trabajo, la medicina tradicional -en su modalidad de medicinas indígenas o etnomedicinas- se encuentra estrechamente articulada con la sociedad nacional a través de las diversas instituciones estatales que penetran en el mundo indígena.

Para lograr un encuadre teórico adecuado con nuestros datos de campo, y a la realidad sociocultural en la que se insertan, recurriremos al concepto metodológico de *modelos médicos*, desarrollado por Eduardo Menéndez; a las nociones de Michel Foucault sobre el inicio de la politización y el control de la práctica médica occidental; a los trabajos sociológicos sobre la profesión médica de Eliot Freidson y Andrew Abbott.

Con una marcada influencia intelectual italiana (en especial Antonio Gramsci y Ernesto de Martino), el antropólogo Eduardo Menéndez ofrece una herramienta explicativa para la comprensión de las prácticas médicas dentro de un contexto que no se agota en las prácticas mismas, sino que encuentran su origen, desarrollo, relaciones y consecuencias dentro del sistema social en que operan.

Los modelos médicos constituyen una construcción social elaborada por los propios curadores, con la participación (activa o pasiva) de los conjuntos sociales, con características estructurales y funcionales distintivas.

El modelo médico hegemónico (MMH), el modelo médico alternativo subordinado y el modelo médico de autoatención están presentes en toda organización social, sea ésta de orientación capitalista central, dependiente subdesarrollada o pertenezca a las residuales sociedades de socialismo “real”.

El MMH (identificado con la medicina académica, científica o biomedicina) agrupa una serie de saberes, prácticas e ideologías que han sido genera-

¹⁷ Con la Resolución Suprema 178991 firmada en 1984 por el Presidente de la República se reconoce la personalidad jurídica de la Sociedad Boliviana de Medicina Tradicional pero tal reconocimiento no modifica ningún articulado del *Código de Salud de la República de Bolivia* (decreto-ley n° 15629, julio de 1975). Así en el artículo 125 se establece que: “Para el ejercicio de la medicina, la odontología, la farmacia y bioquímica, la educación sanitaria, la enfermería, nutrición, veterinaria, y otras dentro del campo de la salud pública, con formación médica universitaria requieren del título en provisión nacional, el que para su control debe estar inscrito ante la autoridad de salud y en los colegios profesionales correspondientes cuando éstos existan, previos los requisitos administrativos establecidos” (1990:23).

dos en los últimos 250 años, logrando la apropiación, el dominio o hegemonía sobre el proceso salud-enfermedad, subordinando a las restantes prácticas médicas. Como bien se sabe, la medicina científica surge en los países europeos industrializados (o capitalistas metropolitanos) como Inglaterra, Alemania y Francia. Se amplía —vía imposición— a sus colonias, y en la actualidad, se extiende por todo el orbe. Semejante amplitud y avance no significó la desaparición de las prácticas nativas, ni tampoco su directa incorporación al bagaje de la medicina científica; más bien el MMH fue demostrando eficacia en sus técnicas, fue ganando espacios en el terreno ideológico y así logró exclusividad, aún en el campo de lo jurídico.

Tal exclusión legal e ideológica, sumada a la profundidad, coherencia, complejidad y sistematización de los conocimientos científicos acumulados, pero sobre todo a una indudable eficacia pragmática, condujeron a la ideologización teórica del MMH para considerarse —así mismo— como la “única” práctica médica con un valor universal. Esta concepción unilateral ha producido enfrentamientos con las otras medicinas, pero el antagonismo se ha resuelto en la medida que estas últimas se han ido modificando —bajo la hegemonía de la medicina científica— y, al mismo tiempo, reafirmando su propio espacio de trabajo, de donde resulta la complementariedad de ellas, pero siempre subordinadas al MMH.

En esta relación subordinada, el papel del Estado ha sido un factor determinante en el establecimiento, ampliación y consolidación del MMH, pues su papel no se ha concretado a las funciones de simple gestor, sino de regulador de la salud pública y —en este sentido— en una institución legitimadora de la medicina científica.¹⁸

Conviene aquí mencionar que el MMH tiene una serie de rasgos estructurales, algunos comunes y otros particulares, con respecto a los restantes modelos médicos: orientación *biologista*, *individualista*, *ahistórica*, *asocial* y *mercantilista* del proceso salud-enfermedad; predominio de lo curativo, sobre las acciones preventivas (pese al discurso médico que proclama la trascendencia de la prevención), y en lo propiamente curativo, con un sesgo hacia la eliminación de los síntomas; eficacia terapéutica basada más en la tecnología, que en el simbolismo; concepción evolucionista y positivista de la salud y la enfermedad, con un manejo de esta última como ruptura y desviación de la normalidad; asimetría en la relación médico-paciente, con una marcada subordinación técnica y social del enfermo, que aparece como

¹⁸ Además no resulta extraño que las leyes sanitarias sean elaboradas, promovidas, aprobadas, ejecutadas por médicos que son simultáneamente funcionarios del Estado y curadores en activo.

responsable de su enfermedad y es calificado como un ignorante en cuestiones médicas, o en todo caso es señalado como portador de conocimientos erróneos o “primitivos”; exigencia de participación subordinada de las acciones médicas (campañas de vacunación, prevención de enfermedades infecciosas, programas de planificación familiar, entre otras), con una proclividad a la inducción consumista de tecnología médica dentro de la industria de la salud; identificación ideológica de los médicos académicos con la racionalidad del pensamiento científico, tendencia a la medicalización de problemas en general, y una inclinación para no compartir los saberes científicos con el resto de la sociedad. Finalmente, la construcción de una profesionalización formal, dentro de la cual existe una división entre la práctica y la investigación médica (Menéndez, 1990:87).

Estos rasgos estructurales son señalados para los submodelos individual privado, corporativo público y corporativo privado, añadiéndose a los dos últimos la jerarquización de mandos, planificación centralizada, burocratización, disolución parcial de la responsabilidad individual, identificación del criterio de productividad con la cantidad, en demérito de la calidad de los servicios, la creciente sumisión a la tecnología y la amoralidad en toda actividad corporativa (Menéndez, *ibid.*).

Dentro de las funciones del MMH, mediante las actividades curativas, preventivas y de rehabilitación, se establece la prioridad en la reproducción biológica de la fuerza de trabajo (reparación y mantenimiento de los trabajadores), y de manera simultánea operan las funciones de control y normatización de la vida laboral y cotidiana, así como la emergencia de la legitimidad del Estado como garante de la seguridad individual y colectiva.

En el modelo médico alternativo subordinado se agrupan un conjunto de prácticas curativas cuya característica común es su mayor o menor grado de subordinación al MMH.

Las medicinas “tradicionales”, la acupuntura, la quiropraxia, el naturismo, entre otras prácticas, se distinguen entre sí por sus diferentes conocimientos, creencias y formas específicas de curar; sin embargo, todas ellas mantienen un papel subalterno en relación a la medicina científica.

Los rasgos estructurales de este modelo son: la intención globalizadora del proceso salud-enfermedad, donde la eficacia simbólica y la apelación a la sociabilidad constituyen el sustento del acto curativo; la ahistoricidad, la tendencia reciente a la mercantilización, la asimetría en la relación curador-paciente, la participación pasiva de los enfermos y la legitimidad colectiva por

encima del reconocimiento jurídico (*ibid.*:88). Nosotros agregaríamos a los curanderos con orientación pragmática al cambio, conservando algunos saberes y creencias fundamentales, e incluyendo nuevos conocimientos y recursos de diverso origen, que son integrados previa re-significación de forma y contenido (Campos-Navarro, 1990:589-598).

Con respecto al modelo médico de autoatención, se le reconoce como el primer nivel real de atención médica en cualquier organización social. Supone la participación individual y colectiva de la población, con la ausencia de algún curador profesional. Incluye acciones de autocuidado, que van desde la forma consciente de no hacer nada hasta el empleo de cierta tecnología más o menos compleja. Se caracteriza, según E. Menéndez (1992:89-90) por :

... eficacia pragmática, concepción de la salud como bien de uso, y tendencia a percibir la enfermedad como mercancía; estructuración de una participación simétrica y homogeneizante; legitimidad grupal y comunal; concepción basada en la experiencia; tendencia a la apropiación microgrupal de las prácticas médicas; tendencia sintetizadora; tendencia a asumir la subordinación inducida respecto de los otros modelos.

Lo más relevante es que tanto la biomedicina como las prácticas subalternas y la autoatención, no constituyen modelos separados, si no todo lo contrario, guardan una desigual relación, marcada por la hegemonía de la primera; es por ello que la estructuración y consolidación del MMH significó rupturas ideológicas, conflictos legales, apropiaciones parciales y controles directos o indirectos, sobre los otros modelos.

Resultados de tales vinculaciones fueron la complementaridad, y en todo caso, la emergencia de un proceso de transacciones muy dinámicas, donde la hegemonía de la medicina científica no ha sido puesta en duda. Sin embargo, una serie de problemas sanitarios, como el alcoholismo, la desnutrición infantil, contaminación ambiental, y otros, han expuesto a la medicina científica como una práctica limitada e incompleta, en contra de la extendida prenotión de ser la “única” e “insuperable” medicina.

Estamos de acuerdo en que es la que tiene mayores avances tecnológicos y una gran eficacia contra cierto tipo de enfermedades (especialmente in-

fecto-parasitarias), pero sus alcances no son universales ni su infalibilidad es absoluta.¹⁹

Nos interesa el manejo teórico de los *modelos médicos* porque a lo largo de este trabajo comentaremos que el proceso de legitimación y de legalización de las medicinas indígenas (que forman parte del modelo médico alternativo subordinado) encuentran en la medicina académica, y en el Estado, a dos de sus indiscutibles interlocutores. Más adelante veremos cómo la medicina académica en México y en Bolivia obtuvieron la hegemonía en el campo, hasta lograr no únicamente el reconocimiento y el apoyo estatal, sino también la exclusividad legal del ejercicio curativo, con la consecuente prohibición de las otras prácticas.

Michel Foucault, en *El Nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica* (1980), demuestra que la vigilancia y el control del ejercicio de la medicina en Francia irrumpe a finales del siglo XVIII cuando los médicos académicos asumen la actividad sanitaria que el Estado les otorga. Una vez neutralizado el poder eclesiástico, el médico consigue ampliar su campo de acción e intervención:

No habría medicina de las epidemias, sino reforzada por una policía: vigilar el emplazamiento de las minas y de los cementerios, obtener lo más rápidamente posible la incineración de los cadáveres en vez de su inhumación, controlar el comercio del pan, del vino, de la carne, reglamentar los mataderos, las tintorerías, prohibir los alojamientos insalubres; sería menester que después de un estudio detallado de todo el territorio, se estableciera, para cada provincia, un reglamento de salud... (p. 47) (subrayado nuestro).

Así desde la vertiente teórica foucaultiana, la reglamentación sanitaria es elaborada por los médicos e impuesta por el Estado, confiriéndoles a los médicos una especie de “conciencia colectiva” respecto a los fenómenos de salud-enfermedad, de manera que:

Se comienza a concebir una presencia generalizada de médicos cuyas miradas cruzadas forman una red y ejercen en

¹⁹ En contra de su “universalidad” se contraponen la existencia particular de algunos procesos patológicos de origen cultural como son el susto, la hechicería, el empacho y otros, cuya vigencia es negada por la medicina científica.

cualquier punto del espacio, en todo momento del tiempo, una vigilancia constante, móvil, diferenciada (p. 55).

De este modo, los médicos académicos adquirieron un enorme e ilimitado control sobre la vida cotidiana de sus conciudadanos, y una franca autonomía y exclusividad en el campo de las actividades curativas.

Por ello es comprensible que los médicos y los políticos mantuvieran una convergencia, al señalar que ninguna persona pudiera ejercer el arte curativo sin la presentación del título escolar correspondiente. Finalmente, el Estado liberal optó por brindar reconocimiento legal a médicos y cirujanos, incluyendo otra categoría correspondiente al “oficial de salud”, quien aprende por medio de un “empirismo controlado”, es decir, de una práctica prolongada (hasta seis años) basada en la imitación, a diferencia de la enseñanza médica fundamentada en la teoría y la experiencia clínica (Foucault, 1980:122-123).

Por otro lado, un rasgo básico que fortifica y contribuye al poder y a la hegemonía de la medicina científica es la adquisición de una *profesionalización* en términos formales. Sobre este aspecto, la sociología norteamericana contemporánea ha brindado interesantes profundizaciones teóricas, en especial los trabajos de Eliot Freidson y en forma reciente, las contribuciones de Andrew Abbott. El primero de ellos, en su notable ensayo sobre la profesión médica, señala que cualquier profesión:

...es un grupo de personas que realiza un conjunto de actividades que proveen su principal fuente de recurso para la subsistencia (...) Dichas actividades se realizan a cambio de una compensación y no por sí mismas (Freidson, 1978:83).

Así, una profesión resulta ser una ocupación con fines claramente remunerativos (sea en dinero, en especie o en servicios compensatorios). Además, una profesión contiene una serie de rasgos especiales, pues se le ha conferido el derecho de regular su propio trabajo y, además, ejercer el derecho para determinar con exclusividad quiénes, cómo, cuando y en qué circunstancias debe realizarse alguna actividad particular de tipo profesional.

En este sentido, una de las características más notables de la profesión médica en Occidente es haber logrado en los últimos cien años una creciente *autonomía técnica y política* sobre su área ocupacional. En estos términos, la autonomía ha significado una posición de control legítimo (y de poder casi ilimitado) sobre el propio trabajo curativo, adquiriendo el derecho no

sólo para dominar, ordenar y supervisar sobre su jurisdicción profesional, sino también para ejercer el derecho de control, subordinación y exclusión del resto de prácticas sociales referidas al proceso salud-enfermedad-muerte. El resultado de todo esto es la obtención del monopolio (aprobado por el Estado) del conocimiento y de la práctica médica, por encima del saber popular e incluso de aquellas prácticas curativas disidentes (que es el caso de la homeopatía) o que bien brindan una limitada gama de técnicas curativas (como es el caso de la quiropraxia).

El proceso para lograr la autonomía e independencia profesional de los médicos académicos se inició desde el surgimiento de las universidades medievales que establecieron los criterios técnicos y administrativos de reconocimiento (a veces estatal) al aprendizaje escolarizado mediante la expedición de licencias o certificados institucionales.²⁰ Para Freidson, esos egresados universitarios formaban una “profesión de estudio”, es decir, un núcleo de sistematizadores del saber, del conocimiento, de la erudición, pues su práctica era más bien precaria y no tan diferente del resto de curadores no universitarios. Pero con el avance de la tecnología y la generalización de procedimientos más eficaces para el diagnóstico y el tratamiento de ciertas enfermedades, se pasó de una “profesión de consulta” (que tenía escasa credibilidad pública) a una “profesión científica” notablemente superior en sus conocimientos y recursos, transformándose en una ocupación profesional estable y poderosa, organizada y jerarquizada, con la fuerza y autoridad suficientes como para demandar (y conseguir) del Estado una mayor autonomía y exclusividad de sus actividades específicas, obteniendo además el apoyo político y financiero de las clases sociales dominantes.²¹

²⁰ En su libro ya clásico *Civilización y enfermedad*, el historiador de la medicina Henry Sigerist refiere que la primera ordenanza reguladora de la práctica médica en Europa fue la del rey Rogerio de Normandía en el año 1140: “Desde ahora, el que quiera practicar la medicina tiene que presentarse ante nuestros funcionarios y jueces para sufrir examen. Si se atreve a pasar por alto este requisito se le castigará con presidio y confiscación de todos sus bienes. En esta forma cuidamos de que nuestros súbditos no peligren por la inexperiencia de los médicos.

Nadie ose practicar la medicina sin antes haber sido declarado capaz...”(1987:124)

²¹ Según la investigación de R. Brown sobre la intervención de las clases dominantes en la consolidación de la medicina “científica” en Estados Unidos, las fundaciones privadas como la Rockefeller y la Carnegie han jugado un papel ideológico fundamental, que implica en última instancia la defensa del mundo capitalista (1983:157-158).

Recordemos que la Fundación Carnegie financió y difundió el llamado *Informe Flexner* elaborado por Abraham Flexner en 1910 como la base para la profunda transformación de la enseñanza médica estadounidense que hasta ese momento era deplorable (Coe, 1973:236). Por supuesto ese hecho contribuyó en la elevación de la hegemonía médica en Estados Unidos y su creciente influencia en los países de América Latina a través de la Oficina Sanitaria Panamericana, establecida en 1902 con sede en Washington.

Eliot Freidson reitera que no es una autonomía absoluta, ni tampoco una exclusividad total, pues nacen de una relación estrecha con el Estado y de una competitividad en el mercado ocupacional. La medicina académica es “una más de las muchas ocupaciones dedicadas a la curación” (p. 61), y más que la expulsión de los otros curadores (no universitarios) pretende obtener del Estado el:

control sobre las actividades de esas ocupaciones, para limitar lo que podían hacer y supervisar o dirigir sus actividades. De este modo, el Estado, simultáneamente convirtió en ilegal a la competencia de otros trabajadores con los médicos y otorgó a éstos el derecho de dirigir las actividades de las ocupaciones afines (*ibid.*)

De este modo, quedan bajo su control las ocupaciones denominadas “paramédicas” (enfermería, farmacia, laboratoristas, etc.) y los curanderos son obligados a una práctica clandestina, pues sus actividades son catalogadas como peligrosas, inseguras y no profesionales.

Por su parte, Andrew Abbott afirma que una profesión se posesiona de una serie de tareas, creando una jurisdicción de trabajo que se interrelaciona con áreas afines con las que entra en competencia, de tal manera que existe un constante ajuste y reacomodo de fuerzas y actividades en el sistema de profesiones. Por ello, las profesiones son interdependientes y ejercen una intensa competencia por abarcar más espacios jurisdiccionales y subordinar a los oponentes. Se da una lucha para conquistar, defender y retener nuevos o antiguos campos de trabajo y en tal enfrentamiento ganar o perder espacios dentro del dinámico proceso de profesionalización/ desprofesionalización.

Todo lo anterior implica que en un sistema de profesiones, se reconoce la interdependencia de los desarrollos profesionales, la existencia de una contienda interna para la apropiación de espacios jurisdiccionales y que existen influencias externas (públicas, legales, etc.) que pueden fortalecer u obstaculizar su desarrollo. En este orden de ideas, el Estado puede favorecer (y así ha sucedido) el desarrollo monopólico de la medicina académica, y los nuevos grupos rivales suelen ingresar al sistema profesional mediante dos mecanismos: proporcionando los mismos servicios en áreas descuidadas por el grupo profesional dominante, (disputándole la jurisdicción), o bien, reclamando tal jurisdicción sobre una tarea común. En la interacción se dan procesos de división (por ejemplo, la separación de los odontólogos), de absorción

subordinada (que es el caso de los homeópatas), de mezcla (verbigracia, la combinación de los médicos y los cirujanos) y de expulsión (corrientes profesionales disidentes).

Finalmente, Abbott postula que la esencia de una profesión está en su trabajo y no en su organización, que las variables internas y externas pueden afectar el contenido y el control del trabajo, y que las profesiones no deben mirarse como entidades aisladas, sino como elementos de un sistema de interrelación, donde la dominación estructural (o sea, el control de organizaciones e instituciones) y cultural (el control ideológico) constituye la propiedad más sobresaliente.

De acuerdo con los textos socio-antropológicos aquí reseñados, la medicina indígena sería considerada como una ocupación curativa más, sin calidad profesional, pues se le caracterizaría por un desarrollo inestable, un poder sumamente restringido y la notable ausencia de autonomía política para controlar su desarrollo, aunque goce de una parcial independencia técnica en el manejo de ciertas causas de demanda. La medicina indígena cumple con un conjunto de tareas curativas, preventivas y de control social, en las zonas rurales donde la medicina académica no ha ocupado espacios operativos y el dominio ideológico aún es precario. Sin embargo, los programas de ampliación de cobertura, implementados por el Estado, tienden al avance de la profesión médica en las zonas indígenas, aumentando su jurisdicción profesional en detrimento de las prácticas médicas de los conjuntos sociales indígenas.

CAPÍTULO 3

LAS MEDICINAS INDÍGENAS EN MÉXICO Y BOLIVIA: UNA HISTORIA DE SUJECCIÓN

Para entender el proceso actual de subalternidad ideológica y jurídica en la que operan los practicantes de la medicina indígena en nuestros países, consideremos conveniente el profundizar sobre el proceso socio-histórico de hegemonización y exclusividad de la medicina académica en México y Bolivia, desde la época virreinal hasta nuestros días.

PERIODO COLONIAL

En México, luego de la cruenta invasión y conquista europea en 1521, el paulatino ingreso de médicos graduados en las universidades españolas, y la existencia de una “plaga” de practicantes empíricos españoles, criollos, mestizos y negros, además de los médicos indígenas, obligó a las autoridades metropolitanas, virreinales y municipales a ejercer el control de la práctica médica mediante ordenanzas giradas por el Protomedicato, la Real Audiencia y los ayuntamientos. Dicho Protomedicato había sido creado en España por los Reyes Católicos, en 1477, con la finalidad de regular legal-

mente la práctica de médicos, cirujanos, barberos, parteras, flebotomianos y otros terapeutas, así como las actividades de los boticarios.

En 1528 una ordenanza expedida por los integrantes del Ayuntamiento de la Ciudad de México indicaba que:

Este día <22 de enero> los dichos señores dijeron, que por cuanto a su noticia es venido que muchas personas, sin ser médicos ni cirujanos examinados, curan algunas personas, e por no saber lo que hacen, demás de les llevar sus haciendas, los matan o dejan con muchas ocasiones de venirles muchos males y enfermedades, de que viene mucho daño y perjuicio, e conviene que se provea e remedie; e proveyéndolo dijeron, que ordenaban e mandaban, e ordenaron e mandaron que ninguna persona que no sea médico o cirujano examinado, e tenga título, [que] no sea osado de curar de medicina ni cirugía, so pena de sesenta pesos de oro (García-Icazbalceta, 1981:227).

Sin duda, este ordenamiento estaba dirigido a los múltiples curadores urbanos que, sin título, ejercían una amplia y ventajosa competencia con los doctores venidos de España, quienes veían seriamente mermados sus intereses económicos y profesionales.

Debe pensarse que la demanda de enfermos —fueran indios o españoles— estaba muy por encima de la capacidad numérica de los escasísimos médicos graduados, quienes además cobraban un mayor estipendio por el empleo de sus servicios. Debemos añadir que los médicos indígenas tenían un mayor conocimiento de los elementos medicinales del país —sobre todo herbolarios—, en tanto que sus colegas europeos aún dependían de los recursos traídos del Viejo Mundo y apenas estaban aprendiendo a usar los valiosos remedios americanos.

Esto también explica por qué las diversas órdenes misioneras que contaban con hospitales no tuvieran reparo para seleccionar médicos indígenas, en especial de aquellos que ya estuvieran cristianizados, y que en sus tratamientos omitieran los antiguos elementos rituales que involucraban al extenso panteón religioso mesoamericano (Viesca, 1990:140-142), y por otro lado, que las mismas autoridades virreinales concedieran licencias para ejercer la medicina a los experimentados médicos nativos (Viesca, 1994)

Casi medio siglo después de consumada la conquista del centro de México, el rey Felipe II expide, en 1570, las primeras leyes aplicables a los habitantes

de los nuevos “Reynos de la Indias”. En el libro V, título 6, que se refiere a la práctica médica, indica que se enviarán “protomédicos”, que tendrán como funciones primordiales las de controlar y regular el ejercicio de la medicina:

Y reconociendo de cuanto beneficio será para éstos, y aquellos Reynos la noticia, comunicación y comercio de algunas plantas, hierbas, semillas, y otras cosas medicinales que puedan conducir a la curación, y salud de los cuerpos humanos: Hemos resuelto de enviar algunas veces uno, o muchos Protomédicos generales a las Provincias de las Indias...[para que] usen y ejerzan cuanto por el derecho de estos, y aquellos Reynos les es permitido (Recopilación de Leyes de las Indias, 168:159).

De manera específica, aparte de curar enfermos, los protomédicos tenían encomendada la labor de investigar y enviar a Europa aquellos elementos notables y desconocidos de las terapéuticas locales; escribir sobre los recursos herbolarios con uso medicinal; y, particularmente, reconocer, aprobar, supervisar y sancionar el ejercicio de la actividad médica de su jurisdicción (que debía abarcar un perímetro aproximado de cinco leguas).

Así las leyes estipulaban que con la participación de la Real Audiencia:

...podrán examinar, y dar licencia a las personas de las dichas Provincias, que de su voluntad vinieren para este efecto (...) <Y> en los casos, que conforme a su oficio pudieren y debieren proceder contra alguna persona o personas, se han de acompañar para dar sentencia con uno de los Oidores de la Audiencia... (*ibid.*:159b)

Nueve años después se añade que dicho examen debe ser aplicado a médicos, cirujanos, barberos, algebristas y otros, siempre con la presencia personal del examinado. (*ibid.*:160b)

Si bien los protomédicos tenían nombramiento real, también había aquellos que eran nombrados por las autoridades locales, es decir, del Ayuntamiento de la Ciudad de México, lo cual significaba la presencia de múltiples diferencias y conflictos de poder (Avila, 1990:258).

Es muy seguro que se hiciera caso omiso a tales ordenamientos legales, porque fueron muchas las exhortaciones del Cabildo prohibiendo y anun-

ciando sanciones para aquellos individuos que ejercieren el oficio de la curación sin el permiso o licencia correspondiente (*ibid.*:257-258). A manera de ejemplo transcribimos las amargas y quejumbrosas palabras del Dr. Diego de Cisneros que aparecen en su libro *Sitio, naturaleza y propiedades de la Ciudad de México* (1618), donde describe la existencia de ciertos “médicos”:

...si se pueden llamar así tantos curanderos como hay en esta Ciudad, que no es la menor calamidad que hay en las Repúblicas, los cuales no solo impiden el juicio de la naturaleza, y hacen incierto el pronóstico, sino que ponen en riesgo la vida del enfermo, purgando y sangrando atrevidamente en todas ocasiones, sin ningún conocimiento ni otra luz (...)

La india que cura y hace su remedio, y el herbolario, y el barbero, y en suma no hay persona, que no de su boto [opinión] en todas ocasiones y remedio que ordenen que, no se ejecute, y así mueren las tres partes de hartos y malcurados, Dios se los perdone a los que escriben en romance, remedios y curación de todas las enfermedades, que no es otra cosa que poner una espada desnuda en manos de un lego, la intención de los que lo hicieron fue buena, mas el efecto [es] trabajoso y de harta calamidad.. (fojas 136 y 138)

Cabe aclarar que las leyes dictadas desde el imperio estaban dirigidas fundamentalmente a los curadores españoles y no a los indios, como está señalado en la Ley expedida en Madrid por Felipe IV en la cual asienta:

Mandamos, que no se consienta en las Indias a ningún género de personas curar de medicina, ni Cirugía, si no tuvieren los grados y licencia de el Protomédico, que disponen las leyes, de que ha de constar por recaudos legítimos. Y ordenamos a los fiscales de nuestras Audiencias que sobre esto pidan lo que convenga: y que en las residencias se haga cargo a los ministros por la omisión en averiguar y ejecutar lo ordenado y así se guarde en cuanto a los lugares de españoles y no de Indios (Recopilación de Leyes..., 1681:160, subrayado nuestro).

Para consolidar la autoridad de los protomédicos es creado el Real Tribunal del Protomedicato, en 1628, que habría de durar hasta su clausura

definitiva en 1831, es decir, abarcando hasta el primer tercio del siglo XIX. En estos 203 años de existencia se convertiría en el máximo órgano de control y regulación de la salud pública y del ejercicio de la práctica médica en la Nueva España, e incluso durante una década de la vida del México independiente. Sus principales administradores fueron siempre graduados de las universidades²² y —por supuesto— las visitas, procesos y disposiciones oficiales resultaban favorables a la medicina académica, marginando al resto de curadores, incluidos los médicos indígenas.

De manera simultánea, la profesionalización de la medicina académica en la Nueva España se consolida en la segunda mitad del Siglo XVI, al fundarse la Real y Pontificia Universidad de México (1551), las cátedras de medicina (1579) y al otorgarse los primeros grados (de bachiller, licenciado, maestro o doctor) a los médicos con formación escolarizada (Rodríguez, 1990:267). Pese a que las leyes reales indicaban una supuesta igualdad entre indios y españoles,²³ tales estudios obedecieron en el fondo a una lógica racista, sexista y segregacionista, donde los indios recibían instrucción elemental en colegios religiosos (por ejemplo el de Tlatelolco, dirigido por los franciscanos), y, en cambio, los hijos de los españoles peninsulares, los criollos, y mucho más tarde los mestizos, tendrían un facilitado acceso a los estudios superiores universitarios (*ibid.*:263).

En Bolivia el proceso de dominio de la medicina académica durante el periodo colonial no fue muy diferente, pero con el agravante de que la antigua región del Collasuyo se encontraba equidistante de los centros virreinales del poder, ubicados en Lima y Buenos Aires, y ello hacía que el inicio de las actividades universitarias y del protomedicato se retrasaran en forma notable, a tal grado que ambas actividades no se efectuaron en Bolivia sino hasta después de lograda la independencia, y por tanto dependieron de las escuelas de medicina y tribunales del protomedicato, ubicados en los virreinos del Perú y La Plata.

En este contexto, la enseñanza de la medicina en la Universidad de San Marcos, en Lima, se inicia a partir de 1634, cuando el Virrey Conde de Chinchón señala que:

²² Desde mediados del siglo XVII los protomédicos -por ley- ejercían ambas actividades como docentes universitarios y funcionarios del gobierno virreinal.

²³ Felipe II en el ya mencionado decreto de 1570 se refiere a TODA la población de las colonias como súbditos de la Corona Española en los siguientes términos: “que nuestros vasallos gocen larga vida, y se conserven en perfecta salud. Tenemos a nuestro cuidado proveerlos de Médicos y Maestros que los rijan, enseñen, y curen sus enfermedades, y a este fin se han fundado Cátedras de Medicina, y Filosofía en las Universidades más principales de las Indias” (*ibid.*:159)

Este Reyno, tan poblado y lleno de gentes y las ciudades muy principales de él, como son las de Quito, La Plata, Potosí, La Paz, Guamanga, el Cuzco y Arequipa y en general los demás pueblos y lugares están faltos de médicos para las curas de las enfermedades tan hordinarias que hay... que se han menoscabado sus vecinos, y en especial los naturales, a cuya causa muchos que no son graduados sino cirujanos romanistas y sus barberos, curan como si fueran médicos y a estos se les encargan las casas y hospitales de naturales con salarios y estipendios de Su Majestad, sin tener suficiencia y estudio de la dicha facultad (Balcázar, 1956:218).

Aunque no faltaron voces disidentes, como la del profesor Alonso de la Huerta, quien se oponía a la creación de la cátedra de medicina y a la llegada de médicos extranjeros, alegando que :

..en esta región hay muchas yerbas medicinales para una gran variedad de enfermedades y males con las cuales los indios están muchísimo más familiarizados que los médicos; ...muchas personas, aun cuando conceden superioridad a la Facultad, se dirigen fuera del Cercado y Surco a hacerse curar por indios, hombres y mujeres (*ibid.*:217).

Cita textual que demuestra el aprecio que la población civil de la capital limeña tenía por los médicos indígenas, que solían aventajar en recursos a los médicos académicos formados en Europa. Evidentemente, esos médicos indios no sólo tenían un mayor conocimiento herbolario, sino que sus procedimientos resultaban con frecuencia bastante eficaces.

En ausencia de funcionarios del protomedicato en Bolivia, la Real Audiencia y los cabildos libraron “enconadas batallas para evitar el ejercicio clandestino de la profesión” (*ibid.*:187).

En 1779 es nombrado el primer protomédico del Virreinato de La Plata, con plena jurisdicción en los territorios bolivianos correspondientes a Charcas y Santa Cruz de la Sierra; a partir de entonces se intentó extirpar a los curanderos. Por el otro lado, asume esa función el reconocido médico peruano Hipólito Unanue, fundador del Real Colegio de Medicina y Cirugía de San Fernando (1808), quien al recibir el cargo de protomédico, aboga por la completa profesionalización de los médicos académicos, y apunta:

Quien no conoce que a excepción de uno u otro facultativo que habita en las capitales, el resto de toda América meridional es la presa de ignorantes, aventureros, charlatanes y pícaros que se fingen médicos y cirujanos para pasar su vida sin trabajo y encontrar el fomento de sus vicios. Causa dolor oír las relaciones que sobre sus desaciertos hacen las personas de juicio que han vivido en las provincias... (Balcázar, 1956:215).

En México, Bolivia y el resto de las colonias americanas — pese a los ingentes esfuerzos de los funcionarios coloniales — se dio una invasión de practicantes de distinta procedencia social, y se tuvo que reconocer la imposibilidad de satisfacer la demanda de atención médica en las ciudades, menos aún en las comunidades rurales indígenas.

En este sentido, John Tate Lanning, un experto en el tema del protomedicato hispanoamericano, afirma que: “Entre 1607 y 1738 la Universidad de México otorgó 438 grados de bachiller en medicina, un promedio de 3.5 por año” (1985:139) y la distribución era pésima, de tal modo que una ciudad importante como Querétaro, con 35 mil habitantes en 1787, sólo contaba con dos médicos autorizados legalmente para ejercer la medicina (*ibid.*:143). En la Universidad de San Marcos, en Lima, a mediados de ese Siglo XVIII, en un año únicamente se graduaron cuatro médicos debido a los obstáculos racistas contenidos en la obligatoriedad de tener “pureza de sangre” (*ibid.*:140). Aún así, los tribunales del protomedicato, las Reales Audiencias y los cabildos efectuaron procesos en contra de los “intrusos”. a solicitud de médicos graduados, que denunciaban y acusaban a los curanderos en función de la competencia “desleal” a la profesión y, —sobre todo— a la disminución en sus ingresos económicos atribuibles a semejante rivalidad.

PERIODO INDEPENDIENTE (Siglo XIX)

Diez años después de consumada la independencia mexicana, es desmantelado el Tribunal del Protomedicato y se sustituye primero por la Facultad Médica del Distrito Federal (1831-1841) y después por el Consejo Superior de Salubridad, cuyas funciones directrices de la salud pública abarcaron hasta 1917. La Real y Pontificia Universidad de México fue clausurada en 1833

y se creó el Establecimiento de Ciencias Médicas, que articuló la enseñanza de la medicina y la cirugía en la capital del país.

Todo esto significó el fortalecimiento de la medicina académica, pero no lo suficiente como para vencer el liberalismo republicano de mediados de Siglo, que permitió que cualquier individuo pudiera ejercer actos curativos sin la exigencia de una formación académica. La Constitución de 1857 garantizó una educación liberal, sin llegar a determinar o reglamentar qué profesiones requerían del grado académico o la obtención de un título profesional.²⁴

Ante la ausencia de tal reglamentación que limitara las actividades públicas de curanderos y charlatanes, el liberalismo fomentó el curanderismo y los médicos universitarios se enfrascaron en una lucha tenaz y constante por lograr la exclusividad profesional y legal de la práctica curativa.²⁵

Uno de los más fervientes defensores de esta profesionalización médica fue el Dr. Adrián de Garay, un profesor de la Escuela de Medicina (sucesora del Establecimiento de Ciencias Médicas), quien desde su tribuna en el periódico escolar combatió el liberalismo constitucional que permitía el ejercicio del curanderismo y solicitó con insistencia al gobierno porfirista —desde la aparición de la publicación en 1879— la reglamentación de las profesiones que excluyera a los charlatanes, argumentando que:

...nosotros como nación joven, debemos imitar a los pueblos viejos é ilustrados; pues en ninguno de ellos se tolera este libertinaje de las profesiones, sobre todo de la medicina, sino muy al contrario se persigue activamente al charlatanismo como lo está haciendo actualmente Francia y Alemania (...) Llamamos la atención del Supremo Gobierno sobre la cuestión del charlatanismo médico: esto es una verdadera plaga que asola a las Naciones, que explota al pueblo; con él las medidas de Higiene Pública que dictan las autoridades se dificultan o se hacen imposibles y se perjudica y se arruina a la clase médica (...) Nuestro Presidente [Porfirio Díaz],

²⁴ En efecto, la Constitución Mexicana de 1857 estableció en su artículo tercero que: “La enseñanza es libre, la ley determinará que profesiones necesitan título para ejercerse y con que requisitos deben expedirse estos títulos” (p. 12).

²⁵ Es conveniente recordar que desde la época virreinal y hasta finales del siglo XIX eran considerados como curanderos a todas aquellas personas que carecían del título profesional, por tanto abarcaba no sólo a los curadores indígenas sino también a los practicantes urbanos e incluso a los estudiantes de medicina y los médicos que no habían logrado obtener el anhelado documento.

una verdadera gloria Nacional, nos ha hecho inmensos bienes y es de desearse y así lo esperamos, que nos haga el de procurar que se reglamente sabiamente el artículo 3º de la Constitución [de 1857] (1904:439)

El Consejo Superior de Salubridad desoyó tales demandas, e incluso prefirió un prudente silencio, al expedir los primeros tres códigos sanitarios (en 1891, 1894 y 1903). No obstante, el Estado mexicano brindó un notable apoyo a la medicina académica, amplió y construyó hospitales, desarrolló actividades importantes de salud pública (campañas de vacunación, erradicación de vectores, etc.), fomentó la capacitación de los médicos, enviándolos a los centros educativos europeos, promovió reuniones internacionales sobre salud y subvencionó organismo colegiados como la Academia Nacional de Medicina, que organizada en 1874, se convirtió en el órgano consultivo del gobierno a partir de 1912 (Fernández del Castillo, 1959:9).

Por otra parte, una vez obtenida la independencia, el 6 de agosto de 1825, Bolivia enfrentó una situación desastrosa en lo económico y social, que se agudizó con la ambición y el caudillismo de los gobernantes militares, la consolidación de grupos oligárquicos relacionados con la minería, las guerras con países limítrofes, las frecuentes promulgaciones de ordenamientos constitucionales, los constantes cambios administrativos, entre otros fenómenos.²⁶

Todo ello se reflejó en el desorden, la irregularidad y la confusión en la práctica y enseñanza de la medicina académica. Se crearon y se cerraron escuelas de medicina; se modificaron planes educativos y se suprimieron cátedras; se brindaron nombramientos y se cancelaron, se apoyaron escuelas privadas y se ofrecieron grados escolares inexistentes.

En 1830 se creó el Tribunal del Protomedicato con sede en La Paz y encargados en cada uno de los Departamentos del país, cuyas funciones fueron expedir títulos profesionales, ratificar los procedentes del extranjero, seguir causas criminales y faltas profesionales, controlar boticas y dictar medidas de salud pública. Según el Dr. Valentín Abecia, este organismo: **“...fue el primer paso que se dio para poner a raya a los medicastros, charlatanes y curanderos que ejercían la profesión médico-quirúrgica”** (1905:47).

Pero, precisamente por las condiciones caóticas de la República, los cometidos de este tribunal fueron irregulares, con varios periodos de receso

²⁶ Véase el análisis de este periodo por Josep Barnadas y Xavier Albó en el capítulo cuarto de su libro *La cara india y campesina de nuestra historia* (1990).

y con la invasión de funciones por otras agrupaciones como las Juntas de Sanidad y la policía, que tenían una presencia en las municipalidades.

Vale la pena destacar que en la reorganización del Protomedicato, realizada en 1843, además de las funciones arriba señaladas se añadió una interesante propuesta que reconocía y autorizaba el ejercicio curativo de curanderos y parteras en **“casos urgentes y diligencias judiciales, que ocurriesen en pueblos donde no hubiera un facultativo”** (Balcázar, 1956:345).

El Protomedicato en Bolivia desapareció en 1893 cuando se instituyen los llamados Tribunales Médicos, en los que por primera vez los nombramientos y designaciones son efectuados por los propios médicos, hecho que tenemos que recalcar porque acrecentó la jurisdicción profesional de los médicos sobre la práctica curativa en general.

PERIODO INDEPENDIENTE (siglo XX, hasta 1970)

Resultado del movimiento revolucionario, iniciado en 1910, la Constitución mexicana de 1917 plasmó en sus artículos diversos derechos individuales y sociales, incluyendo el relativo al ejercicio de las profesiones, sin que se llegara a la redacción de una reglamentación.

En la década de los treinta, las agrupaciones de médicos académicos iniciaron una intensa campaña para lograr la erradicación de los curanderos urbanos e indígenas. En la III Convención de Sociedades y Sindicatos Médicos, celebrada durante 1931 en Pachuca, Hidalgo, la delegación de Yucatán denunció el “extraordinario” incremento del charlatanismo, tolerado por las autoridades estatales y federales, llegándose al extremo inconcebible de que el propio Presidente de la República, el general Plutarco Elías Calles, personalmente había ido a consultar al “Niño Fidencio”, un curandero famoso que atendía en el norte del país. Dicha convención médica apoyó —entre otras medidas— seguir promoviendo la reglamentación de las profesiones que requieren un título, solicitar **“la derogación del artículo 158 del Código Sanitario, que autoriza el ejercicio de la medicina a toda persona que haga constar en sus anuncios que carece de título debidamente registrado”** (s/a, 1931: 3)

Tal campaña en contra de los curanderos se generalizó por todo el país, movilizando a las autoridades sanitarias, pero sus esfuerzos fueron estériles. Por ejemplo, en Nuevo León, donde ejercía el Niño Fidencio y otros curanderos, fueron acusados judicialmente por práctica ilegal de la me-

dicina sin obtener la paralización de sus actividades.²⁷ El delegado de salubridad en el estado, al informar a un superior en la Ciudad de México, declaraba en 1932:

...siento manifestar a Ud. que efectivamente siguen ejerciendo algunos charlatanes en esta entidad (...) todas las consignaciones que se hacen a las autoridades locales resultan completamente inútiles, pues los expedientes duermen meses y meses y a veces hasta años sin que se tome acción definitiva en ninguna forma. Puedo asegurar a usted sin temor a equivocarme, que desde que el Consejo de Salubridad existe en Nuevo León, no se ha ganado ni un solo caso contra los curanderos (...) Por lo que toca a la población de Galeana, debo confirmar a usted que hay muchos curanderos de los que se dedican a curar embrujos...²⁸ (subrayado nuestro).

En forma similar, el delegado asignado en la región lagunera (que comprende los estados de Coahuila y Durango) al informar sobre una nota periodística aparecida en México, sobre la abundancia de yerberas y curanderos en Lerdo y Gómez Palacio, Durango, decía:

...en varias ocasiones he entrevistado a los C.C. Presidentes Municipales de Lerdo y Gómez Palacio, Dgo., acerca del ejercicio ilegal de la medicina, habiéndome prometido hacer cumplir las leyes locales de la materia y que serían consignadas a esta Oficina, las personas que se encontraran ejerciendo la medicina ilegalmente en dichos lugares...²⁹

Todo ello fue inútil, no obstante ese periodo se significó por el fortalecimiento y la consolidación de la hegemonía médica en las instituciones estatales de salud, al crearse, en 1937, la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), en 1943 el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), y en el terreno jurí-

²⁷ Bárbara J. Macklin describe en forma somera el juicio emprendido contra el Niño Fidencio y la defensa emprendida por el Lic. José F. Guajardo, quien también defendió a otros curanderos (1967:551-552)

²⁸ Oficio con fecha 1º de abril de 1932 del Dr. Francisco Vela González (Delegado de la Secretaría de Salubridad en Nuevo León) dirigido al jefe del Departamento Jurídico del Consejo de Salubridad (Archivo Histórico de la Secretaría de Salud. Sección: Ejercicio de la Medicina, 1932).

²⁹ Oficio con fecha 28 de abril de 1932 del Delegado de Salubridad con oficinas en Torreón, Coahuila, dirigido al jefe del Departamento Jurídico del Consejo de Salubridad (Archivo Histórico de la Secretaría de Salud. Sección: Ejercicio de la Medicina, 1932).

dico, la obtención de la exclusividad legal al expedirse la Ley Reglamentaria del Artículo 5º Constitucional, relativo al ejercicio de las profesiones, el 26 de mayo de 1945.³⁰

La clandestinidad de los curanderos se hizo completa y los ataques a ellos continuaron. En 1956, el Dr. Francisco Padrón señala que:

Abundan los que se dedican a ‘curar’ sin haber pasado jamás por un aula. Los métodos ‘curativos’ varían y ya se llamen brujas, hechiceros, yerberos, espiritistas, sobadores, curanderos, todos tienen un denominador común: ser audaces e irresponsables. Con estas dos armas logran embaucar a los incautos (p. 170).

Así los curanderos aparecen no sólo como atrevidos y faltos de responsabilidad, sino también como “engañadores”, “incapaces”, “mercantilistas”, “estafadores”, “explotadores” y los usuarios del curanderismo (y de la medicina indígena) son tachados de “moralmente débiles”, “apáticos” e “ingenuos”, siendo sus creencias tildadas de “vulgares”, “bobas”, “triviales” y “ausentes de lógica y de fundamento”.

Esta tónica agresiva es retomada en los sesentas por el sociólogo norteamericano Gordon Schendel, quien con asesoría de médicos mexicanos, destaca la oposición entre curanderos y médicos, mostrando a los primeros como un **“...obstáculo serio y específico para el progreso médico y las mejoras en los sistemas de salud pública”** (1980:171), y los ubica como el primer problema de atención médica en el país, y al igual que otros autores, en su discurso abundan las palabras despectivas como “siniestros”, “criminales”, “pseudomédicos”, “enemigos de la sociedad”, y los pacientes “ingenuos” e “ignorantes” pertenecen a:

³⁰ “Artículo 5º. A ninguna persona podrá impedirse que se dedique a la profesión, industria, comercio o trabajo que le acomode, siendo lícitos. (...) La ley determinará en cada Estado, cuáles son las profesiones que necesitan título para su ejercicio, las condiciones que deban llenarse para obtenerlo y las autoridades que han de expedirlo” (Constitución de los Estados Unidos Mexicanos, 1994). Este ordenamiento constitucional se complementó con el artículo 250, fracción segunda del Código Penal (vigente desde 1931) que define la usurpación de profesión: “Al que sin tener título profesional o autorización para ejercer alguna profesión reglamentada (...)/ a) Se atribuya el carácter de profesionista;/b) Realice actos propios de una actividad profesional (...)/c) Ofrezca públicamente sus servicios como profesionista;/d) Use un título o autorización (...) sin tener derecho a ello;/ e) Con objeto de lucrar, se una a profesionistas (...)” (Código Penal para el Distrito Federal, 1988:92-93). El mismo código en su artículo 387, fracción 15, tipifica como fraude: “Al que explote las preocupaciones, la superstición o la ignorancia del pueblo, por medio de supuesta evocación de espíritus, adivinaciones o curaciones” (*ibid.*:128)

...tribus indígenas de pura sangre, habitantes de las zonas remotas inalcanzables aún para los misioneros, e intocados por la civilización moderna. En esos “bolsillos de la historia”, algunos viven literalmente en la Edad de Piedra[¿?]; hablando sólo su antigua lengua tribal; conservan aún sus tradiciones y creencias paganas y sus costumbres, incluyendo al gran sacerdote y al médico-brujo de la tribu, que funcionan exactamente como lo hicieron sus antepasados hace miles de años (*ibid.*: 174)

Pero no todo fueron ataques, también surgieron en esa época voces que solicitaban salvaguardar la existencia del médico indígena. Así, con una valoración más serena, prudente y ecuánime, el médico y antropólogo Gonzalo Aguirre Beltrán, en 1955, publica *Programas de salud en la situación intercultural* donde el curandero indígena aparece con toda la importancia social que merece. Al revisar la actitud agresiva de los médicos y enfermeras ante el especialista tradicional, abiertamente condenaba tal comportamiento:

...su conducta en lugar de acarrear simpatías, ante su asombro, les conquistó malquerencias que provocaron su aislamiento y determinaron, a fin de cuentas, su salida eventual de la comunidad y el fracaso de su encomienda. Ignoraban que el curandero era sólo un eslabón de un engranaje compuesto de partes interconectadas que funcionan como un todo integral. (...) En vista de ello el ataque unilateral al curandero resultó ineficaz, ya que hizo surgir poderosas reacciones defensivas en una comunidad que daba validez y soporte a la medicina tradicional (1980:149-150).

En Bolivia, un paso decisivo en la organización sanitaria fue la sustitución en 1906 de los Tribunales Médicos por la Dirección General de Sanidad Pública, dependiente del Ministerio de Gobernación. Con el transcurso de los años lograría su autonomía administrativa y jurisdiccional, al transformarse en el Ministerio de Salubridad en 1938.

A partir de 1910 los títulos profesionales serían expedidos por el Ministerio de Instrucción, con el aval de la autoridad sanitaria. El control

y la vigilancia del ejercicio profesional recaería en esta última dependencia, aunque existen datos para afirmar que dicho control era sumamente irregular, a tal grado que un destacado médico de Sucre señalaba un grave vacío de autoridad y que “...era una verdadera vergüenza nacional” que denotaba el retraso sanitario del país (Balcázar, 1956: 620).

Vale la pena consignar que la enseñanza de la medicina se concentraba en las tres ciudades principales de Bolivia: La Paz, Sucre y Cochabamba. El egreso de los profesionales sobrepasaba la demanda y la capacidad urbana por absorberlos, de tal modo que ya desde mediados de los años veintes se planteaba la necesidad de limitar los cursos e inclusive de cerrar escuelas. Un decreto emitido en 1924 refería que:

Que es conveniente reorganizar los estudios facultativos, en condiciones que respondan a una utilidad práctica en beneficio del país y de las personas que deseen seguir la carrera de medicina. Que el número de profesionales preparados que egresa anualmente de las aulas es excesivo y da lugar a que el título de Doctor en Medicina, tan fácil de conseguirlo ahora, desvíe a la juventud de otras especulaciones (*ibid.*: 644).

Este fenómeno es singularmente característico de la medicina hegemónica en América Latina, pues el problema se hace residir en la satisfacción de la demanda urbana de profesionales y no en la equitativa distribución de éstos que incluya las regiones campesinas e indígenas. En este sentido podemos explicarnos y entender al Dr. Juan Manuel Balcázar —autor de la *Historia de la Medicina en Bolivia*— su férrea oposición a la obligatoriedad ordenada desde 1952, del servicio social (o de provincia) por parte de los estudiantes de medicina, considerándola:

...injusta y arbitraria, porque aumenta un año el tiempo de estudios en la Facultad de Medicina, aumento que no sufren los estudiantes de otras facultades, y condena, implícitamente, al nuevo facultativo, a perderse en la maraña de costumbres provincianas... (*ibid.*: 440).

Por supuesto, este párrafo demuestra la discriminación e infravaloración que se tiene del habitante rural andino, de su cultura y de sus condiciones de vida, que ni siquiera merecen un minuto de atención por parte

de los estudiantes de medicina, mucho menos de profesionales ya graduados.³¹ Por ello no es de extrañar que él mismo reconozca como “normal” la existencia del empirismo de los curanderos indígenas que se encuentran en los lugares apartados de las provincias, y que este hecho también sea retomado por las autoridades sanitarias pues **“El mismo gobierno se ve obligado a tolerarlo, antes que dejar a los pueblos en total abandono con relación a la defensa de su salud”** (*ibid*)

PERIODO INDEPENDIENTE (Siglo XX, de 1970 a 1995)

Para nuestros fines expositivos, hemos subdividido el siglo XX, antes y después de 1970, porque consideramos que los fenómenos recientes que se refieren a la medicina tradicional e indígena en América Latina han tenido una enorme variación con los cambios ideológicos y operativos que se han efectuado en el campo de la salud pública, que se suman a la emergencia de los movimientos reivindicativos de las agrupaciones indígenas americanas.

Según algunos analistas del proceso de emergencia de las medicinas tradicionales en el mundo contemporáneo, el ingreso en 1971 de la República Popular China en la Organización de las Naciones Unidas, condujo al reconocimiento de la coexistencia y complementariedad de las prácticas curativas tradicionales y occidentales.

Sumado a lo anterior fue la moda —que aún persiste— en los países desarrollados de revalorar el empleo de los recursos herbolarios en los tratamientos de las enfermedades más comunes.

El Dr. Halfdan T. Mahler, ex-director general de la Organización Mundial de la Salud (OMS), durante la Asamblea celebrada en 1974, declaró que era necesaria la participación de los practicantes tradicionales en las actividades sanitarias de las comunidades porque era operativamente imposible que la medicina académica pudiera atender al total de la población de los países subdesarrollados, en especial de las áreas rurales (Guerra, 1976:7).

³¹ El servicio médico social obligatorio se realiza en México desde 1936, y a pesar de sus detractores, representa una respuesta mínima a las enormes necesidades de los campesinos e indígenas mexicanos. Podemos criticar la insuficiencia de recursos materiales, la irresponsabilidad e ineficiencia de algunos médicos pasantes, el desconocimiento de la cultura de los pacientes, pero no sus objetivos de apoyo solidario a las comunidades rurales. Para algunos comentarios complementarios consúltese el texto *¿Qué debo saber sobre medicina tradicional durante mi servicio social?* del Dr. Luis Alberto Vargas (1981), y un artículo nuestro publicado por la Universidad Veracruzana en 1994.

La XXX Asamblea Mundial de la Salud (1977) adoptó una resolución por la cual se recomendaba a los gobiernos a que dieran **“una importancia adecuada al empleo de sus sistemas médicos tradicionales con una reglamentación apropiada y acorde con sus sistemas nacionales de salud”** (Akerele, O., 1983:3). Desde este momento el interés ha sido inusitado en los países tercermundistas de Asia, África y América Latina, obligando a cambios políticos e ideológicos referentes a la atención de la salud en dichas naciones, y donde la promoción, el desarrollo y ampliación de la medicina tradicional ha sido uno de los ejes de las políticas asistenciales rurales e incluso urbanas.³²

A este enorme esfuerzo internacional se agregó en septiembre de 1978 la Declaración de Alma-Ata, donde expertos en atención primaria de salud congregados por la OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) formularon el ya conocido lema de “Salud para todos en el año 2000”. Allí se propone que :

La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación (Declaración de Alma-Ata, 1978).

Más adelante detalla que:

La atención primaria de salud: se basa en el plano local como en el de referencia y consulta de casos, en personal de salud, con inclusión, según proceda, de médicos, enfermeras, parteras, auxiliares y trabajadores de la comunidad, así como

³² Múltiples encuentros, reuniones, seminarios y talleres se han realizado para afinar los programas de medicina tradicional. A finales de 1977, un grupo de expertos provenientes de Egipto, Sudán, Camerún, Sri Lanka, India, Estados Unidos y México, produjeron un informe técnico trascendente, pues retomaron algunas conceptualizaciones básicas con respecto a la medicina tradicional y la figura del curandero que habían sido definidas en una reunión efectuada en Brazaville (1976) y elaboraron algunas recomendaciones centradas en el auxilio de la OMS a la promoción y desarrollo de la medicina tradicional, el apoyo político nacional e internacional a dicho programa, el acopio y difusión de informaciones sobre la medicina tradicional, el estímulo a las actividades educativas sobre el tema, la aplicación de la medicina tradicional en la atención primaria a la salud, la capacitación del personal en esta área, y el desarrollo de investigaciones multidisciplinarias (OMS, 1978).

de personas que practican la medicina tradicional, en la medida que se necesiten, con el adiestramiento debido en lo social y en lo técnico, para trabajar como un equipo de salud y atender las necesidades de salud expresas de la comunidad (*ibid.*, subrayado nuestro).

Para la década de los ochentas, la OMS e instituciones independientes ya tienen las primeras evaluaciones del programa emprendido en diversas naciones, en especial el grado de integración de la medicina tradicional en los sistemas sanitarios nacionales.³³

Finalmente, debemos resaltar que en la actualidad la OMS continúa apoyando el programa sobre medicina tradicional y que la Organización Internacional del Trabajo (OIT) en 1989 propuso a los estados miembro la aceptación del Convenio 169 sobre los pueblos “tribales” o indígenas, que defiende su derecho a la tierra, al trabajo, a la educación, a la salud, entre otros. Los artículos 24 y 25 son dedicados específicamente a la seguridad social y salud, señalándose de manera concreta que:

Los servicios de salud deberán, en la medida de lo posible, organizarse a nivel comunitario. Estos servicios deberán planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales (OIT, 1989:20, subrayado nuestro)

En América Latina, el programa sobre medicina tradicional fue promovido por la Organización Panamericana de la Salud, oficina regional de la OMS. En 1977 patrocinó un primer taller de trabajo donde se reunieron investigadores de antropología médica procedentes de México y Estados Unidos, quienes recomendaron una participación intensiva de la OPS en la integración de la medicina tradicional en la planificación de servicios de salud en los estados miembro. (Velimirovic, 1978).

³³ Economistas, abogados, administradores, médicos, sociólogos, y sobre todo antropólogos han realizado estudios analíticos destacando los trabajos en Ghana (Bannerman, 1983), Senegal (Fassin y Fassin, 1988), Zaire (Bibeau, 1982), Nigeria (Pearce, 1982 y Oppong, 1989), India (Banerji, 1981), Nepal (Reissland y Burghart, 1989), Malasia (Chen, 1981), China (Lee, 1981), Bolivia (Bastien, 1982) y Colombia (Peláez y Uribe, 1986)

A finales de 1983, otro grupo de trabajo convocado por la OPS recomendó la ampliación de investigaciones sobre la medicina tradicional, la recopilación de información pertinente, el adiestramiento y capacitación del personal de salud y la implementación de un servicio de salud con orientación biomédica y sociocultural (s/a, *Bol. Of. Sanit. Panam.* 1985:377).

Por último, a diez años de haberse adoptado la resolución de la OMS, en la Ciudad de México durante 1987 se reunieron diversos especialistas en el taller intitulado “El futuro de la medicina tradicional en la atención a la salud de los países latinoamericanos”. Allí se volvió a insistir en la necesidad de continuar con los esfuerzos de investigación, de capacitación e integración óptima de la medicina tradicional y la medicina académica.³⁴

Mientras acontecían estas políticas sanitarias internacionales, el contexto de las relaciones de la medicina indígena y académica en México y Bolivia en el periodo 1970-1993 se daba de la siguiente manera:

Cuando México tenía 48 millones de habitantes -según el censo de 1970- un estudio médico-social emprendido por R. Collado y J. García-Torres halló que poco más del 50% de mexicanos residía en localidades donde no había algún médico académico (1975:469).

Por eso, ante la imposibilidad cuantitativa de que los médicos profesionales cubran la demanda de atención materno-infantil en las zonas rurales, e incluso periféricas de las grandes urbes, se inicia un esfuerzo gubernamental tendiente a la incorporación (y por supuesto control) de las parteras empíricas en el sector salud. Por ejemplo, en 1973 las autoridades de la ciudad de México iniciaron cursos de capacitación a “comadronas” en las delegaciones de Milpa Alta y Atzacapozalco, con una duración de dos meses, permitiendo que éstas ejerzan libremente sus actividades, **“siempre y cuando sea en coordinación con las autoridades médicas”**.³⁵

En agosto de ese mismo año se implementa el adiestramiento en siete estados de la República con el concurso del Instituto Nacional de Protección a la Infancia (dirigido por la esposa del Presidente) y la Secretaría de Salubridad y Asistencia. Se afirma que entre 1974 y 1983 alrededor de 14 mil parteras asistieron a este tipo de cursos en todo el país (Martínez-Manatou, 1986).

Esta notoria movilización de las dependencias estatales con respecto a un sector de terapeutas tradicionales se vio apoyada y reforzada por las agrupaciones médicas profesionales. Así por ejemplo, el presidente de la Sociedad

³⁴ Participaron investigadores de Perú (C. Roersch y L. Van der Hoogte), Colombia (C.Pinzn y M. Clemencia), Argentina (E. Smolenski), Panamá (M. de Correa y A. de Méndez) y México (G. Aguirre Beltrán, A. Argueta, G. Balam, X. Lozoya, E. Ménéndez, R. Moreno y C. Zolla) (CIESS, 1987)

³⁵ *El Diario de México*, 28 de julio de 1973

Médica del Valle de México, informaba que en los municipios del Estado de México que rodean al Distrito Federal existen más de 500 parteras empíricas que atienden el 70% de los partos, no obstante **“vienen actuando impúne-mente”**, causando **“la muerte a decenas de madres que se han puesto en sus manos, y de recién nacidos”**. El dirigente mexiquense exige la intervención de las autoridades sanitarias y de los profesionales de la medicina para que se realicen programas intensivos de capacitación con el fin de disminuir la elevada morbi-mortalidad que —según él— se debe a la deficiente aplicación de las parteras.³⁶

La incorporación subordinada se plasmó legalmente en la reglamentación de 1976 sobre las parteras empíricas capacitadas (PEC), donde éstas son reconocidas, no como terapeutas tradicionales especializadas en la atención de partos, sino como **“auxiliares para la salud en obstetricia”**, sujetándose a las instrucciones, ordenamientos, disposiciones y vigilancia de las autoridades médicas del sector oficial. A las PEC se les exige mayoría de edad, que sepan leer y escribir, y que exista un reconocimiento comunitario a su labor. Requisitos que limitan a los nuevos aprendices, y especialmente a las mujeres indígenas que no han tenido acceso a la educación formal a través de las escuelas. Se les autoriza atender los embarazos, partos y puerperios normales, pero se les prohíbe emplear medicamentos no autorizados, efectuar intervenciones quirúrgicas y atender casos complicados **“salvo cuando la falta de atención en forma inmediata o el traslado de la enferma a un centro de salud, hagan peligrar la vida de la madre o el producto”**.³⁷ Por el incumplimiento de las obligaciones se les puede sancionar con amonestaciones, suspensión temporal de actividades o la definitiva cancelación del permiso. (*ibid.*:556-557).

Con la excepción de este reglamento dirigido a las parteras, la vigente Ley General de Salud expedida en febrero de 1984, desconoce al resto de curadores tradicionales, dando amplias facultades a los doctores, y con ello reafirma la hegemonía de la profesión médica. El artículo 79 menciona que:

Para el ejercicio de actividades profesionales en el campo de la medicina (...) se requiere que los títulos profesionales o certificados de especialización hayan sido legalmente expe-

³⁶ “Gran número de muertes causan las comadronas por su ignorancia”, en *El Día*, 6 de septiembre de 1973, pág. 9.

³⁷ Inciso a) del Artículo 14 (Reglamento de parteros empíricos capacitados). *Ley General de Salud* (1984).

didados y registrados por las autoridades educativas competentes (*ibid.*:16)

Es por ello que las múltiples peticiones de legalización de los curanderos dirigidas a la Secretaría de Salud han ido a parar a la Dirección General de Profesiones, que es una dependencia de la Secretaría de Educación Pública.³⁸

La misma Secretaría de Salud, de acuerdo a la Norma Técnica n° 21 orientada a la prestación de servicios de atención primaria a la salud, que data apenas de 1988 aún no reconoce la sugerencia de la reunión de Alma-Ata sobre la medicina tradicional y excluye el empleo del recurso humano, aunque en los últimos cuatro años ha flexibilizado su posición e incluso ha declarado públicamente el reconocimiento a las organizaciones de médicos indígenas que se han formado hasta la fecha.³⁹

Por otra parte, vale la pena mencionar que en el Estado de Chiapas, el 30 de octubre de 1990 se aprobó una ley estatal de salud por la cual en el capítulo cuarto se reconoce a los terapeutas tradicionales como “auxiliares de fomento a la salud”, exigiéndoles el aval de alguna autoridad civil o tradicional, constancia de adiestramiento por alguna institución del sector salud, carecer de antecedentes delictivos y no ser ministro de algún culto (*Ley de Salud del Estado de Chiapas*, 1990: 49-50). Por supuesto, la capacitación es dada por los doctores y las actividades de control y supervisión quedan a cargo de los profesionales de la medicina, llegando al extremo de proponer sanciones a los practicantes tradicionales que no acepten los términos que establece la referida ley.

No es de extrañar que esta ley (aunque parcial e insuficiente) haya sido promulgada en Chiapas, pues sus diversos grupos étnicos han manifestado desde hace casi veinte años, la necesidad de complementar la medicina propia con la occidental. En la llamada *Declaración tzotzil sobre salud* signada en San Cristóbal de Las Casas en octubre de 1974, se afirma que:

La medicina de yerbas es buena, pero no basta para combatir siempre las epidemias. Sabemos que de las yerbas sacan

³⁸ Véase el caso particular de doña Marina, una curandera de la Ciudad de México, en nuestro trabajo sobre curanderismo urbano (1990).

³⁹ “En un documento de la Secretaría de Salud, en el que se analiza el papel de la medicina tradicional en nuestro país, se establece la posibilidad de complementar las medicinas regionales con la nacional, a fin de enfrentar adecuadamente los problemas. Se dijo que la dependencia ya consolidó la práctica de las parteras tradicionales, avaló la instalación del Consejo Nacional de Médicos Tradicionales Indígenas, apoya la reorganización de los servicios y la infraestructura física del hospital mixto de Cutzamala [Cuetzalan], Puebla. Asiste además y participa en foros y congresos sobre el tema” (Artículo de Juan Gerardo Reyes en *Excelsior*, 30-Enero-1994, página 5-A)

pastillas; pero nadie estudia nuestras yerbas para que nos diga cuáles son buenas y para qué.

De entre nosotros solamente unos pocos conocen las yerbas, y no dan a conocer sus secretos. Pero la medicina de yerbas es buena y su modo de aplicar, sólo que hay abusos que nadie corrige (Declaración..., 1984:12).

Entre las conclusiones se destaca la necesidad de emplear las dos medicinas, buscándose **“el modo de integrar ambas medicinas con la colaboración de curanderos tradicionales”** (*ibid.*, pág. 13)

En 1981 se realiza en los Altos de Chiapas la primera reunión de médicos indígenas tradicionales con la asistencia de 25 de ellos procedentes de seis municipios (González y Solís, 1987:112-113). Cuatro años más tarde se funda una de las primeras asociaciones regionales, la Organización de Médicos Indígenas del Estado de Chiapas (OMIECH), una de las más antiguas, importante y experimentadas del país, que serviría de modelo para la conformación de otras similares en diversas zonas indígenas de México.

Para diciembre de 1989 participan 217 médicos indígenas de 18 estados de la República Mexicana, y en junio de 1991 alrededor de 37 organizaciones conforman el Consejo Nacional de Médicos Indígenas Tradicionales (CONAMIT en adelante). Dicho Consejo organiza con el apoyo logístico y financiero del Instituto Nacional Indigenista el II Congreso Nacional de Médicos Indígenas y I Encuentro Continental, cuyas metas fueron las de reconocer, reunir y desarrollar las asociaciones de terapeutas indígenas americanos.

A finales de 1995 el CONAMIT aglutinaba alrededor de sesenta organizaciones que luchan por obtener su personalidad jurídica, lograr cursos de capacitación, conseguir recursos financieros propios y participar con plenitud e igualdad en los programas nacionales de salud.⁴⁰

En este sentido, el Instituto Mexicano del Seguro Social desde 1980 implementó un interesante programa de interrelación con los médicos indígenas tradicionales que continúa hasta ahora,⁴¹ y —como ya dijimos— ciertos sectores de la Secretaría de Salud están realizando algunos esfuerzos por en-

⁴⁰ Consúltense el programa nacional del CONAMIT elaborado en octubre de 1992

⁴¹ El Instituto Mexicano del Seguro Social es la principal institución de salud en México, y su programa rural IMSS-Solidaridad, ahora IMSS-Oportunidades, contempla un programa específico de interrelación con los curanderos donde ésta tiene presencia con sus unidades médicas rurales y hospitales de campo (González, 1993). El proyecto inicial de interrelación fue diseñado y aplicada en 1983-84 por la extinta Unidad de Investigación Biomédica en Medicina Tradicional y Herbolaria (antes Instituto Mexicano para el Estudio de las Plantas Medicinales).

tender, participar y buscar formas de vinculación con la medicina tradicional. Un resultado concreto es el comunicado oficial expedido en agosto de 1994 donde se respaldan y avalan los trabajos del CONAMIT y se declara un reconocimiento institucional donde la Secretaría de Salud “**considera en forma actual y estricta a las prácticas ya mencionadas (medicina tradicional y medicinas paralelas), quedando inhabilitada toda práctica o modalidad no asentada en la clasificación mencionada**”.⁴²

Para el caso boliviano resulta paradójico señalar que la idea del reconocimiento jurídico nació de alguna manera a partir de las experiencias de interrelación surgidas en Chiapas (México). Según el investigador Jaime Zalles,⁴³ el origen de la corporativización y lucha por el reconocimiento legal de los médicos indígenas y “alternativos” se remonta a la década de los setenta cuando él organizó cursos de primeros auxilios en las comunidades aymaras ubicadas en la región del Tiahuanaco, al sur del lago Titicaca.

Yo ingenuamente me sentí capaz de dar cursos de primeros auxilios, bueno, no de primeros auxilios sino de plantas medicinales, y luego me di cuenta que mis alumnos sabían más que yo. (...) Al cabo de pocos cursos de las plantas medicinales, ellos dijeron que no querían más cursos sino que querían hacer congresos de los expertos, y entonces se hicieron congresos hasta 1978 .

En la clausura de la novena reunión de especialistas yerbateros asistió la doctora encargada del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública (MPSP en adelante):

Eran como treinta personas y ella vino con el representante de la OMS a oír nada más las conclusiones de un congresito

⁴² Se trata de un documento de la Dirección General de Regulación de los Servicios de Salud que plantea un reconocimiento a la “medicina tradicional” y a las “medicinas paralelas” (incluyéndose en el primer caso a parteras, curanderos y personas relacionadas con la herbolaria, y en el segundo caso, a los homeópatas, acupunturistas y quiroprácticos). Pese a sus limitaciones e insuficiencias conceptuales y operativas, en tal comunicado (que se reproduce íntegro en el anexo 2) se observa el interés oficial por reconocer ciertas prácticas curativas subalternas. Podemos considerarlo como una especie de “parche” cuasi jurídico pues es un comunicado con circulación muy restringida que aparte de las propias autoridades y el representante de la OPS en México, solamente es dirigido a los interesados.

⁴³ Fue uno de los principales creadores intelectuales del movimiento de legalización de las medicinas “alternativas”, fundador de Sobometra y otras organizaciones populares de autogestión en salud. Además experto en la herbolaria medicinal y autor de *Flora medicinal boliviana*. Su testimonio fue grabado el 3 de julio de 1993. Luego en 2006 se convertiría en el primer Viceministro de Medicina Tradicional e Interculturalidad.

de 3, 4 días. Estos señores (médicos indígenas) no pidieron sueldos, no pidieron títulos, pidieron respeto por su tradición medicinal, pidieron diálogo con el Ministerio, pidieron investigación, difusión de su propia medicina en escuelas suyas de alguna manera y que les permitieran ejercer su medicina libremente.

Al final del evento la doctora los conminó a organizarse para establecer un convenio con el Ministerio que ella dirigía, sin embargo, un par de golpes de estado en 1979 y 1980 impidieron el proceso y obligaron a Jaime Zalles a exiliarse en México. Allí él observó y analizó el proyecto de interrelación con la medicina tradicional del programa IMSS-Coplamar y en su retorno a Bolivia lo presentó al Ministro de Salud el Dr. Javier Torres Goitia:

—Doctor, en México se hace esto. ¿Porqué en Bolivia no podemos hacer algo similar?

Y ese argumento nos valió para que los que se habían quedado en Bolivia y organizaron unos estatutos de la Sociedad Boliviana de Medicina Tradicional,⁴⁴ los llevaran con el Dr. Torres Goitia.(...)

Entonces hicimos valer la consigna de la OMS en Alma Ata, hicimos valer el ejemplo del IMSS-COPLAMAR y Torres Goitia con sus abogados encontraron que Bolivia tenía una amplia tradición medicinal, que los kallawayas era uno de los grupos más organizados de médicos indígenas de América (...) que eran [portadores de] un pensamiento muy válido, muy interesante, que iba viniendo a menos y entonces que había que rescatarlo.

Todo eso fueron argumentos para que se diera la personería jurídica en enero de 1984 a la Sociedad Boliviana de Medicina Tradicional.⁴⁵

⁴⁴ La fundación de la Sobometra fue oficialmente el 7 de enero de 1983 con la presencia de 15 socios fundadores, todos ellos agricultores probablemente kallawayas residentes en la Provincia de Bautista Saavedra, excepto el Dr. Walter Álvarez Quispe con estudios profesionales en medicina y radicado en La Paz.

Una semana después se aprueban los estatutos de la sociedad, luego el 17 de enero el reglamento interno. En febrero de 1983 toma posesión la mesa directiva con la presidencia del Dr. Walter Álvarez.

⁴⁵ Resolución Suprema 198771 signada el 10 de enero de 1984. Una transcripción de la misma se presenta en el anexo 2.

También de alguna manera influyó el nombramiento del Dr. Walter Álvarez Quispe como diputado del congreso boliviano para que se lograra la presencia legal de la Sobometra en la vida nacional.

En abril de 1984 se firma el primer convenio de cooperación mutua entre el MPSSP y la Sobometra que establece el tácito reconocimiento estatal a las actividades de los médicos “alternativos” incluyendo kallawayas y la necesidad de formular una reglamentación adecuada.

Es hasta marzo de 1987 que por fin el Ministerio establece un reglamento que controla y subordina la práctica de la medicina “naturista-tradicional” a los lineamientos del Estado y de la medicina académica.⁴⁶

De 1990 a 1995 no hay variaciones importantes en estas relaciones salvo que el Ministerio no ha establecido ningún proyecto concreto de interrelación con los médicos indígenas, el Colegio Médico de Bolivia impugna la legalización por el incumplimiento del reglamento que supuestamente sirve para controlar a los terapeutas indígenas y “alternativos”, en tanto que la Sobometra vive un difícil periodo de reajuste donde las separaciones y fragmentaciones se hacen cada vez más evidentes.



Para confrontar la teoría con la realidad concreta, la diacronía histórica con el estudio sincrónico, a continuación profundizaremos en la forma y contenido de las medicinas indígenas donde realizamos nuestro trabajo de campo, y en la exposición de los múltiples elementos de poder y subordinación que atraviesan las relaciones de los practicantes indígenas de México y de Bolivia con respecto a una diversidad de autoridades que los controlan y limitan en sus actividades curativas. Finalmente, lo que nos interesa es estudiar las posibilidades de nuevas formas de relación entre las medicinas (académica e indígena) que se basen en la igualdad y el respeto, la coordinación y el consenso.

⁴⁶ Clarísimo ejemplo de subordinación es que todo practicante tradicional requiere ejercer con el aval de un médico académico. En los requisitos se debe recabar: “Nombre y domicilio del médico responsable que supervisará la labor del practicante naturista, debidamente registrado en el Ministerio de Previsión Social y Salud Pública y Colegio Médico, quien además deberá firmar un compromiso ante la autoridad de salud. En el caso de no contar el practicante con un profesional médico, el aval debe ser asumido por el médico de área urbano-marginal o rural más próximo a su domicilio” (*Resolución Ministerial 0231, 1987:3*)

Como ya comentaremos en el capítulo quinto, tal reglamento no es cumplido ni por las autoridades encargadas de ejecutarlo ni tampoco es obedecido por los socios de la Sobometra.

CAPÍTULO 4

TIPO DE ESPECIALISTAS Y FORMAS DE APRENDIZAJE EN LAS MEDICINAS INDÍGENAS DE MÉXICO Y BOLIVIA

Un cable, fechado el 10 de junio de 1994, insertado en la sección deportiva de un periódico mexicano, indicaba la intervención de los curanderos bolivianos en la Copa Mundial de Fútbol por celebrarse en los Estados Unidos:

La Sociedad de *Kallawayas* andinos, o curanderos tradicionales, y la junta de *Yatiris*, o brujos aymaras de Bolivia, realizarán una ceremonia tradicional conjunta la próxima semana destinada a *milluchar* (embruja) al seleccionado alemán de fútbol, que dentro de una semana enfrentará a Bolivia en la apertura del Mundial estadounidense. “Pediremos protección para la selección y a los alemanes les amarraremos los pies” dijo el brujo mayor de los andinos Juan de la Cruz Choquehuanca.⁴⁷

Independientemente del resultado de la ceremonia (que por cierto, no favoreció a la escuadra sudamericana, que perdió el partido) y superando el aspecto anecdótico del episodio, nos interesa conocer el valor, la importan-

⁴⁷ *La Jornada*, 11 de junio de 1994, p. 24

cia y la trascendencia socio-cultural de las medicinas indígenas en el contexto regional y nacional.

Para ello intentaremos presentar un panorama de las principales características de las medicinas indígenas, ejemplificadas a través de la descripción específica de las prácticas y saberes que encontramos en los cuatro grupos étnicos estudiados por nosotros, en México y Bolivia.

Trataremos de responder a las siguientes interrogantes: ¿cuál es la ubicación de la medicina indígena en el contexto de las prácticas curativas que operan en cada región? ¿Qué tipos de curadores indígenas encontramos? ¿Cómo aprenden sus técnicas y procedimientos? ¿Dónde y cómo trabajan? ¿Cuáles son las más frecuentes causas por las que son consultados? ¿Cuáles son sus principales recursos diagnósticos y terapéuticos? ¿Cuáles son los resultados positivos y negativos de su corporativización reciente en agrupaciones? ¿Qué relación hay entre la medicina indígena y el resto de las manifestaciones culturales de los pueblos indios?

LA MEDICINA INDIGENA EN EL CONTEXTO REGIONAL

Si tomamos en consideración la existencia concreta en cada región indígena de una estructura mixta de atención al proceso salud-enfermedad-muerte, tenemos que considerar la intervención de tres sistemas fundamentales de atención médica: la medicina doméstica, que desarrollan las madres de familia, la medicina indígena-tradicional, que realizan los médicos indígenas, y la medicina académica, que implementan los doctores y el personal auxiliar de salud.

Para los fines de esta investigación nos concentramos en el sistema indígena tradicional, sólo indagando algunas informaciones pertinentes relacionadas con el sistema alopático de atención.

Cuantificar los recursos de la medicina indígena de una región constituye un problema en sí por investigar. El antropólogo puede llegar a contar el número aproximado de éstos en una localidad determinada, pero resulta una labor muy difícil extenderla a un municipio, una región o a un grupo étnico. ¿Por qué esta dificultad?

Existen varias explicaciones, algunas de ellas de orden práctico otras de tipo metodológico. En primer lugar, debido al carácter clandestino de la medicina indígena, las actividades de los curanderos aparecen como furtivas o secretas. En segundo lugar, como algunas de esas prácticas son consideradas producto de hechicerías, el practicante y los usuarios guardan un prudente

silencio acerca de tales actividades. En tercer lugar, resulta complicado para el investigador distinguir a un practicante que ejerce a nivel doméstico, de aquel aprendiz o curandero que ya ejerce fuera del ámbito familiar.

Por otra parte, el investigador tiene que vencer el recelo, la suspicacia y desconfianza ante el extraño, sobre todo si es mestizo, pues el secreto constituye una de las mejores estrategias para la preservación de la cultura médica indígena, especialmente cuando se trata de conocimientos y prácticas rituales.

No obstante, es posible realizar algunas aproximaciones cuantitativas. En 1983-1984 el IMSS-Solidaridad levantó un censo que mostró 13 034 terapias tradicionales, en 3 132 localidades atendidas por dicho programa, cerca de 4.1 practicantes tradicionales por cada doctor de unidad médica rural, elevándose hasta 8.2 en Tabasco y descendiendo hasta 1.6 en el Estado de México. Para Sinaloa, Michoacán y Campeche, la relación fue de 3.4, 4.0 y 5.4 respectivamente (Lozoya *et al*, 1988:52).

En el norte de Sinaloa, la Organización de Médicos Indígenas *Tehueka An'nia Jit'téberis* "Yoreme Mayo", en 1993, contabilizó 216 integrantes (100 hombres y 116 mujeres), de los cuales 100 pertenecían al municipio de Carapoa. La organización contemplaba 88 sobadores, 43 yerberos, 22 hueseros, 17 parteras, 10 curadores de rabia⁴⁸, 4 *jit'téberis*, 3 espiritualistas, 1 rezandera, y el resto una combinación de los anteriores tipos. Debe tomarse en cuenta que esta lista también es aproximativa, porque nosotros entrevistamos curanderos que no deseaban ingresar a tal organización, y otros que no fueron invitados a pertenecer a ella, situación que se repite para el resto de las asociaciones.

En la actualidad los servicios oficiales de salud en el municipio cuentan con un hospital del IMSS-Oportunidades, diez unidades médicas rurales subsidiarias, varios centros de salud de la SSA, un puesto médico del INI y otro del ISSSTE. El propio presidente municipal dice, con justificada razón, que el IMSS es la **"...institución más completa en la región"**. Además trabajan de ocho a diez médicos privados y recibían la visita anual de médicos especialistas de Estados Unidos, quienes llegan en sus propias avionetas.

⁴⁸ Los más renombrados curadores de rabia -únicos en todo el país- se concentran en la comunidad de Las Palomas, municipio de Carapoa. Ellos mantienen en absoluto secreto la preparación para contrarrestar la temible enfermedad. Tan confidencial es la fórmula que sólo le es transmitido a un hijo o hija de la familia, quien a su vez se compromete a guardar el secreto y entregar el remedio a una o uno de la siguiente generación. Ni siquiera los indígenas de otras comunidades mayo-yoremes comparten dicho conocimiento, aunque afirman tener la receta.

En el municipio de Campícuaru, Michoacán, la organización local tiene anotados a 43 terapeutas, 10 hombres y 33 mujeres. Su actividad curativa es mixta por lo que se orientan a la curación del empacho (18), mal de ojo (17), caída de mollera (13), partos (7), torceduras (5) y otros problemas.

La medicina académica tiene seis unidades rurales, tres del IMSS y otras tres de la SSA, todas ellas enviando pacientes al hospital del IMSS-Solidaridad, ubicado en el vecino municipio de Paracho. Siete médicos privados trabajan en la cabecera municipal, una de ellos es la encargada de los servicios parroquiales.

Las ocho organizaciones establecidas en la Península de Yucatán contabilizan 349 médicos indígenas. En Campeche la agrupación regional, con centro de operaciones en Tunkulchén, considera a 52 terapeutas indígenas, el 65% son mujeres.

Allí mismo existe un número similar de unidades médicas rurales del IMSS-Oportunidades y centros de salud de la SSA (cinco por cada institución), derivando a los pacientes graves a hospitales ubicados en la capital del estado y en Hecelchakán. Cabe mencionar que tres de los doctores de Tunkulchén no ejercen la práctica médica por estar a cargo de la presidencia y la secretaría municipales, así como la jefatura del partido político en el poder.

En el caso de la provincia boliviana de Bautista, Saavedra, no es posible saber el número exacto de médicos kallawayas, en función de que éstos llevan una vida itinerante e incluso algunos han fijado residencia casi permanente en La Paz, en Cochabamba y en otros departamentos.

Según la etnóloga Ina Rösing, tomando en cuenta a las mujeres curanderas y a los kallawayas especializados en ceremonias rituales, que han sido excluidos en forma deliberada por investigadores como Schoop y Bastien, su número es mayor a los 144 reportados en 1982 (Rösing, 1990:46).

Por otra parte, la infraestructura de servicios oficiales de salud es muy precaria, pues sólo laboran dos médicos en sendas “postas” sanitarias —equivalentes a un centro de salud C de la SSA en México— sin tener apoyo de algún hospital razonablemente cercano.

Los doctores ubicados en estas zonas indígenas de México y Bolivia coinciden en señalar que las principales enfermedades detectadas y tratadas por ellos corresponden a las infecciones de vías respiratorias altas y las gastrointestinales, les siguen las dermatitis. En Sinaloa además se tiene el paludismo; en Michoacán y Campeche la diabetes mellitus y la hipertensión arterial, y en Bolivia los traumatismos. Las autoridades civiles y eclesiásticas de ambos países reconocen que las diarreas y parasitosis son muy frecuentes, e incluso señalan con mayor preocupación que los doctores la presencia de la desnutrición infantil.

En esta breve descripción de la estructura de servicios de salud debemos considerar los recursos de la medicina doméstica, potencialmente representados por todas las madres que ejercen la actividad curativa a nivel familiar, que mantienen un importante papel en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades, así como en la selección y manejo de recursos propios, decidiendo en su momento el envío al curandero o al doctor, en un proceso dinámico de interacción.⁴⁹

Por otra parte, al analizar el porcentaje de mujeres en las organizaciones de médicos indígenas de Sinaloa, Michoacán y Campeche, el peso cuantitativo y cualitativo es revelador. En todos los casos varía entre el 53 y el 76%, lo cual nos indica el enorme valor de la mujer en las prácticas médicas domésticas y tradicionales especializadas, las cuales no se reducen a la atención del parto, sino que se amplían a los cuidados materno-infantiles.

En el caso de Bolivia, los practicantes kallawayas más renombrados son hombres, sin embargo Ina Rösing demuestra que las mujeres kallawayas -aunque menos célebres- también ejercen los rituales y procedimientos curativos tradicionales. En nuestro trabajo de campo no incluimos a ninguna por una omisión ideológica del investigador.

LOS ESPECIALISTAS EN LAS MEDICINAS INDÍGENAS

Siguiendo el criterio de clasificación propuesta por López-Austin (1967:87-117) para el mundo náhuatl prehispánico y de Quezada (1989: 61-106) en su análisis del curanderismo colonial, empleamos la actividad del curandero (más que su función), añadiendo algunas modificaciones necesarias a la situación contemporánea.

Consideramos tres agrupaciones fundamentales: médicos indígenas tradicionales (o curanderos), adivinos y hechiceros. Esta división es relativa pues existen terapeutas que realizan actividades donde se entremezclan la curación, la adivinación y la magia hechiceril, en forma separada o combinada.

1. Médicos indígenas tradicionales o curanderos.

—*El que cura con ceremonias rituales en forma individual o colectiva*⁵⁰

⁴⁹ Para mayor detalle de las estrategias implantadas por las madres de familia, consúltese el trabajo de Rosa María Osorio (1994)

⁵⁰ Aquí “curación” aparece con un sentido más amplio, donde no sólo el hombre se alivia, sino también se apela a la búsqueda de equilibrio o armonía entre las cosas que rodean al hombre: sus dioses, sus familiares, su aldea, su casa, sus sembradíos, sus animales domésticos, etcétera.

Es la categoría de curanderos especializados con una mayor jerarquía en el ámbito indígena. Se trata de individuos que desarrollan actividades rituales muy complejas, con un elevado grado de simbolismo curativo. Son aquellos que emplean, durante las ceremonias, un conjunto de elementos simbólicos con un sentido y significado preciso para el paciente y la comunidad. Los símbolos aparecen en el uso de la palabra, de la imagen, del gesto y del contacto físico, entre otros.

Es el *jít'teberi* de los yoremes quien diagnostica y cura con el tabaco macucho (*Nicotiana rústica*); el “médico de campo” en la región purépecha cura con limpias; el h'men de los mayas encabeza las ofrendas propiciatorias a Chaac, dios de la lluvia; o el médico kallawayá dirige rituales colectivos para efectuar las fiestas patronales del pueblo.

El *jít'teberi* posee cualidades que permiten considerarlo como un verdadero chamán, en los clásicos términos expresados por Mircea Eliade, donde el curador pasa por un sueño o trance iniciático y utiliza técnicas específicas para lograr el diagnóstico y la curación del enfermo (1986:29).

En los casos del h'men y del kallawayá, por sus actividades rituales, podemos considerarlos como los auténticos sacerdotes de una religión que, a pesar de su papel subordinado a la estructura eclesiástica católica, aún conserva con fuerza y vigor el panteón prehispánico con divinidades asociadas a las actividades agrarias (el sol, la lluvia, la tierra, entre otros).

—*El que cura de maleficios*

Es aquel que neutraliza la hechicería, también conocida en las diversas regiones de México y de Bolivia como “daño”, “mal puesto”, “embrujo”, “maldición” y otras denominaciones. Entre los yoremes es llamado *sibori jijít'tome*, o sea “el que cura a los hechizados o con mal puesto”. En Michoacán varios curanderos dicen curar el daño, sin hacerlo o retornarlo: “...**simplemente les damos una purga, les hacemos una agua de una flor, y eso es lo que da resultado**”.⁵¹ En Campeche algunos yerbateros tienen el conocimiento para curar la hechicería, pues trabajan con “magia blanca” e incluso se les adjudica tanto poder que pueden devolver el mal a la persona que lo envió. En Bolivia lo kallawayas realizan rituales que tienen como objetivo curar de las maldades enviadas por otros, y en un momento dado, también retornarla al causante.

⁵¹ Todas las citas textuales consignadas en este capítulo corresponden a los curanderos entrevistados durante nuestro trabajo de campo.

—*La partera*

Ella atiende los asuntos reproductivos de la mujer, como son la esterilidad, el embarazo, el parto, el puerperio y las secuelas o complicaciones correspondientes. Pero sus actividades no se restringen al ámbito materno, pues los cuidados de la partera se amplían al recién nacido e incluso a niños mayores, abarcando todo el espectro materno-infantil.

Así una partera yoreme atiende niños con

“...diarreas, vómitos, calentura y todo eso (...) que sobada de mollera, que tripa y todo eso (...) también curo el empacho, la matriz desviada y muchas enfermedades”.

Doña Chuy en Michoacán relata:

Yo voy a las casas. Yo las arreglo <a las parturientas> para que estén bien con medicina tradicional: que un aceite, que unas hierbitas. También <niños enfermos> que de <mal de> ojo, que de mollera que se cae, empacho. Las señoras que tienen el niño atravesado, hay que darles su arreglada

Otra partera purépecha atiende y cuida a los recién nacidos:

“...los baño con agua tibiecita, se les está vigilando el cordoncito umbilical y se les está vigilando lo amarillo”⁵²

En Tunkulchén, dos parteras que son madre e hija, realizan actividades que rebasan la atención materno-infantil:

Atender partos, inyectar a las personas que vienen, darles una consulta por una emergencia que vienen, por ejemplo, cuando traen a un niño con mal de ojo. Ensalar cuando los niños vienen con la cabeza muy caliente. Fiebre intestinal. También <en caso de> empacho “reventar la espalda” para que se le despegue lo que tiene pegado. Que se espanta el chiquito, que se pega el susto al chiquito y que grita bastante.

⁵² Se refiere a la pasajera coloración amarillenta de la piel que adquieren los bebés en los primeros quince días después del parto debido a la inmadurez del trabajo hepático. En términos académicos se le llama ictericia fisiológica del recién nacido.

La hija afirma:

“...me conocen por las dos cosas. Saben que soy partera y yerbatera”.

Dice curar enfermedades respiratorias y gastrointestinales.
Entre los kallawayas, Walter Álvarez dice que :

Hay un conocimiento general, tanto del esposo como de la madre. Es una cultura médica que los abuelos tenían. Pero después hay partos difíciles, entonces allí [participan] algunos kallawayas [que] son especialistas y algunas mujeres especialistas [...] En las comunidades hay una mujer especializada, inclusive hace maniobras [externas].

Algunas parteras se encuentran adiestradas y capacitadas por médicos e instituciones de salud, en cambio otras permanecen con sus antiguas prácticas y conocimientos, aunque la tendencia es franca hacia la progresiva subordinación con respecto a la medicina académica.⁵³

Por otra parte, la atención del parto es una actividad dominada pero no exclusiva, de parteras, pues hay hombres —sobre todo en las regiones maya y kallawayas— que tienen fama de ser excelentes parteros.

—El que cura por medio de friegas o sobador

Es aquel que cura mediante masajes aplicados en diversas regiones del cuerpo. Algunos arreglan padecimientos articulares y osteo-musculares (sobador de reumas), otros realizan sobadas para determinados desajustes orgánicos.

Así, entre los yoremes, existen especialistas sobadores para acomodar o “alzar” la mollera caída, resolver el latido, tronar el empacho o bien retornar a su lugar la tripa ida de los pacientes con susto.⁵⁴ De hecho, los sobadores indígenas o *na'maleros* ocupan el primer sitio por el número de técnicos, por encima de *jit'téberis*, parteras, yerbateros y otros especialistas.

⁵³ La partera tradicional, más o menos integrada a los patrones ancestrales de vida, va en camino a convertirse en un agente de salud comunitario cada vez más afín al modelo médico académico y a una de sus políticas más importantes, la de la planificación familiar (Mellado, 1989:138).

⁵⁴ Para una descripción de éstas y subsiguientes entidades clínicas “tradicionales”, consúltense el *Diccionario Enciclopédico de la Medicina Tradicional Mexicana*, editado por el INI en 1994.
www.medicinatradicionalindigena.unam.mx

En Michoacán también ocupan un lugar prominente, pues se dedican a curar enfermos con empacho, caída de mollera, o bien, atienden a “lastimados” y “relajados”.

En Campeche hay por lo menos dos comunidades rurales que son famosas por sus hueseros y sobadores, cuyo prestigio se extiende por todo el estado. Cabe mencionar que en toda la Península de Yucatán destacan los sobadores porque se dedican a curar mediante masajes el llamado cirro o *tip-té*.

Para Bolivia carecemos de datos de campo y documentales sobre los sobadores, pero conocemos de la existencia de especialista hueseros, que seguramente realizan masajes en casos necesarios.

—*El que cura con hierbas medicinales*

En todas las regiones los médicos indígenas emplean —en mayor o menor grado— la herbolaria medicinal. Por supuesto, existe gente especializada que se dedica exclusivamente a recetar los compuestos botánicos.

El conocimiento de todos estos grupos indígenas sobre las plantas medicinales es enorme, e incluso uno de nuestros informantes kallawayas (don Lucas Ortiz) fue un afamado herbolario que proporcionó la información etnobotánica fundamental al ya fallecido investigador francés Louis Girault, quien atestigua, con sorpresa, cómo tal médico kallawayas conoce más de 600 plantas con propiedades curativas.⁵⁵

—*Otros especialistas*

No importa los diferentes elementos que se utilicen, en todas las zonas de trabajo existen personas que se dedican a la “limpia” de enfermos y a la concertación de huesos (hueseros).

En Sinaloa y Campeche hay un personaje que tiene el don de la palabra, de la oración para curar. En el noroeste es la cantora o rezandera, en tanto que en el sureste es la ensalmadora. La primera tiene actividades colectivas más amplias que rebasan el espacio de la curación individual, en tanto que la segunda se concentra en los problemas concretos de niños enfermos.

⁵⁵ “En lo relacionado a farmacopea vegetal, los kallawayas se revelan como sorprendentes expertos, tanto en el plano estrictamente farmacológico como en el botánico y ecológico. (...) En cuanto al número de plantas conocidas individualmente por cada kallawayas, la medida es de 300 a 350, pero hemos tenido la grata suerte de trabajar numerosos años con un informador que nos ha proporcionado datos y además nos ha hecho conocer más de 600 plantas diferentes. Tenemos que admitir que esto es sorprendente, si tenemos en cuenta que este hombre debía su conocimiento exclusivamente a su memoria; conocía además los nombres vernaculares de las plantas y sus aplicaciones médicas” (Girault, 1987:30).

Los espiritualistas se diseminan por toda la República Mexicana, manteniendo sesiones curativas en ciertos días de la semana

Señalemos la existencia en Michoacán y Campeche de médicos indígenas que recetan los medicamentos de patente y se autodenominan como “médico(s) de bata blanca” o “doctor(es) de las modernas”.

Finalmente, existen más especialistas, pero ya según determinada enfermedad o padecimiento: de mal de ojo, de empacho, de mollera caída, escupido, aires, entre otros problemas más. En la comunidad de Las Palomas, en el municipio de Carapoa, están los “rabia *jijít'tome*” o curanderos de la rabia, quienes mantienen en secreto su remedio herbolario para contrarrestar la rabia en su fase inicial.

2. Advinos

En las cuatro regiones estudiadas (Carapoa, Campícuaro, Tunkulchén y Antara) encontramos médicos indígenas que emplean diversos recursos no convencionales para obtener el diagnóstico, pronóstico y tratamiento de la enfermedad, o bien, con dichos procedimientos extraordinarios tratar de lograr el bienestar y mejoramiento del individuo que solicita sus servicios.

Entre los yoremes son los *jít'téberis* con dones de clarividencia (los *ju-meya bitsa*) quienes realizan tales actividades, a través del uso del tabaco macucho. Según la dirigente de la organización regional:

Se les nombra *jít'téberis* a los que fuman [cigarro] macucho, a los médicos indígenas que fuman el macucho y que están velando a un paciente [...] y por medio del macucho están detectando la enfermedad que tiene aquella persona.

Como se puede inferir, el tabaco macucho posee un carácter ritual, se acompaña de posibles propiedades psicoactivas e incluso un informante *jít'téberi* relata experiencias chamánicas de viaje extático para la detección de enfermedades.⁵⁶

El *jít'téberi* puede “ver” y “saber” todo acerca del hombre y su malestar. Tiene sus ayudantes principales (*segualeros*) y secundarios (*se'carias*):

⁵⁶ Según se desprende del libro de Johannes Wilbert (1987:147-148) el tabaco se considera como una planta con efectos psicoactivos que permiten al curandero-chamán la comunicación divina y la obtención de la curación de su enfermo mediante el viaje al mundo sobrenatural en un estado de conciencia alterado (éxtasis chamánico). Según Mircea Eliade: “El trance chamánico es parte de la cura: cualquiera que sea la interpretación que el chamán le dé, gracias a su éxtasis siempre encuentra la causa precisa de la enfermedad y conoce el tratamiento más eficaz” (1986:263).

...a la derecha es el segualero y a la izquierda es el se'caria. (...) Las oraciones van siguiendo. Por ejemplo, vamos a suponer [que] yo hago oración y ya sobre de aquel enfermo, entonces [viene] el pedimento ante de Dios. Ya que terminé el ayudante [segualero] ayuda en oración, ya que termine éste, el se'caria entra en oración.

En Michoacán, un curandero maneja la baraja española a sus consultantes:

Les echo las cartas y le digo:

—Esto es así. Esto es. No me diga ni una palabra o dígame nomás de qué se trata [el problema] de usted.

—Se trata de esto.

Bueno, es todo. Agarro la baraja y luego la tiendo así y digo:

—Este problema lo tiene usted por esto.

De modo que le voy adivinando el pensamiento de lo que tiene la persona.

En Tunkulchén, un curandero tiene la fama de ser un excelente cartomancista, pues dicen que no engaña y trabaja bien. Sobre su actividad él dice:

Primero tirar las cartas para [ver] el suerte. (...) Alguien viene [por] primera vez pues realmente hay que ver su suerte, haber que clase de enfermedad tiene, porque así nomás no podemos adivinar, hay que ver. (...) Todos los que vienen en principio, primera vez, hay que ver su suerte, ya después no porque ya sabemos la clase de enfermedad [que] tiene, de que tratamiento podemos dar a él.

La lectura de cartas y de las hojas de coca, al extenderse en una superficie, constituyen los más socorridos procedimientos que buscan los usuarios de los médicos indígenas bolivianos. En las calles de La Paz, se encuentran los kallawayas, pero también los curanderos quechuas y aymaras tienen mucha demanda.

En el mercado de Ceja El Alto, en las proximidades del enorme Cristo que domina el panorama de La Paz, se encontraba una calle repleta de locales dedicados a la predicción de la suerte mediante el uso de cartas, de las hojas

de coca, sin faltar los anafres a la entrada de cada negocio, que indica el necesario sahumero para mejorar la suerte del consultante.

Otro importante recurso del curandero boliviano es la *milluchada*, por medio de la cual colocan un mineral (*millu*) caliente, en estado líquido, en un recipiente con agua fría, y dependiendo de las formas que adopte al enfriarse, se diagnostica la suerte del enfermo.

3. Hechiceros

De la información recolectada destaca que ningún médico indígena informante se adjudicó la denominación de hechicero o brujo, excepto dos curanderos purépechas que insinuaron hacer tales actividades. No obstante, el material etnográfico sobre el tema de hechicería y sus productores, apareció en todas la regiones estudiadas.

En Bolivia se niega la existencia de hechiceros kallawayas. Un dirigente en La Paz dice que “...Los kallawayas no hacemos eso. [Más bien el kallawayaya] cura de maldiciones, salvamos [y] curamos eso”. Sin embargo, los recientes y bien documentados trabajos de Ina Rösing demuestran que la figura del médico kallawayaya es ambivalente, pues así como elabora “mesas blancas” dirigidas a contrarrestar fuerzas negativas, otros trabajos corresponden a “mesas grises y negras”.

Esta ambigüedad también se presenta en los curanderos mexicanos, quienes en su discurso, manejan actividades curativas pero también se les teme por tener la facultad de poder revertir la maldad. Por otro lado, según un curandero yoreme, las mujeres son más peligrosas que los hombres porque éstos “...se detienen, y las mujeres no se detienen para hacer daño”.

Generalmente los médicos indígenas de aquí y de allá hablan del hechicero ajeno a su persona, su familia, su comunidad o su grupo étnico. Los “otros” son los malhechores. Un kallawayaya dice:

Aquí [en Bolivia] hay esos los que leen magia negra, magia blanca, esos son [hechiceros]. Allí indican [procedimientos] para hacer la persona, como puede hacer en sapo, en lagarto, en culebra. También [confeccionan muñecos con alfileres] ¡Eso también!

LA FORMACION E INICIACION DEL MEDICO INDIGENA

En la formación del médico indígena intervienen una serie de acontecimientos y circunstancias sociales que conforman un proceso cíclico de reproducción y continuidad de la práctica curanderil (Campos-Navarro, 1990:384).

En las siguientes líneas describiremos las etapas de tal ciclo, brindándose ejemplos a partir de los materiales etnográficos procedentes de los informantes yoremes, purépechas, mayas y kallawayas.

—Antecedente familiar

Prácticamente en todas las regiones investigadas encontramos médicos indígenas que relatan antecedentes de algún pariente cercano que ejerce o ejercía alguna actividad curativa.

Entre los yoremes, el curanderismo es heredable:

Mi tatita [o abuelo] era curandero (...) Mi padre era un hombre número uno para curar, era un buen curandero y curaba la rabia (...) Yo lo traigo de nacimiento, de nacido. En vida de mi padre [decía]: “Este va a ser un buen [jit’ téberi]”. Anduve mucho con mi papá.

Mis antepasados fueron grandes curanderos. casi toda la familia ya se murió, fueron curanderos de grande escala.

...herencia de mis abuelos y abuelas, [pues] ellos ya sabían sobar la tripa, alzar la mollera.

...yo lo aprendí de mis tatas, [pues] los dos eran na’ maleros.

En Michoacán también es entendida como un patrimonio familiar:

Mi mamá, una tía, otra tía de más allá. Esto es herencia, y algo de estudio (...) Ya desde niña, mi mamá curaba mucho. Yo le ayudaba.

...es una herencia que me dejó una abuela de Janitzio.

...una abuela trabajaba eso (...) y una tía mía (...) me dio unas prácticas.

...yo aprendí por medio de mi mamá (...) Ella me decía: ‘¡Levántate hija! ¡Vámonos! ¡Acompáñame!’ Por eso yo andaba con mi mamá atendiendo partos y allí es que me enseñé.

Entre los mayas de Campeche son los padres y abuelos los principales transmisores del conocimiento curativo:

...el difunto de mi abuelo <me> enseñó cómo ellos curan
Aprendí [del abuelito] la sobada y me mostró todo. Mi
mamá allá en Ticul lo sabe [porque] es partera.

El finado mi abuelo sabe de antes (...) es *h'men*, hace las
primicias de las milpitas y él cura de pura hierba, de pura raíz.

...nosotros hemos venido -creo- descendiente de alguno
de nuestros abuelos, ya de mucho tiempo (...) Mi hermano
(...) fue curandero y desde allí nosotros fuimos aprendiendo.

Mi mamá fue muy buena partera [y] sí le aprendí.

Sabe curar mi abuelo y mi mamá. Como crecí [con ellos]
lo vi como se trata y lo aprendí.

Cabe mencionar que la dirigente local aprendió la atención de parturientas con su madre y que ésta, a su vez, lo hizo a través de la experiencia de autoatención de su propios partos: **“...así como me atiendo yo, bien puedo atender a otra”**.

Entre los médicos kallawayas la transmisión es un legado masculino de padres a hijos, que es favorecido por las salidas de ellos hacia otros países vecinos:

Desde mi niñez [aprendí] como kallawayaya porque siempre
[estuve] acompañando a mi padre para ir a atender a los pacientes.

Yo soy hijo de kallawayaya, no soy estudiado, no soy colegial (...) pero he aprendido a curar [porque] mis paisanos me han enseñado.

Mis abuelos me enseñaron. Me han llevado al Brasil, Uruguay, Argentina, Chile, Perú, Ecuador. Allí [durante los recorridos] hemos aprendido.

...directamente me decidí a curar porque mis padres, mis abuelos han estado en esta profesión. Yo no tengo otra profesión más que esa.

Desde mis tatarabuelos, desde generación a generación enseña el kallawayaya porque no había una facultad académica. Son [médicos] prácticos.

De mi padre aprendí la medicina, todo, todo.

He aprendido esta profesión de mi padre y de mi abuelo (...)
Yo he aprendido porque acompañaba a mi padre.

—*Intervención divina y fenómenos de crisis vital*

El otorgamiento del poder curativo suele proceder de una experiencia religiosa. La divinidad avisa, concede permiso, entrega o cede tal poder al curandero indígena mediante un sueño, un trance o una visión. Este “llamamiento” es la señal individual de la intervención de Dios o de los dioses para un ejercicio público.

El caso del *jit'téberi* Javier es ejemplar. Antes de ser curandero se encontraba sumamente enfermo, muy extenuado y sin ganas de seguir viviendo, cuando se le aparecieron tres personajes. Dos de ellos le pidieron que fuera curandero y él se negó en forma rotunda, pero con la petición del tercero acepta de manera condicionada:

—Ya no tengas miedo. ¡Ándese y báñese, como si no estuviera malo!

—Está bueno. Si Usted me va a ayudar. Según Usted dice que es el Dios...

—Yo soy tu Padre.

Entonces se presentaron tres:

—Yo soy el Dios. Este es mi Hijo y el Espíritu <Santo>.

Entonces me iluminaron con aquella cosa, como un espejo y no podía abrir los ojos.

—Y tú tienes que ser músico. Tú tienes que ser pascola.⁵⁷ Tú tienes que ser todo. Nadie va a saber esto pero tú sí porque es mi voluntad y mi poder.

Sin embargo, no era ésta la primera vez que don Javier tenía una aparición divina, cuando era niño e iba a entregar un mandado se le presentó un viejito leproso que le dijo:

—¿Qué está haciendo?

—Pues es que me mandaron a llevar el lonche a mi mamá.

⁵⁷ Danzante. Para los mayo-yoremes la danzas del venado y del pascola son las más importantes y sagradas. Según Mariángela Rodríguez: “La danza de pascola es ritual y de carácter mágico. En las comunidades son pocos los que la practican ya que constituye una especie de ‘oficio vitalicio’ para el que deben estar dispuestos cada vez que se los requiere. Se considera que los pascolas son los danzantes rituales de los mayos, intermediarios entre las potencias superiores y los seres humanos” (1986: 69-71)

—Mira. Esa no es tu madre.

¿Cómo sabía [que era huérfano]?

—Es tú tía que te lidió de chiquito (...) Yo te vengo siguiendo porque yo veo y conozco tú corazón, tú espíritu, tus conocimientos. Ahorita todavía no lo sabes bien todo esto pero tienes que llegar a ese punto. Tú vas a ser curandero. ¿Me tienes asco, niño?

—No, pero sí. [El sabía]

—Me tienes asco. No me tengas asco. Soy tu Padre.

Pero hasta eso yo desconfiaba porque ya mis mayores me decían que el demonio anda por acá y que allá.

—¿De donde vienes?

—Yo vengo de muy lejos, pero ando en todos lugares.

—Oiga ¿Usted no es el lemonio [demonio]?

—No, yo no soy eso. Entonces ¿Cómo te iba a decir cosas muchas yo, si yo fuera él. Yo no vengo a dañarte, de lo contrario, te voy a ayudar para siempre (...) ¡No estás solo! (...) Algún día llegará de mi voluntad (...) Muchas cosas vas a saber, muchas cosas vas a conocer y vas a saber curar...

—Oiga, yo no conozco de medicina, ni sé como curar.

—Ahorita si no sabes pero todo va a cambiar (...) Pues vas a saber curar. Yo soy el que te va a [auxiliar]. (...) A ti no te va a faltar nada.

A doña Beatriz se le aparecieron una pareja de ancianos:

Tal vez —dice mi mamá— yo traía gracia desde muy chiquita. Dice que una vez estaba lloviendo mucho y estaba cayendo granizo, entonces que yo salí para afuera (estaba chiquita, de unos 6-7 años), que andaba yo correteando y entonces que me caí para atrás y de allí que me levantaron como muerta. Y ya cuando comencé a volver, dije:

—Mamá, dice un viejito que yo voy a curar.

—¿Qué vas a curar mi hijita?

—Sí voy a curar, me dijo un viejito y una viejita.

Entonces yo creo que me llegó la gracia, pero como estaba chiquilla ¿cómo iba a desarrollar?

Y tenía sueños en que me decía un viejito ¿Qué esperas que no curas? Quizó Dios que yo tuviera esa gracia.

Don Eduardo dice que “...soñaba todo el tiempo, volando para arriba. Y cuando vienen una cosa, sueño a mis padres. O que están hablando gentes de lejos. (...) A veces andas en unas laderas, ves allá a la gente, a los muertos allá abajo (...) Esos sueños he tenido”

En otras ocasiones es un suceso crítico el que conduce a la determinación de curar a los semejantes. Así el *ji'téberi* Damián, menciona que tomó la decisión en el momento que falleció su mamá: “Algún día voy hacer algo. Si no hice nada para mi madre que murió, podría ser por otras.” No obstante él mismo relata que en varias ocasiones anteriores tuvo “... una visión en la cual me entregaban los cigarros cruzados, que son los cigarros que usa uno”.

En ciertos casos existe una combinación de predestinación y sueños vocativos. En Michoacán, el dirigente de la agrupación de médicos indígenas señala que su madrina (con oficio de partera) al bautizarle exclamó: “¡No, pues este ahijado va a ser también partera!” Más adelante recuerda que en múltiples ocasiones “... yo soñaba que curaba a las gentes”.

Los mayas de Campeche también relatan sueños donde aparecen varias divinidades y la actividad curativa es interpretada como un don otorgado por la gracia de Dios.

Entre los kallawayas es necesario el permiso de las deidades superiores, representadas por las montañas sagradas ubicadas en la provincia de Bautista Saavedra.

Nosotros para atender tenemos nuestro permiso de nuestras achichilas.⁵⁸ Como en el Illimani, tenemos [en Antara] dos cerros como el Illimani. Ese es el rey de nosotros, es el que nos da nuestra sabiduría, ese es el poderoso “Sanchuy Akamani”, el poderoso. A eso nosotros pedimos permiso para ir a atender a los pacientes, no se puede atender así [no-más] sin su permiso. Si nosotros atendemos sin su permiso, nosotros quedamos castigados con nuestro rey. [Los cerros]

⁵⁸ Los achichilas son los abuelos, los antepasados. Las montañas se consideran sagradas porque son achichilas de los actuales kallawayas. Así el Illimani que domina la ciudad de la Paz, el Akamani y otras cumbres, son las entidades que otorgan y protegen el poder curativo del médico indígena.

hermanos son. Son dos nevados sagrados, más que todo en Curva, hijitos nomás del Akamani, hijitos al piecito.

—*Elección personal*

Además del antecedente familiar, de la revelación divina y de los sueños que anuncian la futura actividad curativa, el médico indígena debe asumir un compromiso de acuerdo con su vocación personal. Existe una inclinación y una afición particular, que a veces, suele desarrollarse desde épocas tempranas de la niñez. Algunos ejemplos tomados de los curanderos mexicanos y bolivianos ilustrarán esta íntima decisión.

Doña Beatriz, partera y *na'malera* yoreme de Bacorehuis, relata su gusto por la medicina, sin embargo reconoce que no le agradó el trabajo ritualista, prefiriendo su actual trabajo de partera: **“Yo iba por buen camino [para ser curandera *jít'téberi*] pero no me gustó”**.

Igualmente al huesero maya Juan le desagrade el trabajo sacerdotal de *h'men* a pesar de que su abuelo lo fue en el pueblo:

El finado de mi abuelo sabía de antes. Mi abuelo fue *h'men*. Hacía primicias de las milpitas y curaba de pura hierba, de pura raíz. Componía manos y pies. [Pero] A mí no me gusta de plano. (...) Es compromiso, no puedes fallar. (...) Es una obligación totalmente y por eso no me gusta. Hay veces que cae la lluvia, viene la lluvia y allí estás junto a la mesa [ceremonial], que te importa si arrecia, con la lluvia allí estás parado en el trabajo y no puedes quitarlo...

Otros médicos indígenas nos muestran su predilección por el trabajo curativo que en la actualidad desarrollan.

Mi mamá fue muy buena partera. (...) Habían partos muy difíciles y venían a buscarnos e íbamos a caballo. Y sí, a mí me gustó mucho ese trabajo (partera maya).

Me gusta curar. Desde chico me ha enseñado mi papá. Sí, me ha gustado. Hago sanar siempre, por eso tengo muchos compadres... (médico kallawaya)

Me gusta. Mis abuelos me contaban cosas buenas, por eso me he dedicado (médico kallawaya).

—*Instrucción técnica familiar*

Como se habrá observado en las declaraciones de los médicos indígenas que aparecen en esta sección, la mayoría de ellos tuvieron un aprendizaje técnico al lado de sus padres, tíos y abuelos. Completaremos con dos citas específicas relativas a esta instrucción:

A mí se me hizo como chiste. Lo que hacía mi madre, yo también. Y estaba otra señora, una tía de mis hermanos, entonces la señora sabía curar también. Yo le ayudaba a la señora. Me decía: “Mira mi’ja, en este mecatito que está más livianito te pones a moler este maíz, estos huesos, la ceniza, porque vamos a hacer unos polvos de espanto, para curar el espanto.” Así que a mí todo se me hizo como hacer tortillas, como hacer un chile, como hacer de comer. ¡Una cosa natural! (curandera purépecha)

Desde los 20 años, una hermana de mi papá (...) nos decía: “Vengan pa’que se enseñen” (...) Ya cuando me casé, vi que me iba a ser falta pues ya empecé a practicar (curandera purépecha).

—*Aprendizaje técnico no familiar*

Este tipo de capacitación resulta complementario, aunque en ocasiones se transforma en el dominante, especialmente en el caso de las parteras que asisten con regularidad con los médicos académicos, modificándose la práctica previa.

Yo era muy metiche. Cuando iban los doctores para que atendieran a mi familia, yo trataba de ayudar a los doctores. ¡No me asustaba! ¡Me gustaba la profesión! Me dijeron ellos: “Te vamos a enseñar. Esto y esto otro sucede cuando va a nacer un niño”, y ya me empezaban a decir, a explicarme. Y yo me fijaba (partera y *na’malera* yoreme).

Yo estuve estudiando primeros auxilios, aprendiendo algo de partos. Estuve con una enfermera muy buena. ¡Qué doctora ni que nada! Era enfermera pero de lo bueno (...) Yo llegué [a aprender a tomar] hasta radiografías. Y de todas esas enfermedades provocadas por contacto directo: sífilis, chancro blando, gonococo de Neisser. Con la enfermera que era buenísima. Por allí tengo mi tumbaburro (curandera purépecha).

Mi abuelita aprendió de unos parientes de ella que eran médico uno y una enfermera. Ella a mi mamá y mi mamá a mí, ya me enseñaron las dos. Luego me fui a cursos hasta [la ciudad de] México. En el hospital es donde nos dieron el primer curso [durante] 8 días. Nos enseñaron a tener más cuidados para atender los partos, tener más limpieza, a tener más cuidado para recibir a los niños, para cortar el cordón y para ver que no nacieran enfermitos (partera purépecha).

Sí, sí he ido [a cursos de capacitación] en Paracho, 6 meses, diario. Estuvimos viviendo allá. (...) Sí me gustó, es que ya me gustaba ser partera y ya andaba trabajando pero no iba (partera purépecha).

Lo de parteras me lo ha enseñado el Seguro [Social] de Campeche. He agarrado cursos de 3 semanas, 15 días, 8 días, [porque] es re-adiestramiento (...) para que recuerden y expliquen todo lo que aprendieron, a ver si no se les olvida o si lo están llevando a cabo (partera maya).

Cuando estamos en curso [de adiestramiento en el IMSS] paso a la sala de operaciones, hacia el quirófano, nos pasan al cunero. Así nos pasan cada día. El primer curso [fue] en Calkini, luego en sanidad [SSA], luego en el Seguro [Social], ahora puro [curso] en el Seguro (partera maya).

[En Chetumal, Quintana Roo] estuve como tres años, aprendiendo [con los médicos], nada más los sábados (partera maya).

En algunos casos, el aprendizaje es tradicional fuera del ámbito doméstico, combinándose con el adiestramiento por parte de médicos e incluso por medio de libros y revistas de la medicina académica:

Pues yo pasé con los “maistros”. Mi primer “maistro” fue un Pablo Pech de Yuncanán en Yucatán. (...) y mi último maistro fue de Pustunich, Don Faustino Mojón (curandero maya).

Tuve en Mérida mis estudios de las medicinas tradicionales con los “maistros” yerbateros de ese tiempo en el pueblo de Chuburná. (...) Empecé a trabajar las medicinas moder-

nas. Me conocen hace años en Mérida como doctor, pues a mí me dan proyectos [propaganda escrita], diccionarios.⁵⁹

(...) Los síntomas, aprendí del doctor a [re]conocer al enfermo. En el hospital O'Horán estuve 5 años (...) no pagué los estudios, [porque] fui de mozo (curandero maya).

Desde 1990 se ha introducido con apoyo oficial, los cursos sobre compuestos herbolarios, microdosis y fórmulas galénicas:

...ahora con esos preparados de la medicina que estoy haciendo, parece ser que estamos mejor porque no los hacíamos, hasta (...) que tuvimos esos cursos en Tehuaco, allí aprendimos a preparar jarabes, pomadas, cápsulas, gotas y todo eso... (partera y na' malera yoreme).

Mucha gente está agradecida porque estamos aprendiendo esto [de los preparados herbolarios]. ¡Y más queremos aprender! Porque todavía es muy poquito lo que acabamos de [aprender] (curandero purépecha).

Fruto de las recientes reuniones, nacionales e internacionales, de médicos indígenas, el aprendizaje adquiere una orientación particular, pues en ella se refleja una igualdad laboral que se resuelve a través del intercambio de conocimientos y experiencias.⁶⁰ Una de las parteras purépechas que asistió a un encuentro con otras, procedentes del norte de América, comenta:

...Estuvo muy bonito. (...) Éramos unas 220 parteras de por allá de Canadá, Indiana [EUA], Piedras Negras [Méx.] (...) Nos habían mandado para que nos debieran enseñar pero salió al revés, nosotros fuimos a enseñar. (...) Éramos 11 de México.

⁵⁹ Durante la entrevista me muestra algunos folletos de laboratorios farmacéuticos y sobre plantas medicinales (como el *Antiguo formulario azteca*, *Libro de las plantas* del Dr. Olegario Medina, *Manual de plantas medicinales de los Chenes*, entre otros).

⁶⁰ Muy diferente es el resultado cuando se trata de encuentros entre médicos académicos y médicos indígenas tradicionales, donde siempre los primeros adoptan una posición dominante, señalando la dirección y los contenidos del aprendizaje, sin importarles en lo más mínimo los saberes y las experiencias de los segundos.

Por otra parte, a veces la capacitación familiar y extra-familiar es hermética, restringida y cerrada. Entre los kallawayas la instrucción adopta estas características y, si esta formación es incompleta, no se les considera como auténticos médicos kallawayas. El dirigente de la Sobometra es kallaway, con estudios académicos de medicina en Cuba, ha luchado infatigablemente por el progreso de la medicina nativa, sin embargo él mismo reconoce que su aprendizaje como médico kallaway es obstaculizado:

A mí mismo siendo parte de kallaway, tuve que preguntar para muchas cosas a mis padres y a mis abuelos, y los otros kallawayas no me querían decir, a pesar de que tenemos el respeto y hemos aprendido casi [todo] de la cultura y de la medicina kallaway.

Otros médicos kallawayas consideran que aun le falta aprender:

...lo que pasa con este ñato, [es que] no trabaja con nuestros paisanos propios. Él es en cuanto a la juventud y a la carrera de la farmacopea, [pero] todavía no está capacitado. Precisamente, no vamos a aprender el oficio de hoy para mañana. Tenemos que aventurarnos, tenemos que sufrir, tenemos que hacer experimentos, tenemos que estudiar en ciertos pacientes...

—*Iniciación*

De acuerdo con el estudio de Noemí Quezada sobre el curanderismo colonial en México, ella encontró cuatro formas de iniciación de los curanderos novohispanos: cuando el aspirante sufre una enfermedad, cuando tiene un sueño revelador, cuando retorna a la vida después de haber muerto y cuando maneja el fuego sin sentir dolor (1989:39-43).

Durante nuestra investigación sólo encontramos ejemplos de las dos primeras formas, que ya han sido descritos en líneas previas. Lo que fue más frecuente (sobre todo en sobadores y hueseros) es el inicio de actividades curativas, por la simple razón de necesidad inmediata de hacer algo por alguien. Proporcionaremos algunos ejemplos de esta variante.

...yo no tuve maestros de nada y ya un día andábamos allá por el campo [cuando] un muchacho se lastimó el pie.

—Yo te lo voy a curar, a ver si puedo.

Allí comencé y lo curé. (...) Él avisó que yo lo había curado (...) Luego comencé a curar a más [gente] (...) y ahora no se me hace difícil curar (sobador purépecha).

Cuando andaba trabajando, a veces mis hijos se machucaban y yo empezaba a sobarles, jalarles en las coyunturas, masajearles y después sobarles unos nervios, y así se componían. (...) Me gustó este [trabajo] porque yo tenía lástima a las personas. (...) Así me acostumbré de sobar (sobador purépecha).

Esto yo lo aprendí por una necesidad porque cuando yo tenía 23 años tuve a mi niñita y se me enfermó de un rato a otro y fui con una curandera, una tía que curaba. (...) Gracias a Dios y a ella me la curó pero con una buena regañada. Y esa regañada hasta ahorita yo la estoy disfrutando. De primera me cayó mal pero me sirvió. Ella me dijo:

—Uno descansando bien y ustedes molestando ¿Porqué no te enseñas para que tú la cures?

Me dolió, pero no sabía yo lo bueno que me estaba dando, era como si me regalara una pieza de pan, yo no lo quería aceptar porque no lo había probado. Me sirvió mucho porque desde entonces me dio tanta vergüenza y empecé a curar a mi hija a la siguiente vez que ella se enfermó (...) se me alivió y desde la edad de 23 años hasta esta fecha yo estoy haciendo esto (curandera purépecha).

Ya de señora grande, se enfermaban mis hijos y pues como mi esposo era pobre y tomaba mucho, pues no me daba dinero y entonces comencé a estudiar de las medicinas que decía mi abuela. Mi abuelita decía que había muchas medicinas, tal y tal. De allí yo comencé a aprender y ya empecé a curar (curandera maya).

—*Enseñanza de la medicina indígena*

Se cierra el ciclo de formación del curanderismo con la enseñanza teórica y práctica dirigida hacia los hijos, nietos, sobrinos, o bien hacia un discípulo elegido.

¡Ándele niñas, yo tengo que ir a curar a unas 3 o 4 personas! ¿Por qué no van conmigo? (...) para que me ayuden o vean como [se hace] (curandera purépecha).

Tengo una hija. ¡Vieran que bien atiende [los partos]! Ella es la única [que le gusta] porque tengo varias hijas, [pero] de todas ella es la única (partera maya).

Algunos de los médicos kallawayas residentes en La Paz observan con tristeza que sus hijos —la mayoría estudiantes y profesionistas universitarios— les interesa muy poco la medicina de sus antepasados.

Están queriendo aprender. Antes iban conmigo. Conocen hasta Cusco, Arequipa. Los 5 [hijos] conocen [pero no curan]. Yo nomás pues.

El mayor tiene 20 años ya (...) Está en la universidad estudiando derecho. Pero yo le insistí que aprendiera pero un poquito negativo se puso. Bueno —le dije— cada cosa a su tiempo.

De la familia ninguno es [médico kallawayaya] hasta el momento porque tengo mis hijos varones, casi todos son profesionales [universitarios] y uno de mis hijos, el mayor es el que está aficionado de abrazar esta profesión que yo tengo.(...) Para nosotros es un caso extraño [la disminución de vocaciones curativas]. Con el nombre de kallawayaya creen que nosotros somos unos brujos y de esa manera la juventud [está] un poquito espantosa, ya no les ha gustado.

RUTAS DE TRABAJO

Algunos grupos indígenas americanos son reconocidos por la plena dedicación de muchos de sus integrantes en las actividades curativas que llevan a la práctica en regiones alejadas de su lugar de residencia. En Colombia los ingas y camentsá pobladores del Valle de Sibundoy, conforman una importante red de curanderos urbanos y rurales que se desplazan e influyen en los mercados del suroccidente del país (Urrea, 1993:31). En Bolivia los kallawayas son los más afamados curanderos del altiplano andino cuya tradición de itinerario se remonta a la época prehispánica con una notable persistencia hasta la actualidad como relataremos en las siguientes líneas.

Cabe mencionar que en México no existe tradición semejante y únicamente encontramos, en algunos grupos indígenas, las salidas aisladas de escasos curanderos a estados vecinos. Así, entre los yoremes unos cuantos

curanderos se han aventurado en Sonora, Chihuahua y Baja California, en tanto que médicos mayas de Campeche han ejercido sus actividades curativas en el vecino estado de Yucatán.

—Itinerario de los médicos kallawayas

Los documentos históricos, que permiten verificar la actividad curativa itinerante de los kallawayas, apenas datan de 1767, lo cual hace que el investigador francés Thierry Saignes lance la hipótesis de que dichas prácticas son:

...el fruto de una lenta cristalización iniciada en los últimos decenios del Tahuantinsuyo. Los herbolarios-curanderos Callahuaya, o al menos sus viajes profesionales fuera de los valles de Charazani, procederían así de la época colonial, y puede ser incluso sólo de los siglos XVIII y XIX .(1984:123).

No obstante la ausencia de tales testimonios prehispánicos y coloniales de los siglos XVI y XVII, lo significativo desde una perspectiva antropológica, es la continuidad de los rituales kallawayas y el empleo cotidiano de los conocimientos herbolarios de estos curanderos andinos.

El motivo de tal migración ocupacional es económica, pues simple y llanamente no ha sido ni es suficiente la raquílica producción agrícola de la región. Las razones expuestas por nuestros informantes coinciden en señalar esta ancestral carencia:⁶¹

...en mi pueblo no hay trabajo. Son pueblos que no tienen industria, no hay minas, no hay trabajo. Por eso nos salimos a todas partes desparramados (don Néstor, La Paz).

Se iban [de viaje mis tatarabuelos] por curar, por ganarse la vida (...) obtener la plata (...) por eso han salido siempre obligados ... (don Dionisio, La Paz).

La razón es por motivo de efectivos [dinero], para subsistencia de la familia. (...) Para traer efectivos, para hacer sus rituales... (Juan, La Paz).

⁶¹ La llamamos ancestral porque las tierras indígenas (incluidas las de Antara) desde la época colonial han sido el foco de los intereses foráneos: primero el inca y su expansión imperial, luego la invasión española, después la oligarquía criolla-mestiza durante la vida republicana, por último, los cambios contemporáneos desfavorables para los campesinos, entre los cuales se hallan los kallawayas. Al respecto consúltense los datos etnohistóricos que ofrece Saignes (1984: 116-121)

Porque en la comunidad nadie ocupa al médico kallawayaya.
(...) No hay trabajo... (machula Antonio, La Paz).

El viaje preparaban para sostener a la familia, para educar a los hijos, porque precisamente en Chajaya, en Curva⁶² no hay entrada, no hay plata en que ganar. Entonces por la fuerza el kallawayaya tiene que salir fuera del país para el sostén de la familia... (don Lucas, La Paz).

Con los anteriores testimonios queda claro que la migración obedece a causas económicas, donde el kallawayaya vende productos, como hierbas medicinales, amuletos, y ofrece sus servicios médicos, obteniendo a cambio moneda circulante y bienes, que después lleva a su comunidad de origen. Esto quiere decir que en sus pueblos son esencialmente campesinos curanderos y fuera de ellos se transforman en curanderos y comerciantes, aunque en los últimos años existe una notable tendencia hacia la sedentarización urbana (sobre todo en La Paz y Cochabamba), asociada con la práctica de oficios tales como la orfebrería y la joyería.

Según los informantes kallawayas antes existían rutas migracionales casi exclusivas: los curanderos originarios de Curva viajaban hacia el sur del país (Argentina, Uruguay, Paraguay y Chile), y los de Chajaya, Khanlaya, Huata-Huata, Inca y Chari hacia el noroeste (Perú, Ecuador y Colombia) y al sureste (Brasil). Esta división territorial no se cumple en la actualidad.

Para tener una idea apropiada de esta itinerancia hacia los países circunvecinos, e incluso más alejados, transcribiremos la experiencia del machula (o sabio) Antonio, cuyas andanzas con su padre lo llevaron hasta México:

La primera vez me ha llevado [mi padre] a Lima, Perú. De aquí salimos a Guaqui.⁶³ Yo no conocía el [barco] de vapor. ¡El olor del vapor y lo que apestaba el pescado me hacía

⁶² Estos son los dos principales pueblos kallawayas. Además se consideran los pueblos de Chari, Inka, Khanlaya y Huata Huata (Girault, 1987:24). Según Don Lucas Ortiz la comunidad de "...Kaata no es de la profesión. Tampoco Niño Korín. Amarete tampoco, ellos se distinguen por hacer cerámicas de barro. Después los únicos que conocen (...) es Huata-Huata, (...) Inka. Después Chari, Chari es de la profesión, los viejos han sido muy buenos. (...) Khanlaya, ellos viajan juntamente con nosotros (los de Chajaya). Curva igual profesión tienen toditos, los curveños salen igual que nosotros con sus alforjitas..."

Según el trabajo etnográfico de Ina Rösing (1990, 1991 y 1992), Joseph Bastien (1978, 1981 y 1987) y Wolfgang Schoop (1984) existen otras comunidades que se consideran a sí mismas también como depositarias de la tradición kallawayaya.

⁶³ Puerto boliviano en la orilla sur del Lago Titicaca.

daño! (...) Ya salió el vapor con rumbo a Puno.⁶⁴ Amanecí en Puno y a las 7 de la mañana compra mi padre el boleto de Arequipa. En Arequipa llegamos a las cinco de la tarde. Un día estábamos allí descansando y reconocí a mi padre curando a sus pacientes y al otro día nos fuimos a Mollendo.⁶⁵ En puerto Mollendo había que embarcarse en alta mar en el vapor “Horacio” de la compañía italiana. No conocía un vapor grande. Surcamos esa noche y al día siguiente llegamos al puerto de El Callao. De Callao a Lima hay 10 kilómetros que cruzan los ferrocarriles. Allí era diferente la comida que aquí en Bolivia. Todo frijoles, garbanzo, pescado, en fin, de toda variedad de platos que produce la costa y el mar. Allí [en Lima] mi padre era médico del presidente peruano, era médico kallawayaya mi padre. Mi padre fue Pablo Álvarez Zanca. Era médico del ex-presidente Augusto Leguía⁶⁶, era médico de cabecera del señor Leguía.

De allí salimos al Ecuador, a Venezuela y luego al Canal de Panamá, invitados por los médicos peruanos que la compañía de mi padre. Llevábamos la quina, la corteza del árbol para combatir la malaria, cuando se abría el Canal de Panamá recién por los diferentes organizaciones internacionales. Allí conocí las libras esterlinas con la efigie de la reina Victoria con caballitos.

Mientras curaba mi padre a sus pacientes, los hijos de sus pacientes me enseñaban a leer, a conocer los posillos, los vasos, los platos, todo lo que tienen adelantados en aquellos países de la costa, mientras en Bolivia había latitas, jarritos de lata.

He estado en puerto Guayaquil.⁶⁷ Todavía permanecemos allá con un hermano que allá murió y ha dejado sus hijos, Víctor Manuel Álvarez se llamaba.

En el Canal de Panamá estábamos en el distrito de Culebra, recién estaban abriendo el Canal de Panamá con trabajadores. Año de 1923. Allí estuvimos un año. A mi padre lo ocupaban y a todos los kallawayas que eran sus her-

⁶⁴ Ciudad peruana en la orilla este del mismo lago.

⁶⁵ Puerto marítimo del Pacífico en la costa sur del Perú.

⁶⁶ Augusto Bernardino Leguía, presidente constitucional del Perú en los periodos 1908-1912 y 1919-1930.

⁶⁷ Ciudad marítima más importante del Ecuador.

manos de mi padre. Ilifoncio, Mariano, había un Ruperto González y el abuelo de Walter Álvarez Quispe⁶⁸ que se llamaba Dionisio Álvarez.

En el Canal de Panamá en 1923 y luego en 1924 estábamos en Guatemala. Llegamos a México en 1925, llegamos a la capital misma y de allí nos llevaron a Moctezuma [?], Villa Dolores,⁶⁹ Pátzcuaro y a Guadalajara.

Curaba mi padre, por eso es que lo llevaban, sus clientes se lo llevaban. En México estuvimos cuatro meses, curando todo el tiempo porque lo han llevado para hacer curar. Allí conocimos a Juan Domingo Perón, ex-presidente argentino, lo curaba allá (mi padre) en México.

Después de que regresamos de México a Lima, Perú, [a mi padre] lo han llevado los médicos peruanos a puerto Havre, Francia. Yo me he quedado en Lima, Perú.

Yo le acompañé hasta 1929. No conocía ni a mi mamá porque era hijo natural y me ha hecho criar mi padre con mujeres ajenas a mi mamá.

Desde el año 29 yo me fui en el buque de guerra “Almirante Grau” por segunda vez al Canal de Panamá. estuve un año y medio en la marina (peruana) y he cruzado por el Amazonas, el río Manaos, en Iquitos.

He recorrido todo Bolivia a pie. Yo conozco Colombia, allí está la casa de Bolívar. Conozco Argentina, he ido con mi padre a traer mulas. San Luis está en Catamarca, los Andes, San Juan, Entre Ríos, después Rosario, Santa Fe, Córdoba, Tucumán, Jujuy. Tres meses de camino y veníamos en mulas.⁷⁰

Al analizar los recorridos de los kallawayas prácticamente se abarcan todos los países grandes de América del Sur, algunos de Centroamérica, por excepción México, y con fines demostrativos en Europa. El eje de los viajes es la cordillera andina, destacando Perú y Argentina, luego Ecuador y Chile.

⁶⁸ Fundador y actual presidente de la Sociedad Boliviana de Medicina Tradicional

⁶⁹ Posiblemente el pueblo de Dolores Hidalgo, Guanajuato, cuna de la independencia mexicana.

⁷⁰ Este relato coincide en términos generales con lo expuesto por el propio machula en su biografía (recogida por la investigadora italiana Claudia Ranaboldo y publicada en 1987), que yo no conocía al momento de la entrevista en junio de 1993. Tuve el honor que don Antonio me regalara un ejemplar de su libro y que profundizáramos en algunos aspectos de la legalización de la medicina kallawayaya.

Con menor frecuencia Colombia y las naciones de las extensas llanuras orientales fronterizas con Bolivia: Brasil, Paraguay y Uruguay.

A Perú llegan todos a Puno y Juliaca, a partir de este punto se dan dos ramales: uno hacia Cuzco, la antigua capital del Tahuantinsuyo, y otro que se dirige hacia Arequipa y Mollendo, viajan al norte por la costa hasta llegar al Callao, con destino final en Lima, o bien continuando por el litoral hasta Trujillo, Lambayaque, Piura y Tumbes. Aquellos que han decidido continuar ascienden al puerto ecuatoriano de Guayaquil, penetran a las ciudades de Cuenca y Quito. Los menos llegan a Colombia, Venezuela y Panamá, aunque no deja de ser un hito su presencia en las fases finales de la construcción del canal interoceánico. Como una verdadera excepción queda el viaje del kallawaya Pablo Álvarez y su hijo Antonio por Centroamérica llegando hasta México, y el posterior viaje a Francia y Alemania.

Hacia Argentina los médicos viajeros pasan por Jujuy, Salta, Tucumán, Catamarca, Santiago del Estero, La Rioja, Mendoza, San Luis, Córdoba, Santa Fe, Rosario, Entre Ríos, Corrientes, la capital federal Buenos Aires, entre otros pueblos y ciudades

En Chile han pasado por Arica, Calama, Taltal, Copiapó, Valparaíso, entre otros sitios.

¿Por qué viajan hacia el exterior? Al parecer es nuevamente la cuestión económica: son países con una mejor situación financiera que la de su país. Al preguntarle a uno de ellos por qué casi no iban a Paraguay respondió:

¿Paraguay? ¿Para qué? Es un país limosnero, un país muy pobre.⁷¹ Ecuador es bueno, ya está mejorando, antes eran puro indígena, ya se ha civilizado, está mejor que Bolivia todavía.⁷²

Antes de partir a su aventura migratoria piden permiso a los antepasados, van a un cerro cercano, elaboran una ofrenda y la queman, es decir, *ch'allan* dirigiendo su libación al Akamani, el Illimani, el Huaynasillaka, Machusillaka y otras montañas sagradas.

⁷¹ Además debe considerarse el sentimiento del boliviano ante los paraguayos, ganadores de la Guerra del Chaco (1932-1935).

⁷² Resulta sorprendente el que un indígena kallawayá se exprese en estos términos de superioridad con respecto a sus hermanos de etnia. Es posible que la originalidad y la formación milenaria del kallawayá imprima en *algunos* el sentimiento de encontrarse muy por encima de otras agrupaciones indígenas. Remarcamos la palabra *algunos* porque en la mayoría de entrevistas que realizamos con los médicos kallawayas sólo este informante fue el que tuvo semejante expresión despectiva. Por el contrario, está la enorme figura de don Antonio Álvarez Mamani quien participó en la Reforma Agraria de 1952 peleando y luchando a favor del indígena boliviano en general, en contra de los hacendados y terratenientes mestizos.

Dado que los hijos de los médicos kallawayas se encuentran en la escuela en ocasiones se pide permiso a los profesores para que se ausenten por cierto tiempo, que como ya mencionamos es variable.

Antes solicitaban a la autoridad local un salvoconducto que les sirviera de identificación ante los agentes fronterizos, ahora son indispensables los pasaportes.

Las salidas eran colectivas y se hacían acompañar de los hijos mayores de 7 años, pues debían de aguantar jornadas intensas de caminata, las incómodas horas de transporte en mulas, trenes, autos, barcas y vapores⁷³ la carga de hierbas medicinales e implementos para pernoctar, la espera de consulta en las calles y mercados, la ayudantía en las ceremonias (muchas veces nocturnas), la compra y venta de productos, el cuidado de los animales para el durante el retorno, entre otras muchas desgastantes actividades.

Sin embargo, ésta era (y sigue siendo) la verdadera escuela del médico kallawayá el modo de transmitir en la práctica los saberes y los rituales fundamentales aprendidos de una generación a otra.

La mejor época para salir es al término de la cosecha y de la recolección de las plantas medicinales, que corresponde a los meses de marzo y abril, antes hay mucha lluvia y después viene el tiempo de las heladas.⁷⁴ Dicha colecta de hierbas se realiza por la cuaresma en los alrededores de las comunidades y en las áreas semitropicales de Camata, en la misma provincia.

Durante el viaje son desplegadas cuatro actividades básicas:

a) **Comerciales.** Aquí se abarca la venta de amuletos y plantas medicinales, los ingresos monetarios provenientes de las consultas otorgadas y la reventa de herbolaria medicinal conseguida en otros países. Por ejemplo, la flor de tila (*Tila occidentalis*) en Argentina o el boldo (*Peumus boldus*) comprado en Chile; también la compra-venta de ganado mayor.⁷⁵

⁷³ En la actualidad, uno de ellos ya plantea el uso del avión: "...me puedo ir -queriendo- a Lima (...) en avión. Dos horitas. Allí descargo mi alforjita, ando [y] hago plata."

⁷⁴ "Los viajes al exterior se los realiza por lo general solamente una vez al año. La mayoría de los kallawayas viaja tres veces por año, con una duración de seis semanas a tres meses por viaje. La primera fase alcanza según la costumbre desde mediados de agosto hasta la fecha de Todos Santos, la segunda a partir de mediados de noviembre hasta Carnaval. Una tercera fase atraviesa por lo general la fiesta de la Pascua para terminar en una de las fiestas locales en el mes de mayo" (Schoop, 1984:47).

⁷⁵ El kallawayá Juan Gómez, residente ahora en Cochabamba relata lo siguiente: "Mis padres, mis tíos eran troperos, el que trae animal: mulas, burros. Curaciones primero y luego traer animales a Bolivia". Según Don Lucas, "...los curveños han llegado a la Argentina pero han resultado troperos también. Para la feria de Ramos traían 100, 150 cabezas de ganado. Venían a pie por vía de herradura, venían con los animales. Llegaron en dos meses y medio hasta aquí". Don Antonio Álvarez reafirma: "...las mulas llegaban de allá, se compraban en 30 y aquí se vendían en 350 bolivianos. Antes había estas movilidades, toda Bolivia compraba mulas".

b) **Curativas.** Constituyen el eje de la itinerancia. Al llegar a una comunidad rural, pueblo o ciudad, eran (y son todavía) reconocidos en las calles y mercados por cargar con una alforja al hombro,⁷⁶ y en la actualidad algunos kallawayas emplean la radio comercial.⁷⁷

c) **Formativas.** Como ya señalamos en líneas previas, en estos viajes, dentro o fuera del país, los hijos se convierten en aprendices, no sólo del comercio y el curanderismo,⁷⁸ sino también de ciertos oficios⁷⁹ que les permitan una mejoría en sus condiciones de vida.

d) **Familiares.** Existe un reforzamiento de los lazos de parentesco, pues en las rutas han quedado en el pasado algunos familiares y compadres con quienes se vuelven a re-establecer relaciones,⁸⁰ e incluso no falta la formación de nuevos núcleos familiares que alimentan un alto grado de mestizaje en el grupo kallawayas.⁸¹

Mientras el grupo de kallawayas ejerce estas actividades foráneas, la esposa cumple con sus labores agrícolas y domésticas cotidianas, recibe ayuda de los demás familiares, que no han emprendido el viaje, cura a los hijos

⁷⁶ “Por allí ambulábamos, andábamos y nos conocían. Por el mercado, por las calles (...) distinguían por la alforjita que éramos bolivianos. (...)”

—Señor ¿usted es boliviano?

—Sí.

—Mi hijo está enfermo. Mi señora está mal. Necesito, tengo un enfermo. Yo quisiera que usted me vea la suerte en naípe, en (hojas de) coca (don Lucas, La Paz).

⁷⁷ En Arequipa nos señalaron que los kallawayas: “Cuando vienen suelen anunciarse por radio”.

⁷⁸ El curveño Dionisio Pacheco, actualmente residiendo en La Paz refiere: “A mis 12 años ya he empezado a curar (...) yo estaba de secretario ya preparando las brasas (del sahumerio), escogiendo (las hojas de) coca. Ayudando así aprendí poco a poco”. Uno de los fundadores de la Sobometra el ka. Juan Vila relata: “...me ha llevado mi tío a Arequipa (de) 7 años (de edad). Chiquito, jovencito. He cargado alforja. Yo he estado parado en los mercados. (...) Hay mirando, viendo, me he aprendido a curar”. El abogado kallawayas Rolando Magnani resume este aprendizaje durante los viajes diciendo: “Allí es donde prácticamente se forman y se van transmitiendo los conocimientos”.

⁷⁹ “Con la producción de amuletos de plata se ha formado incluso una rama de oficio propia: los joyeros de Chajaya con casi 50 establecimientos existen hoy repartidos en todos los centros grandes del país” (Schoop, 1984:46). Este oficio fue aprendido -según don Lucas Ortiz- de los orfebres y joyeros peruanos que conocieron en sus viajes.

⁸⁰ Dionisio Pacheco dice que en 1932 fue su primer viaje al Perú: “...mi hermana estaba allá en Arequipa, casada con un Francisco Chaca (...) kallawayas también. Ellos me han hecho llamar. Yo estaba con él siempre ayudándole”. El mismo fue a ver a su hermano ya residente en Santiago del Estero y por varios años “...allí me quedé en Argentina”. El médico kallawayas don Simón (oriundo de Chajaya) desea visitar Perú para ir con “...mis compadres en Juliaca, Arequipa, Tacná, Moquehua. En todas esa parte tengo compadres, en cada paso tengo”.

⁸¹ El padre de don Lucas Ortiz era un “mujeriego”, él “...ha muerto en Huancayo, en el Departamento de Junín, porque su última mujer era peruana y allá tengo dos (medios) hermanos, una mujercita y un varón”. Walter Álvarez Quispe confirma que existe este elevado mestizaje cuando los kallawayas se casan con mujeres peruanas, chilenas y de otras nacionalidades. En su caso: “Yo me tuve que traer [a una mujer cubana]. (...) Cuando [los kallawayas] salen jóvenes, se han enamorado y han traído [esposas]”.

enfermos,⁸² los envía a la escuela, recolecta y prepara hierbas medicinales, produce textiles de reconocido valor artesanal,⁸³ participa en las obras comunitarias, asiste a las reuniones convocadas por las autoridades y espera con fidelidad el retorno de su marido.⁸⁴

Cuando regresa el grupo de viajeros la recepción se convierte en una verdadera fiesta. Los recién llegados entregan a la familia ropa, regalos, panes, galletas y dulces; a la gente que ayudó en su ausencia se le retribuyen favores y se le paga las deudas pendientes. Las mulas llegan cargadas de plata, enseres domésticos y calaminas para techar la casa. Dice don Lucas:

“Si veníamos de Lima, para las señoras traíamos ropa, ropa interior, sombreros, muchas cosas (...) azúcar, pan, dulces para los hijos”.

Walter Álvarez recuerda que

“Cuando llegaba algún viajero, se juntaban [todos], se reparaban [los regalos] y llegaban siempre con productos de otros pueblos. Era toda una fiesta. Todavía me acuerdo cuando era niño, mi papá llegaba con dulces, con panes”.

—¿Desaparecerán los viajes internacionales de los kallawayas?

El prestigio de estos médicos andarines continúa vigente a nivel indígena, pese a las adjetivaciones negativas procedentes de mestizos urbanos y observadores superficiales de sus actividades curativas.⁸⁵ Pero el itinerario se ha modificado en forma notable en las últimas décadas: los viajes internacionales han disminuido, en tanto que el éxodo hacia las ciudades bolivianas más importantes se ha incrementado.

Juan, un joven médico, músico y orfebre kallawayaya, residente en La Paz, nos resume la situación:

⁸² Algunas mujeres conocen de herbolaria y de rituales sagrados. No es de extrañar que éstas también debamos considerarlas como curanderas o médicas indígenas. Por ejemplo, la esposa de Dionisio Pacheco es toda una experta: “Ella sabe perfectamente del parto, hace milluchadas, hace asuntos del amor, naipeadas. Mi señora sabe, mis hijas también saben”.

⁸³ Consúltase el artículo de Gisbert, Arze y Cajías (1984:74-110)

⁸⁴ Antes el adulterio era severamente sancionado. Según Walter Álvarez Quispe “...la mujer que se portaba mal podía matarse a ella como castigo. (...) Hay lugares en el pueblo kallawayaya donde se castiga uno mismo”.

⁸⁵ Para una revisión de los prejuicios y exageraciones acerca de los médicos kallawayas, consúltase a Ina Rösing, 1990:49-63

[Mis antepasados] viajaban fuera del país. Mi abuelo [Cecilio Barrera] viajaba hasta Guayaquil, Ecuador. Mi papá ya no viajó. (...) [Sólo] aquí interiormente en Bolivia nada más. Ahora [únicamente] conozco Tacacoma, Sorata, Copacabana, Achacachi, Coroico, Coripata, Cochabamba, Santa Cruz, Charapé.

Ahora los viajes casi no traspasan los límites del territorio boliviano y las nuevas generaciones de kallawayas prefieren las comodidades de la residencia urbana.

Las causas de estos cambios son múltiples: padres y abuelos iniciaron un generalizado éxodo rural-urbano, asentándose en ciudades como La Paz, Cochabamba, Potosí, Oruro, Tarija, Santa Cruz y otras; promovieron y estimularon estudios profesionales (derecho, ingeniería, química, medicina, arquitectura), que están orientados por su utilidad y conveniencia a prestarse en lugares urbanos; impulsaron oficios artesanales y actividades comerciales que derivaron en negocios fuera de la provincia; por último, la propia práctica curativa kallaway se ha ido reduciendo a consultorios, calles y mercados fijos en las urbes; además, los trámites fronterizos se han vuelto más estrictos y con la legalización de la medicina indígena las garantías de protección laboral se han incrementado, facilitando la sedentarización urbana.

El resultado de todo esto ha sido contradictorio, pues, por una parte, los kallawayas residentes en las ciudades bolivianas se están organizando para defender su patrimonio cultural, pero por otro lado existe una especie de negación del pasado por parte de algunos profesionistas. Así, en Cochabamba, desde el 14 de mayo de 1967 se ha constituido el primer Centro de Residentes Kallawayas cuyos objetivos son **“mantener latentes nuestras costumbres, tradiciones, idioma y fundamentalmente la práctica de la medicina kallaway”** (abogado kallaway Rolando Magnani).⁸⁶ En sentido contrario, Walter Álvarez Quispe, con estudios médicos en La Habana (Cuba), y fundador de la Sobometra, menciona que:

⁸⁶ Fuimos testigos de la amplia y activa participación de estos kallawayas cochabambinos en la fiesta patronal de su comunidad de origen en Curva. Estas fiestas ahora constituyen un punto vital de unidad de los emigrados. Don Lucas Ortiz relata: “Llegamos [a Chajaya] para dos fiestas, la del 3 de mayo que es la fiesta del pueblo y la fiesta de la Virgen de Remedios en el mes de noviembre. Llegan de todas partes. Hay [residentes kallawayas] cruceños, orureños, cochabambinos, tarijeños, paceños y todo”.

...algunos profesionales kallawayas renegaban de su origen. Un primo mío, farmacéutico decía: “Ya soy doctor, ya no quiero ser kallawaya”. El andaba cuando era joven, tal vez, gracias a esa cultura pues ha salido profesional, pero sí muchos renegaban de su origen. En mi caso mismo no me gustaba caminar cuando tenía 17 años, estaba en bachillerato ¿Para qué si yo voy a ser doctor? Ahora me doy cuenta (...) por un lado hice bien y por otro hice daño.



En el siguiente capítulo abordaremos las causas por las cuales se les consulta a los médicos indígenas y la manera en que ellos se han venido organizando.

CAPÍTULO 5

CAUSAS DE DEMANDA Y ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE LAS ORGANIZACIONES DE MÉDICOS INDÍGENAS EN MÉXICO Y BOLIVIA

CAUSAS DE DEMANDA

De acuerdo con la frecuencia relatada por los médicos indígenas, las diez áreas donde se ubican las principales causas de demanda de consulta de la medicina indígena corresponden en orden jerárquico a: enfermedades culturalmente delimitadas, enfermedades gineco-obstétricas, gastrointestinales, respiratorias, dérmicas, articulares y musculo-esqueléticas, metabólicas y nutricionales, de vías urinarias, enfermedades diversas y problemas inespecíficos.

—*Enfermedades culturalmente delimitadas (ECD)*

Se entiende por enfermedades culturalmente delimitadas aquellas entidades clínicas y prácticas curativas que se manifiestan en una determinada población, y que sólo tienen explicación dentro de la cultura particular donde se producen y desarrollan. Por esto resultan aparentemente irracionales, incoherentes e ilógicas cuando se analizan desde la perspectiva de otra cultura.

En nuestro país se les ha denominado también como “síndromes de filiación cultural”, considerándose:

...aquellos complejos mórbidos que son percibidos, clasificados y tratados conforme a claves culturales propias del grupo y en los que es evidente la apelación a procedimientos de *eficacia simbólica* (Zolla, 1988:31).

Bajo esta nueva conceptualización quedarían englobadas aquellas enfermedades nombradas como “folklóricas”, “étnicas” e incluso “tradicionales”.

En nuestra investigación encontramos algunos ECD comunes en México y Bolivia. Así la hechicería, el susto y el empacho aparecen en las cuatro regiones indígenas. La mollera caída entre yoremes y purépechas. Mal de ojo en purépechas y mayas. Aires, ofrendas a las divinidades⁸⁷ y ceremonias para el alejamiento de la mala suerte y la atracción de lo benevolente es común entre mayas y kallawayas.⁸⁸

Otras en cambio parecen ser específicas de cada región, por ejemplo el latido y la tripa ida que se sufren en la zona yoreme; el escupido en la región purépecha; el cirro, el pasmo y el *tip-té* entre los mayas y la producción de amuletos⁸⁹ para diversos usos por los curanderos kallawayas (véase cuadro 1).

—Enfermedades gineco-obstétricas

En todas la regiones se atienden los problemas de las mujeres relacionados con la fertilidad, el embarazo, el parto y el puerperio. El acomodo del producto fetal⁹⁰ lo tenemos reportada en Michoacán y Campeche, pero seguramente también se realiza en Sinaloa y la región kallawayaya. Lo mismo sucede con las maniobras destinadas a restablecer la desviación o caída de la matriz.⁹¹ (véase cuadro 2).

⁸⁷ Estas ofrendas se dedican como pago a las principales divinidades andinas: la Madre-Tierra (Pachamama), el sol (Tata Inti), el rayo y otras.

⁸⁸ Entre estos últimos es muy frecuente el empleo de rituales que quiten la mala fortuna y “llamen” a la buena suerte de la persona que lo solicita. Para ello se realizan “milluchadas” y “ch'alladas” especiales el 1º de enero, el martes de carnaval y el 1º de agosto, o en cualquier otra ocasión si es necesario.

⁸⁹ Los amuletos son elaborados y bendecidos por los médicos kallawayas. Tales amuletos son empleados para obtener una buena cosecha, la protección de los animales domésticos, la buenaventuranza familiar, y en el caso de solteros para conseguir mujer. En la obra de Louis Girault (1987) existe una descripción detallada de tales amuletos indicando el material, las dimensiones, el uso simbólico y su significado.

⁹⁰ Procedimiento en la mujer embarazada que coloca al producto fetal en una posición adecuada (céfalo-pélvica) para su futura y mediata salida.

⁹¹ El tratamiento requiere el reacomodo orgánico, acompañado en ocasiones de masajes y cataplasmas considerados como “calientes”.

Cuadro 1
PRINCIPALES CAUSAS DE DEMANDA DE CONSULTA
SEGÚN MÉDICOS INDÍGENAS DE MÉXICO Y BOLIVIA

ENFERMEDADES CULTURALMENTE DELIMITADAS

	YOREMES	PURÉPECHAS	MAYAS	KALLAWAYAS
Hechicería	X	X	X	X
Susto	X	X	X	X
Empacho	X	X	X	X
Mollera	X	X		
Mal de ojo		X	X	
Aires			X	X
Ofrendas a dioses			X	X
Sacar la suerte			X	X
Otros	X Latido, tripa	X escupido	X cirro, tip-té, pasma	X Hechura y bendición de amuletos

FUENTE: Información recolectada por el autor durante el trabajo de campo, 1991-1994

Cuadro 2
PRINCIPALES CAUSAS DE DEMANDA DE CONSULTA
SEGÚN MÉDICOS INDÍGENAS DE MÉXICO Y BOLIVIA

PROBLEMAS GINECO-OBSTÉTRICOS

	YOREMES	PURÉPECHAS	MAYAS	KALLAWAYAS
Atención del parto	X	X	X	X
Acomodar (el feto)		X	X	
Matriz (alterada)	X	X		X

FUENTE: Información recolectada por el autor durante el trabajo de campo, 1991-1994

—Enfermedades gastrointestinales

Las diarreas, los vómitos y los dolores de abdomen constituyen los principales motivos de consulta a los médicos indígenas y académicos.

Otros malestares mencionados por los curanderos son las infecciones intestinales, fiebre tifoidea, disentería, alteraciones del hígado y la vesícula biliar, parasitosis, estreñimiento y otros (véase cuadro 3).

Cuadro 3
PRINCIPALES CAUSAS DE DEMANDA DE CONSULTA
SEGÚN MÉDICOS INDÍGENAS DE MÉXICO Y BOLIVIA

ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO

	YOREMES	PURÉPECHAS	MAYAS	KALLAWAYAS
Diarreas	X	X	X	
Dolor de estómago	X			X
Otros	X	X	X	X

FUENTE: Información recolectada por el autor durante el trabajo de campo, 1991-1994

—Enfermedades de vías respiratorias

El asma es una de las principales causas de demanda entre los mayas de Campeche, no se menciona en la zona purépecha. Otras molestias corresponden a la tuberculosis, gripa, amigdalitis, tos, sinusitis y enfermedades del pulmón (véase cuadro 4).

Cuadro 4
PRINCIPALES CAUSAS DE DEMANDA DE CONSULTA
SEGÚN MÉDICOS INDÍGENAS DE MÉXICO Y BOLIVIA

ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO

	YOREMES	PURÉPECHAS	MAYAS	KALLAWAYAS
Asma	X		X	X
Otros	X	X	X	X

FUENTE: Información recolectada por el autor durante el trabajo de campo, 1991-1994

—Enfermedades articulares y musculo-esqueléticas

En Bolivia se menciona con gran insistencia a los problemas reumáticos como una de las principales causas de demanda del médico kallawayaya. Otros motivos son la concertación de huesos luxados y fracturados, así como un conjunto de malestares de diverso origen: dolores de espalda, de cintura, de rodilla y de pie; torceduras, descomposturas de brazo y heridas (véase cuadro 5).

Cuadro 5
PRINCIPALES CAUSAS DE DEMANDA DE CONSULTA
SEGÚN MÉDICOS INDÍGENAS DE MÉXICO Y BOLIVIA

ENFERMEDADES ARTICULARES Y MUSCULO-ESQUELÉTICAS

	YOREMES	PURÉPECHAS	MAYAS	KALLAWAYAS
Artritis y reumatismo			X	X
Reacomodar huesos		X	X	X
Otros	X	X	X	X

FUENTE: Información recolectada por el autor durante el trabajo de campo, 1991-1994

—***Enfermedades dermatológicas***

Los médicos indígenas son visitados por enfermos con granos, llagas, ulceraciones, sarna, tiñas, manchas y micosis.

—***Enfermedades metabólicas y nutricionales***

La *diabetes mellitus* se está convirtiendo en una de las principales enfermedades en las cuatro regiones indígenas, y por ende, motivo de asistencia con el médico indígena. Otras son la pelagra y la anemia como resultado de las alteraciones por déficit nutricional.

—***Enfermedades de vías urinarias***

Las alteraciones de los riñones y la próstata son las más mencionadas, así como las infecciones de dichas vías.

—***Enfermedades diversas***

Aquí se engloban una serie de patologías (algunas muy concretas, pero otras de carácter inespecífico) que también constituyen causas de atención del médico indígena: rabia, cáncer, hemorroides, “nube en los ojos”,⁹² crisis convulsivas (o epilepsia), dolor de cabeza, fiebres, mareos, dolor de oídos, parálisis de nervio, inflamaciones, dolor de cuerpo, dolor de costado, calambres, alergias, “cabeza caliente”, problemas del corazón e “impurezas”.

⁹² Lesión corneal correspondiente al leucoma.

PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

En las cuatro regiones investigadas existen procedimientos generales y modalidades propias para la elaboración del diagnóstico. En cuanto a los procedimientos aparece el interrogatorio al enfermo o a sus familiares y la inspección o revisión que efectúa el curandero. Entre las modalidades existen variaciones regionales significativas.

Por ejemplo, entre los yoremes el diagnóstico e incluso el tratamiento se alcanza mediante rituales de velación donde el empleo del tabaco macucho es fundamental. Un *jít téberi* señala que “Muchas veces uno se basa al cigarro. En el cigarro [uno] sabe los síntomas, la enfermedad y con qué lo va [uno] a sanar”. En la Península de Yucatán se encuentra ampliamente reconocido el uso de un cristal llamado zastún, con el cual se logra “mirar” la enfermedad, su causa y su curación. Dicho cristal no se compra, se encuentra en el campo y se le atribuyen poderes especiales. Un curandero maya relata que:

...hay que saber como se maneja. Si lo agarras y tú no sabes nada, puede matarte, te puede pasar algo, porque no sabes (...) Estás trabajando [en la milpa] cuando ves una canica, es una canica brillante. Son del campo, no se compran en la tienda ni en los almacenes. El mío se perdió, creo se fue a otro lado.

Lo pones entre un vaso y un poco de alcohol. Estás viendo, una enfermedad enseguida aparece [como] un reflejo de un foco, allí lo ves, si es una aire, si es una enfermedad de calentura, allí se aparece enseguida.

Otra forma que se emplea en la península es la intervención de “protectores” espirituales que auxilian al curandero, unas veces directamente, otras mediante sueños. Doña Lucía, una curandera que tiene problemas con el sacerdote de la localidad, nos refiere la forma en que se entera del diagnóstico y del tratamiento: “...a mí me da como un sueño y ya sé todo. Cuando duermo y va a venir una persona, a mí me avisan que voy a a tener una visita. Tal enfermedad es... Cuando estoy haciendo curación [necesito una ayudante]”.

En Bolivia, los kallawayas utilizan para diagnosticar y tratar ciertas enfermedades al cuy (o conejillo de las indias), que se frota en el cuerpo del

enfermo. Para otras entidades morbosas existen diversos procedimientos igualmente adivinatorios.⁹³

RECURSOS TERAPÉUTICOS

Sin lugar a dudas es la herbolaria medicinal uno de los principales recursos terapéuticos que emplean los médicos indígenas de toda América. Particularmente en México y en Bolivia es riquísima la variedad de plantas que tienen una finalidad curativa. Numerosos investigadores han descrito y analizado tales recursos naturales en las zonas en que trabajamos.⁹⁴ Por ello no nos detendremos a describir ninguna planta, sino únicamente señalar su singular importancia en el conjunto de medidas terapéuticas generales. Lo que sí nos interesa enfatizar es que existen otros recursos, y procedimientos, con un valor inestimable en el contexto de las culturas indígenas. Nos estamos refiriendo a los procedimientos rituales, que apelan a la eficacia de lo simbólico.

En las cuatro regiones donde estuvimos, los ritos y ceremonias con fines curativos ocupan un tiempo y un espacio inapreciables en las culturas locales. De hecho, las oraciones y ensalmos en actos colectivos e individuales están presentes en cualquier actividad comunitaria de tipo religioso, e incluso entre los yoremes existe un personaje tradicional especializado, que es la cantadora o rezandera.

Los curanderos mexicanos y bolivianos, además de su conocimiento herbolario, despliegan una amplia experiencia relacionada con los asuntos sagrados. Los yoremes efectúan sus velaciones nocturnas auxiliados por el tabaco macucho y realizan *desalojos* o “limpias” para neutralizar los efectos dañinos de los actos de hechicería. Los llamados “médicos del campo” en la zona purépecha también saben de esas actividades e intentan contrarrestarlas. Los mayas mantienen todavía a sus sacerdotes nativos, que anualmente dirigen sus invocaciones a los dioses de la lluvia, que conceden el crecimiento y desarrollo de las milpas, asegurando así la sobrevivencia humana con los

⁹³ Louis Girault (1987:29) reporta varias formas: “Para otras [enfermedades] se emplea el *alun* en rituales. Algunas enfermedades son determinadas con ayuda del plomo o del estaño en fusión que se precipitan en agua hirviendo; según las figuras que formen estos metales, las causas y remedios son deducidos. Actualmente, los tipos de diagnóstico más evolucionados son el examen de las pupilas, los cabellos, las ingles, las uñas, etc. procedimientos que son evidentemente elementales”.

⁹⁴ En el caso de México recomendamos las obras *Atlas de las plantas medicinales de la medicina tradicional mexicana* y *Flora medicinal indígena de México* publicadas en 1994 por el Instituto Nacional Indigenista. Para Bolivia aun conserva vigencia el citado trabajo de Louis Girault y los libros de Jaime Zalles.

alimentos básicos procedentes de la tierra. Por último, el médico kallawayas es el depositario de un complejo de rituales que permiten la unidad del hombre andino con su entorno. Las curaciones rituales para alejar las penas y tristezas (*llaki wijch' una*), las curaciones blancas y negras, las ofrendas a la Pachamama, las *ch'alladas* a las montañas sagradas, el llamado para el retorno del alma perdida y otras ceremonias similares constituyen sólo algunas variedades de curación simbólica donde el hombre intenta el equilibrio con una naturaleza llena de asperezas y sobresaltos⁹⁵.

Pero los médicos indígenas no sólo emplean herbolaria y rituales, también usan procedimientos manuales como sobadas, aplicación de vilmas y cataplasmas, acomodo externos de productos fetales que están en posición transversa, empleo de enemas, entre otros. Igualmente, hay que destacar la influencia de la medicina occidental cuando los propios médicos indígenas ya se han apropiado de remedios y medicamentos de patente; por eso no resulta extraño que receten antibióticos, jarabes, analgésicos, hipoglucemiantes orales, antiinflamatorios, hormonales anticonceptivos, vitaminas, complementos nutricionales, pomadas para humanos y para animales,⁹⁶ etcétera.

PERCEPCIÓN DE LOS MÉDICOS INDÍGENAS ACERCA DE SUS ORGANIZACIONES

En la introducción de esta obra hemos reseñado una historia mínima de las agrupaciones nacionales de médicos indígenas. Aquí nos interesa exponer una evaluación interna de las mismas, a partir de los datos proporcionados por los informantes hasta finales de 1992, y se hace hincapié en la percepción positiva y negativa del proceso organizativo, así como en los problemas que han surgido durante la formación e integración de las asociaciones regionales y nacionales.

⁹⁵ Ver textos descriptivos y analíticos de Ina Rösing sobre los rituales kallawayas. Por otra parte, es interesante verificar cómo algunos médicos kallawayas menosprecian el valor curativos de los actos rituales o bien lo interpretan como un simple auxilio psicológico, sin descubrir su inmenso potencial simbólico-terapéutico.

⁹⁶ En México hemos observado con mucha frecuencia el uso de pomadas veterinarias para los intensos dolores articulares. Un sobador maya utiliza un producto veterinario que contiene ácido bórico, extracto de hamamelis, alcanfor, iodo metálico, esencia de trementina, alcohol etílico. Es recomendado "...para usarlo en ombligo de becerros y mamicos, golpes, heridas, cortadas, peladuras, quemaduras, inflamaciones" con una leyenda complementaria que nadie respeta: "Úsese por prescripción del médico veterinario".

—*Percepción positiva*

Los médicos indígenas (especialmente en México, por encontrarse en una etapa formativa) destacan el “descubrimiento” de otros curanderos semejantes a ellos a nivel regional y nacional, por lo que la primera ventaja que mencionan es el **conocimiento mutuo** que conduce a un reconocimiento de saberes, habilidades y problemas que les son comunes, surgiendo así el efectivo deseo de procurarse ayuda.

En forma simultánea se plantea la **legitimidad** del ejercicio curativo, pues con un primer reconocimiento otorgado por el enfermo, sus familiares y la comunidad, se consolida, en forma parcial, con la pertenencia a una organización que recibe el apoyo gubernamental. En este sentido algunos de los médicos indígenas relatan que a través de su membresía logran que se les deje de llamar brujos y reciban una protección limitada por medio de las constancias y credenciales que los acreditan como médico indígena tradicional. Precisamente esa protección es una especie de garantía, y en cierto modo defensa, para la realización cotidiana de sus actividades curativas.⁹⁷

Otra de las ventajas referidas por los entrevistados tiene que ver con la **capacitación**. A pesar de ser dueños de un saber y de una sabiduría “tradicional” existe la necesidad, el deseo y las ganas de seguir aprendiendo y enseñando, a través del intercambio de conocimientos. Un curandero maya lo resume con excepcional belleza:

Vamos a aprovechar cada quien que tiene más conocimiento. En una junta podemos conversar, decirlo a todos. Porque el tiempo donde vivimos es tiempo de repartir la conciencia. Porque hay un sabio que murió de tanto saber (...) y lo enterraron con su sabiduría.

Este “reparto de conciencia” y de conocimiento se ha concretado en las reuniones ordinarias, regionales y nacionales, así como en los cursos especiales que se han realizado sobre herbolaria, enfocados a la preparación de extractos, pomadas y jarabes, sobre enfermedades epidémicas (como el cólera), o bien, sobre aspectos conceptuales y prácticos relacionados con su

⁹⁷ Aunque también dicho reconocimiento del gobierno (no legal, en el caso de México) puede llegar a servir para el control y la supervisión por determinadas instituciones gubernamentales, no sólo aquellas que tienen que ver directamente con los asuntos de salud sino también con autoridades hacendarias, judiciales, entre otras.

trabajo curanderil (por ejemplo, legalización, defensa concreta ante ciertas autoridades policíacas, relaciones con la medicina académica).⁹⁸

—Percepción negativa

Una de las principales objeciones al trabajo colectivo de las agrupaciones es la suspicacia y el recelo que algunos médicos indígenas mantienen con respecto a sus pares dentro de la organización. Dado que se maneja una ambivalencia ante los poderes que tiene un curandero, en cuanto a curación, y la posibilidad de que pueda provocar un “daño” o hechicería, se despierta un temor latente ante el otro que sabe y practica.

Llega a ser tal la desconfianza que algunos curanderos prefieren no ingresar ni participar en la organización, pese a la insistencia de sus compañeros de trabajo. Por ejemplo, en Sinaloa, uno de los más recelosos afirma que algunos de sus colegas *jít 'téberis* no hacen un “trabajo espiritual” y que por el contrario efectúan actividades hechiceriles: **“...trabajan lo bueno y lo malo porque reciben espíritus malos y por acá de Dios. Pero ¿Cómo van a trabajar Dios y el Malo? Ansí están trabajando. Yo me he fijado”**.

O bien, los acusa de que no son auténticos *jít 'téberis* y que por tanto engañan a los enfermos: **“...este pobre se la está haciendo de médico pero no sabe nada este pobre. No es curandero, pero la hace de curandero. Dice que es curandero y muchos han dicho que es curandero pero yo no le veo nada, porque el que es curandero, yo veo”**.

Este tipo de reacciones pone en duda la buena fe de los otros participantes y siembra la tensión al interior del grupo.⁹⁹

Una crítica más a estas agrupaciones —reportada por los médicos indígenas— es la carencia de una autonomía política y económica, pues dependen, en lo financiero, de la buena voluntad de las instituciones de gobierno. Para el caso boliviano, la Sobometra no tiene ingresos provenientes de las instituciones oficiales, y se mantiene de las exiguas cuotas de sus afiliados y de los pocos recursos que proceden de las consultas. No tienen un local propio, la

⁹⁸ En Bolivia pudimos asistir y participar con jóvenes aymaras que estaban en un curso organizado por la Sobometra cuyo objetivo central era la formación de un conjunto de “técnicos medios en medicina natural tradicional” que sirvan en las comunidades rurales del altiplano boliviano. Algunos de ellos eran hijos de yatiris (curanderos aymaras) pero la mayoría no tenía antecedentes al respecto.

⁹⁹ A tal grado se llega, que en una reunión regional me pude percatar que las relaciones eran un tanto frías y distantes, con participaciones defensivas. Después me enteré por boca de los propios curanderos que antes de ir a la reunión se habían “protegido” con toda clase de oraciones y amuletos. En Campeche sucede algo similar, uno de los entrevistados manifestó su desconfianza porque los otros lo podían “chingar” y cuando asiste a las juntas se protege cubriéndose con un “polvo” que favorece a su cuerpo e impide que le dañen.

infraestructura es mínima y los pocos centavos que tiene a veces son motivo de agrias discusiones por los dudosos manejos de los responsables de la cuenta bancaria.¹⁰⁰

También se mencionó el hecho de que no todos participan en las actividades programadas por las agrupaciones. En Tunkulchén, una de las curanderas fue señalada por no asistir a las reuniones ordinarias, y cuando logré entrevistar a la acusada, ella se defendió con el argumento de que se realizaban rituales curativos y religiosos ajenos a su credo de Testigo de Jehová. En Bolivia, el machula Antonio se quejaba de que la gente no asistía o lo hacía llegando tarde a la reunión.

Finalmente, en aquellos lugares de México donde funciona un consultorio de medicina indígena (Michoacán y Campeche) los médicos manifiestan que la compensación que reciben es muy baja y apenas sirve para sufragar sus gastos de alimentación y transporte desde y hasta su comunidad.¹⁰¹

—Problemas y conflictos al interior de las organizaciones

Para ellos queda claro (y también para nosotros) que “no están todos los que son, ni son todos los que están”. Es decir, estas organizaciones agrupan a un determinado grupo de médicos indígenas, pero no abarcan a todos los que viven en una región (porque no saben, porque no han sido invitados o porque simplemente no quieren participar), y algunos de los miembros de las actuales asociaciones carecen de suficiente conocimiento, habilidad y experiencia en el terreno curativo.

En México, varios problemas fueron mencionados con insistencia. Uno de ellos es el relativo a la desconfianza de la presentación pública de sus actividades, cuestión que conduce a rechazar su participación en las actividades organizadas. Una persona en la región purépecha (y que no pertenece a organización alguna) señala que durante las reuniones: “**Va a haber gente de aquí que nos conoce y te van a sacar lo que tú haz hecho y después van a salir y van a decir ‘ella así dijo y no es cierto’. Mejor vamos a ocultarlo, y acá ocultamente ni quien te esté criticando**”.

¹⁰⁰ Durante el trabajo de campo hubo una reunión del sector de kallawayas residentes en La Paz, y había mucho descontento porque uno de los encargados de la cuenta bancaria había sacado dinero sin el consentimiento de los otros responsables de la cuenta, ni tampoco del resto de sus colegas.

¹⁰¹ Pudimos observar en ambos lugares que la asistencia al consultorio es muy baja. ¿La gente de la región desconoce este servicio? ¿Hace falta publicidad? ¿La gente no tiene confianza? ¿Las cuotas o el remedio son considerados como excesivos? Es evidente que se necesita investigar a profundidad esta situación.

Otros curanderos indígenas no participan en los encuentros regionales porque sospechan que sus saberes serán aprovechados por otros que van a obtener un provecho económico.¹⁰²

Algunos manifestaron su descontento porque algunos médicos indígenas que hablan bien el español, utilizan este manejo a su favor quedando como líderes de la organización, o bien, tomando para sí las mejores oportunidades de ir a encuentros regionales, nacionales e incluso internacionales.¹⁰³

Los insuficientes recursos materiales, que se expresan en carencia de un local propio, falta de vehículo, papelería y otras necesidades primordiales, han generado una dependencia externa que resta autonomía política a las organizaciones indígenas. Esto ha provocado un clientelismo institucional y una cierta competencia entre las oficinas gubernamentales, que se han “peleado” entre sí por ofrecer bienes y servicios, que por otra parte son muy limitados.

Para el caso boliviano, quizá el problema más agudo sea el divisionismo en las filiales que integran la Sobometra. Señalemos que esta sociedad está constituida por filiales en cada Departamento y que en su composición interna participan, desde un principio, una mezcla abigarrada de especialistas como médicos kallawayas, yatiris aymaras, vendedores de plantas medicinales, parteras, naturistas mestizos, acupunturistas chinos y otros.

Durante nuestro trabajo de campo, en 1992-1993, y luego en el 2005, nos informaron (y pudimos observarlos) varios procesos de conflicto que se manifestaron en confrontaciones directas, divergencias operativas, connatos de separación y otros antagonismos. Por ejemplo, algunos fundadores de la Sobometra se desincorporaron, por considerar que la agrupación se alejaba de sus objetivos originales. Los naturistas del departamento de Santa Cruz se separaron y crearon la Asociación de Naturistas del Oriente de Bolivia y lograron también su personería jurídica por resolución suprema. Los integrantes de Ceja El Alto formaron su propia agrupación, firmaron convenios con instituciones del gobierno, publicaron su revista y realizaron otras actividades que demuestran su independencia de la matriz paceña. Se dieron agudos conflictos internos en la filial de Tarija por el manejo de financiamientos provenientes del extranjero. La filial de Cochabamba se reestructu-

¹⁰² Esto mismo fue observado por la investigadora Zuanilda Mendoza entre los triquis de San Juan Copala (Oaxaca), quienes no quisieron asistir al congreso nacional de 1989 alegando que les iban a sacar sus conocimientos a cambio de nada (1994: 259-261).

¹⁰³ Esta información la pudimos verificar en varias reuniones donde aquellos que mejor se expresaban en español salían más beneficiados de las invitaciones para asistir a determinados cursos, seminarios, encuentros y congresos. Por supuesto esta tendencia es apoyada por las instituciones gubernamentales que encuentran en el indio “aculturado” a su mejor aliado y así crean una elite nativa de médicos indígenas con un cierto grado de control.

ró en tres secciones: kallawayas, naturistas y “alternativos”, cada uno puede elegir a su propio representante.¹⁰⁴

Con relación a los médicos kallawayas radicados en La Paz, el principal problema externo —señalado por ellos— es lograr su autonomía sectorial dentro de la Sobometra, tal y como ya lo han hecho los kallawayas cochabambinos que han creado su propia sección con una cierta autonomía.

Al considerar todos estos problemas, en el Tercer Congreso Nacional de Medicina Tradicional, celebrado en Santa Cruz (1992), se decidió convocar para 1993 a una asamblea extraordinaria con la finalidad de examinar la normatividad de la Sobometra, revisar y actualizar sus estatutos, garantizar el manejo transparente de los financiamientos externos, analizar la reestructuración de la agrupación para evitar las separaciones y crear una comisión disciplinaria con autoridad para dirimir controversias y resolver conflictos internos.

Desde una perspectiva externa a las organizaciones podemos señalar que en el caso mexicano (con la excepción de la más vieja y experimentada agrupación chiapaneca —OMIECH¹⁰⁵— que guarda una bien ganada autonomía) las organizaciones de médicos indígenas mantienen una marcada dependencia gubernamental.

En el caso boliviano, las filiales departamentales tienen —por la naturaleza de su heterogénea composición multiétnica— una intención unitaria y pluralista, que no se cumple en la realidad pues existe en la mayoría de ellas un claro dominio ideológico y administrativo de los mestizos. Como ya lo mencionamos en líneas previas, únicamente la filial de Cochabamba ha logrado construir una ejemplar igualdad de las secciones, así los kallawayas (con el liderazgo de un abogado de origen kallawayaya) han conservado fuerza, vitalidad y autonomía, pero siempre respetuosos de otras orientaciones curativas al interior de la filial.

Ambos movimientos coinciden en dos aspectos: son recientes (con menos de quince años de existencia) e inducidos por instancias externas a los propios médicos indígenas (instituciones de gobierno y agrupaciones reli-

¹⁰⁴ Consideramos que el “pecado original” en la constitución de la Sobometra fue considerar como “tradicional” todo aquel conocimiento y actividad curativa diferente a los saberes y curaciones desarrollados por la medicina académica occidental. Esto permitió el ingreso de todo tipo de prácticas subalternas de muy distinto origen sociocultural. Se creó una organización híbrida con un *problema conceptual* para definir lo “tradicional” y que se ha expresado en serias *dificultades operativas* para consolidar su proceso organizativo.

¹⁰⁵ Organización de Médicos Indígenas del Estado de Chiapas, fundada como asociación civil en 1985, con el antecedente de reuniones, encuentros y programas oficiales emprendidos por el INI, SSA e IMSS-COPLAMAR desde 1979 (Freyermuth, 1993:58-68).

giosas católicas). Difieren en cuanto a su composición étnica (en México es mayoritariamente indígena,¹⁰⁶ en tanto que en Bolivia intervienen bastantes mestizos e incluso están agrupados curadores chinos residentes en el país). También son diferentes en cuanto a la etapa que viven: los mexicanos se encuentran en fase de formación, consolidación y búsqueda de legalización, mientras que los bolivianos ya están con una legalización más o menos apuntalada y sus problemas tienen que ver más con aspectos operativos y de cohesión interna.

LAS MEDICINAS INDÍGENAS Y SU RELACIÓN CON LA CULTURA LOCAL

Prácticamente no hay separación entre las actividades de los médicos indígenas y el contexto sociocultural en que se desenvuelven. Existe unicidad e identidad en las manifestaciones culturales donde medicina, música, canto, danza, alimentación y la ritualidad conforman un solo cuerpo cosmogónico imposible de separar.

En las cuatro regiones investigadas pudimos observar reuniones indígenas donde hubo inseparabilidad de funciones. Por ejemplo, entre los yoremes, al efectuar la asamblea para elegir a los dirigentes regionales, arreglaron un “cuadro de honor” donde primero intervinieron los músicos mayores, pues ellos:

inician los ritos sagrados. [Luego] se cruzan lo musical y lo medicinal. La medicina depende de la música y la música depende de la medicina. (...) La cultura es sagrada. (...) El rito es la flor que nace del pensamiento, [es para] vanagloriar al Dios, [pues] Él comanda los siete cielos. La flor se trabaja con el *jit téberi* y con el músico mayor. (...) [El “cuadro de honor” está] formado por una parada de tres músicos, luego otra de tres músicos. Con la primera parada cuatro [danzantes] pascolas, con la segunda tres pascolas. Una parada de

¹⁰⁶ En algunas organizaciones de médicos indígenas se exige que sus miembros sean hablantes de la lengua indígena, pero esto no es generalizado e incluso hay individuos asociados que sólo hablan el español. Doña Chuy en Michoacán con aflicción señala: “En esta época —y me da tristeza— como que el idioma purépecha se va acabando. Ya toda la juventud, la niñez domina un poquito, no bien, intentan dominar el idioma español y van dejando el purépecha, y no está bien”. Una partera maya duda de su identidad étnica y reconoce que sus hijos “...ya no hablan maya”.

[danzantes del] venado con tres cantadores, un venado y un flautero (Mario Leyva, músico mayor).

Todo esto en un contexto sagrado pues en el “cuadro de honor” participan:

músicos, cantantes, danzadores, flauteros y médicos tradicionales que representan un conjunto de misterios del universo. (...) En el *canari* [se] representan ritos sagrados del universo a los cuatro puntos cardinales. La verdad y la sabiduría sobre la virginidad de los universos. (...) *Pascoòla* significa la virginidad del alma y la virginidad de los tres universos (...) Los tres repartidos como un solo Dios verdadero en los siete cielos que mora para dar la sabiduría y el respeto al Universo (Don Oscar, médico yoreme).

Después de la reñida elección vino la comida colectiva llamada *huacavaqui*, que se acompaña de jípocori, bebida elaborada con pinole, agua y leche.

Para no extendernos en demasía, resumiremos afirmando que en todos los eventos públicos realizados por los médicos indígenas de México y Bolivia se asociaron música, canto y danza tradicional, además de una comida especialmente elaborada para tal ocasión.¹⁰⁷



¡Ha sido la intención de estos dos capítulos presentar un panorama general de las medicinas indígenas que se practican en México y Bolivia, de su importancia y trascendencia, de sus alcances y limitaciones, de sus desarrollos y antagonismos. Con lo anterior entenderemos mejor su relación con los médicos académicos, con las autoridades civiles y eclesiásticas, y por supuesto, las causas, las razones y las finalidades de la legalización que se defiende en Bolivia y que ahora se demanda en México.

¹⁰⁷ En siguientes capítulos se observarán múltiples ejemplos de esta presencia pública y notoria de los médicos indígenas en los acontecimientos culturales, políticos y religiosos de sus respectivas comunidades.

CAPÍTULO 6

MÉDICOS INDÍGENAS Y AUTORIDADES SANITARIAS

En octubre de 1974, con el auspicio del obispado de San Cristóbal de Las Casas y el apoyo del gobierno estatal, se realizó el primer congreso indígena, que reunió a representantes de las cuatro principales etnias de Chiapas: tzotziles, tzeltales, choles y tojolobales. En el campo de la salud destacó la ponencia tzotzil que se enfocó a las relaciones entre la medicina indígena y la académica en las regiones indias. En su primera parte señala:

DOCUMENTO TZOTZIL SOBRE SALUD

Nos sentimos en una situación difícil.

Por un lado la medicina tradicional de yerbas y por otro la medicina de los doctores. (...)

Medicina del doctor

Los médicos están concentrados en las ciudades y nunca salen al campo. Ignoran la lengua tzotzil, no conocen nuestras costumbres y sienten gran desprecio por el indígena. En los

centros de salud nos tratan mal, no hay comunicación posible con el doctor; y así aunque sea muy buen médico no nos puede curar. Por eso no le tenemos confianza. Así mismo las enfermeras nos tratan como si fuéramos cosas. Por eso para nosotros la medicina del doctor es como si no existiera.

Los programas de salud no son realistas, pues no conocen nuestra costumbre y nunca tienen en cuenta la medicina de las yerbas. Un programa muy bien pensado que no lo lleva a efecto el personal preparado es inútil. Ni los médicos ni las enfermeras se preparan para tratar con nosotros. Si nos enfermamos somos de segunda categoría.

Además la medicina es muy cara. Es un negocio. A veces sólo tenemos dinero para pagar la ficha, pero no para la medicina. Se nos vende medicina mala o ya pasada que es ineficaz. Por eso nosotros no confiamos en la medicina de los doctores.¹⁰⁸ (Lozoya y Zolla, 1986:11-13)

Este fragmento de la declaración sintetiza de manera brillante la visión india de la práctica cotidiana de la medicina académica en el ámbito indígena chiapaneco, que bien puede ampliarse a otras regiones de la América indígena. No obstante, el tono de rechazo y desconfianza que sugiere el texto, los tzotziles no cierran por completo la puerta de la interrelación al señalar en las posibles soluciones la presencia de doctores comprometidos con los pacientes indígenas, “...que tengan el deseo de ayudar a sus semejantes”, que no se sumen a la discriminación habitual hacia ellos y que aprendan (y conozcan) sobre la medicina nativa para desarrollar una mutua colaboración e integrar ambas prácticas curativas.

Quince años después, los médicos indígenas tradicionales de México reunidos en el Segundo Congreso Nacional relatan resultados parciales de tal interacción donde:

no se tienen problemas porque mandamos a los enfermos a los médicos, ya sean del IMSS-COPLAMAR, INI, SSA, y otras instituciones, con las que tenemos relaciones (...) los médicos nos invitan a atender los partos en las clínicas y nos enseñan a trabajar con ellos.

¹⁰⁸ Tomado del libro *La medicina invisible. Introducción al estudio de la medicina tradicional de México*.

Hay lugares donde la relación es aún mayor, pues tenemos intercambios y reuniones con los médicos de las instituciones, dentro y fuera de nuestras regiones de origen (Declaración de Oaxtepec, 1992 [1989]:19)

Situación que contrasta con la exposición de conflictos:

No se nos reconoce cabalmente, ni se nos da la importancia debida. (...)

Tenemos problemas con los coyotes y caciques que nos multan por curar y muchas autoridades no nos apoyan, sino que nos critican que no sabemos nada.

En algunos casos no podemos lograr comunicación con los médicos y estos nos regañan por usar yerbas. En otras ocasiones nos sacan del parto y se lo adjudican o lo reportan como si ellos lo hubieran atendido.

También se da el caso de algunos médicos que nos visitan para que les enseñemos lo nuestro y ellos no nos enseñan nada (*ibid.*:19-20).

Un clarísimo ejemplo de posible usurpación de funciones oficiales y extorsión, por una supuesta autoridad de la Secretaría de Salud, es lo acontecido durante 1993 en el estado de Morelos, donde un individuo que se hace pasar por médico supervisor se presentó en el domicilio de un conocido médico indígena tradicional de Xoxocotla para exigirle 1800 nuevos pesos (aproximadamente 545 dólares) para que pudiera seguir ejerciendo sus curaciones, amenazándole de traer a la policía judicial. Por miedo, el anciano curandero le entregó 1400 nuevos pesos, y del coraje consecuente, días después presentó perforación de una úlcera gastroduodenal que ameritó intervención quirúrgica. El individuo le entregó un documento supuestamente oficial de la SSA, dándole permiso para la “Consulta y manejo de pacientes bajo aut.(orización) Federal” de acuerdo a la “Ley Federal de Salubridad”, que obviamente no existe.

La misma persona fue a Tetela del Volcán y engañó a otra curandera, que le proporcionó 500 nuevos pesos por concepto de multa debido a que ella constituía “una competencia para los médicos que han estudiado mucho”.

Estos y otros casos obligaron a los médicos indígenas tradicionales del estado de Morelos a volverse a reunir, constituir su organización y solicitar su registro e identificación en la propia Secretaría de Salud, obteniendo una credencial que los acredita como médicos indígenas, orientándoseles acerca de sus derechos y obligaciones, e informar de cualquier “médico” o autoridad que pretenda engañarlos.¹⁰⁹

En las siguientes líneas describiremos y analizaremos la información recopilada en nuestro trabajo de campo, iniciando con la posición de los médicos académicos que trabajan en regiones indígenas, para después exponer la perspectiva de los médicos indígenas tradicionales.

—Los médicos universitarios y la medicina indígena

Durante el trabajo de investigación en las regiones indígenas de México y Bolivia entrevistamos a nueve médicos académicos procedentes de universidades públicas. Todos ellos eran mestizos y ninguno manejaba el idioma de sus pacientes indígenas.

La mayoría originario del estado donde trabaja, excepto dos médicos mexicanos que son de la ciudad de México y el único informante boliviano quien nació en La Paz.

Salvo una doctora que ejerce de manera privada, todos los demás laboran como médicos en instituciones públicas desempeñando aparte de las funciones propiamente médicas, aquellas de tipo administrativo como directores de sus unidades respectivas. Dos de ellos dirigen hospitales regionales, otros dos operan clínicas con varios consultorios, tres controlan sus pequeños centros de salud y uno tiene a su cargo la supervisión de unidades médicas rurales.

Dos de ellos todavía no son médicos graduados. Uno está haciendo su servicio social y el otro ya lo ha concluido pero se encuentra contratado como “médico de área” en la provincia de Bautista Saavedra.

Es significativo mencionar que ninguno de ellos recibió en la escuela o facultad universitaria algún adiestramiento específico con respecto a la me-

¹⁰⁹ Ya se habían reunido en 1990 para comentar problemas regionales, incluido lo de “supervisores de Salubridad” que solicitaban ciertas cantidades de dinero para no denunciarlos a las autoridades judiciales, sin embargo no hubo consenso para el establecimiento de una asociación u organización gremial que se dedicara a la defensa y protección de sus intereses. En 1993 el gobernador estatal Antonio Riva Palacios prometió a los médicos indígenas la entrega de una identificación suscrita por la organización estatal y la Secretaría de Salud “para que tengamos la certeza de que esa identidad responde en la realidad a un médico indígena, no a un charlatán; a un médico indígena que sabe lo que va a hacer, que conoce la herbolaria y la medicina tradicional, y por ende es una garantía cuando realiza su trabajo”. Después de ciertas renuencias de las autoridades sanitarias del estado, se expidieron las credenciales en mayo de 1994.

dicina tradicional en general, ni tampoco indígena en particular. Sólo dos de ellos, al continuar sus estudios de posgrado en la especialidad de medicina familiar, recibieron algunas nociones de medicina tradicional.

—Programas institucionales de interrelación con la medicina indígena

Como ya hemos señalado en el tercer capítulo, a partir de 1982 el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) desarrolló una amplia y valiosa experiencia de interrelación con la medicina tradicional que constituye un hito en América Latina.

El programa se implementó primero en Chiapas (1983) y luego a nivel nacional, por lo que no resulta extraño que los médicos del IMSS entrevistados en Sinaloa, Michoacán y Campeche tengan una visión menos superficial de la medicina indígena, que se refleja en sus conocimientos, y sobre todo, en su comprensiva actitud hacia los terapeutas indígenas.

Prácticamente todos los doctores tienen conocimiento de la existencia de los médicos indígenas y sus especialidades, sin embargo, los que trabajan en los centros de salud operados por la Secretaría de Salud (SSA) en Carapoa y Campícuaro, su noción se restringe a las actividades de las parteras. Sólo los que trabajan en el programa IMSS-Solidaridad tienen una idea más aproximada del número de médicos indígenas en la región, aunque detectamos un leve a moderado subregistro en los censos que realizan.

El doctor de la SSA, en Campícuaro, afirma que son escasos porque “ya se está perdiendo esa tradición” y “al parecer curanderos ya no existen ahorita, quien sabe [si] por allí estén escondidos” e ignora que hay cerca de medio centenar de especialistas de la medicina tradicional en la cabecera municipal.

Descontando al par de doctores entrevistados en Tunkulchén y al médico pasante en Antara, el resto desconoce la existencia de las agrupaciones y organizaciones de médicos indígenas en su zona de trabajo. Es posible que en este hecho intervengan varios factores como el grado de acercamiento de las organizaciones hacia las instituciones de salud, la actividad de promoción y coordinación interinstitucional desarrollada por el INI, las políticas municipales emprendidas por las autoridades, entre otros.

En cuanto a la práctica y operación de programas institucionales específicos de interrelación con los terapeutas de la medicina indígena existen evidentes contrastes internacionales y al interior de nuestro país.

En Bolivia, hasta 1992, ninguna dependencia gubernamental —pese a la restringida legalización— mantiene algún proyecto particular a nivel nacional con respecto a la medicina aymara, quechua o de alguna otra pobla-

ción indígena del país. El Ministerio de Previsión Social y Salud Pública, el de Planeamiento, y el Fondo de Inversión Social (una institución similar al programa Solidaridad de México) mantienen convenios con la Sociedad Boliviana de Medicina Tradicional y otras organizaciones regionales de medicina indígena, pero ninguna de las dependencias de gobierno desarrolla un plan nacional, ni las instituciones de salud lo tienen, salvo contados y dispersos proyectos operativos.

Ello explica por qué el doctor en Bautista Saavedra, a pesar de estar en la provincia generatriz de los famosos médicos kallawayas no mantiene algún proyecto estatal de trabajo con ellos. Un compañero suyo, en otra comunidad kallawayas, por iniciativa personal —fuera de todo programa institucional— trabaja de manera coordinada con un médico kallawayas, habiendo establecido un sistema de referencia de pacientes. Según el doctor de Antara, los resultados son satisfactorios, aunque las autoridades sanitarias desconocen tales actividades, y él se muestra favorable a la apertura de consultorios contiguos en el centro de salud donde laboren doctores y médicos kallawayas (cada quien por su lado) y donde:

el paciente venga y consulte a quien él prefiera, pero al mismo tiempo tendría que haber una integración entre los dos médicos y ver las capacidades, las limitaciones que (cada) uno tiene y derivarlos a los pacientes o tratar al paciente en forma combinada.

En México sí existen —como ya hemos mencionado antes— programas especiales de interacción institucional con los médicos indígenas. El IMSS-Solidaridad, el Instituto Nacional Indigenista y la Dirección General de Culturas Populares mantienen proyectos que tienden a la promoción, desarrollo y ampliación de los espacios sociales donde se desenvuelven los médicos indígenas en las distintas regiones del país.

Contrastando con el resto de instituciones del sector salud (incluida la cabeza del sector, es decir, la Secretaría de Salud o SSA), el Instituto Mexicano del Seguro Social es la única que efectúa una aproximación más o menos sistematizada a la medicina popular e indígena de los grupos rurales del país.

Otras dependencias federales también tienen importantes proyectos definidos sobre la medicina indígena. Así, la Subdirección de Salud y Bienestar Social del INI participó con el IMSS-Solidaridad en el periodo 1982-1988 y, a partir de 1989, implementó un plan organizativo que en

lugar de trabajar y relacionarse con terapeutas aislados, se dio a la compleja tarea de convocar y estructurar grupos regionales de médicos indígenas en todo el país.

Con una perspectiva semejante, la Dirección General de Culturas Populares (dependencia del Consejo Nacional para la Cultura y las Artes) diseñó proyectos de apoyo a los médicos indígenas que están dentro de las zonas de influencia de sus unidades regionales.

Con estos antecedentes, los doctores del IMSS-Solidaridad en Sinaloa y Michoacán se encuentran al tanto del programa institucional. En cambio, el doctor de Tunkulchén, que pertenece al IMSS, en su régimen ordinario no tiene conocimiento del mismo y por tanto sus actividades de interacción se restringen al trabajo con las parteras en función del programa nacional de planificación familiar.¹¹⁰

Los objetivos explícitos del Programa de Interrelación con la Medicina Tradicional (PIMT, en adelante) son los de incorporar y coordinar las actividades de los médicos indígenas tradicionales a los planes institucionales del sector salud, sin embargo, un objetivo que no aparece en forma abierta es el control de esas acciones —en especial las desarrolladas por las parteras— en determinados programas de control de la natalidad. Como dice, con acierto y espontaneidad, uno de los médicos entrevistados, se trata de “**manejarlas en el aspecto materno-infantil**” para cumplir las metas de las instituciones de salud. Nosotros agregamos que también es para lograr el control reproductivo de la población rural como un objetivo político prioritario del Estado mexicano.

Así las parteras son censadas, adiestradas y citadas con regularidad, ofreciéndoseles medicamentos (sobre todo, anticonceptivos), materiales de curación y, de manera reciente, bonificaciones en dinero cuando realizan las actividades asignadas por la institución. El médico de Tunkulchén lo expresa con transparencia:

El IMSS... les da cuarenta mil pesos (...) por difundir la planificación familiar. [Es] el punto número uno y meollo del asunto. Nosotros les dotamos de pastillas, de preservativos.

¹¹⁰ El régimen ordinario es la entidad fundamental del IMSS que brinda prestaciones médicas y sociales a los trabajadores asegurados, quienes aportan sus cuotas junto con los patrones y el Estado. En el régimen de Solidaridad sólo se ofrece servicio médico y se supone que el usuario paga con trabajo comunitario su acceso al servicio. En el IMSS-Solidaridad funciona en diecisiete estados de la República (la mayoría con población indígena) y el financiamiento es absorbido por el Estado. Hasta ahora, el régimen ordinario (que funciona en zonas urbanas y suburbanas en todo el país) no maneja el programa de interrelación con la medicina popular-tradicional, por lo que su personal no está enterado de las acciones en zonas rurales, aunque algunas unidades médicas (como la de Tunkulchén) se encuentren inmersas en plena región indígena.

No damos inyecciones y no damos dispositivos [intrauterinos] porque esos los ponemos nosotros (...) [Las parteras] tienen una lista de ellas [las usuarias] y según el resultado de sus gestiones les pagamos. (...) Ellas reportan más de lo que hacen [pero] si tienen positividad extienden más nuestra red. (subrayado nuestro)

En estos términos, las parteras constituyen el único segmento de especialistas de la medicina indígena que percibe algún tipo de prestaciones y que en realidad corresponden a un control *directo* hacia ellas e *indirecto* a la población campesina que atienden.

Otro objetivo implícito es la modificación de sus saberes y prácticas, sobre todo cuando están enfrentados al conocimiento considerado “único” y “verdadero” de la ciencia médica occidental. El PIMT propone respetar la cultura médica popular (Lozoya, 1988:18-19), pero en los hechos concretos, los médicos insisten en la invalidez parcial o total de algunos recursos y tratamientos.

Hay una evidente contradicción entre lo que *plantea* el PIMT, lo que *dicen hacer* los doctores que lo aplican y lo que *realmente sucede* en la interacción. Se habla del respeto a las tradiciones (“tratamos de no influir” y “que no abandonen sus prácticas”) pero en los cursos, seminarios, encuentros y otros eventos, los doctores proponen mediante la capacitación o el adiestramiento de los curanderos una “reorientación” en la forma y contenido de su *praxis* y sus conocimientos.¹¹¹

Así, el director del hospital de campo en la región purépecha menciona que:

El programa más que nada es de reorientación en algunos aspectos es tratar de determinar junto con ellos los casos de peligro. Por ejemplo, a un sobador le enseñamos a determinar cuando existe el peligro de compromiso de una fractura, una luxación; entonces le tratamos de orientar cuando sí debe de sobar y cuando tenga duda nos lo envía.

Una persona que cure de espanto o que levante la molla, le tratamos de enseñar los signos de deshidratación,

¹¹¹ De todos modos, no podemos ni debemos de considerar a las medicinas tradicionales e indígenas como una fuente inamovible de conceptos, creencias, usos y saberes, pues su condición *sine qua non* es la del constante cambio. En nuestro trabajo sobre el curanderismo urbano en la Ciudad de México demostramos que el binomio tradición/invariabilidad es una falsa relación pues las medicinas tradicionales se encuentran en continua renovación debido a factores internos y externos, que conducen a un proceso altamente dinámico de transformación (Campos-Navarro, 1990:589-598).

tratarle de orientar sobre la rehidratación oral preventiva y curativa o la detección de signos de alarma (...)

Tratamos de reorientar; lo que tratamos de hacer es no influir mucho en las tradiciones de acuerdo a sus valores, tan solo les enseñamos a detectar lo peligroso en el tratamiento de ellos. [Si] tratamos de influir, casi les estaríamos quitando su modo de vivir y le estaríamos quitando lo que ellos tienen como valor, creencia o tradiciones.

Con respecto al empacho, hay muchas personas que acuden con ellos y ellos no logran entender, nunca van a lograr entender el mecanismo que existe para el empacho, pero si le enseñamos al terapeuta a que determine si existe una deshidratación o no, o de que tipo se trata la enfermedad (subrayados nuestros).

Pese a ello, es indudable que el programa diseñado por el IMSS constituye un significativo esfuerzo por tratar de interactuar en forma positiva con los terapeutas indígenas.

Con una marcada diferencia, los doctores entrevistados, que pertenecen a la SSA, señalaron la carencia de un programa global y específico con respecto a la medicina indígena. Igual que el resto de instituciones sanitarias, lleva a cabo el programa nacional de planificación familiar donde se hace participar a las parteras ofreciéndoles capacitación gratuita, entrega de material para la atención de los partos y la exigencia de que entreguen un informe mensual de las actividades realizadas por ellas en la vigilancia materno-infantil, con énfasis en la atención y empleo de los métodos que utilizan para el control reproductivo de las mujeres atendidas.

El mejor ejemplo de esta disparidad institucional es la del doctor de la SSA entrevistado en Campeche, quien antes trabajó como director de un hospital del IMSS-Solidaridad en el mismo estado:

Sí, sí hay mucha diferencia. Por ejemplo, en el IMSS-Solidaridad (...) hay programas de medicina tradicional, de parteras empíricas y de todo lo que esté en cuestión en la funcionalidad de sus programas en torno a una comunidad. Y sí tienen una política definida en ese sentido.

En cambio en Salubridad [Secretaría de Salud], no hay eso. Aquí básicamente se espera a la gente que llegue (...) no hay esa continuidad en los programas.

Según el doctor (y estamos de acuerdo con él), la desigualdad está determinada por la diferencial infraestructura económica que maneja cada institución. El fuerte apoyo financiero al IMSS–Solidaridad se refleja en la solidez administrativa, la regular calidad de los servicios médicos y la aplicación de los diversos programas que brinda a las comunidades donde establece sus unidades.

Con respecto a la medicina privada, la doctora, que trabaja para el dispensario parroquial de Campícuaro, señala la inexistencia de un programa concreto de interrelación con los médicos indígenas, que más bien es una función de las autoridades sanitarias.

Ella en lo particular está a favor del adiestramiento de los médicos indígenas, en especial de las parteras. Sugiere una capacitación que respete sus creencias y valores; sin embargo, en la práctica su meta principal es la introducción de los fundamentos de la medicina científica por encima de cualquier conocimiento popular.

Precisamente por esta forma de trabajo es que la doctora ha tenido un choque con varias curanderas de la localidad, hecho que se describirá más adelante.

Vale la pena considerar que todas las instancias gubernamentales en México aquí mencionadas, de una u otra manera participan con un *reconocimiento institucional* (oficial pero no legal) a la medicina indígena y que se expresa en la entrega de medallas, constancias, diplomas, credenciales y otros apoyos, incluso financieros. La finalidad es “**hacerlos sentir que forman parte del equipo [de salud]**”. Posición que difiere de políticas sanitarias precedentes, que consideraban al curandero como un temible enemigo de la salud pública.¹¹²

Otro dato que importa referir es el acercamiento y distanciamiento entre las instituciones gubernamentales con respecto a los médicos indígenas y sus organizaciones. En general se mantiene una política clientelar por cada institución.

En el norte de Sinaloa existe entendimiento entre las autoridades del INI y el IMSS-S, pero es mínima o ausente con respecto a la SSA. En Michoacán

¹¹² Recuérdese las campañas en contra de los curanderos durante las décadas de los treinta y sesenta que aparecen descritas en el capítulo 3 de esta obra.

ejercen con paralelismo sus funciones con moderados contactos interinstitucionales (**“tratamos de llevar buenas relaciones para podernos coordinar y ya nos solicitamos apoyo, pero cada quien trata de abarcar lo que le corresponde. Cada uno trata de cumplir su programa...”**), dice el director del hospital del IMSS-Solidaridad).

En Campeche hay cooperación entre las autoridades municipales, el INI y la Secretaría de Salud estatal, a tal grado que se tenían planes para erigir un hospital mixto donde atendieran doctores y médicos indígenas según la demanda de los usuarios, quienes elegirían el tipo de consulta deseada.

Durante 1992 se constituyó un comité interinstitucional de apoyo al Consejo Nacional de Médicos Indígenas Tradicionales, que desgraciadamente no maduró, dejándose a la “buena voluntad” de las instituciones el manejo de sus respectivos planes de trabajo con los médicos indígenas.

Ninguno de los doctores entrevistados mencionó problemas concretos con los médicos indígenas, excepto el de Campeche que trabaja en el IMSS (régimen ordinario), quien refiere malestar porque las mujeres indígenas embarazadas asisten a vigilancia prenatal con los doctores, pero al final se atienden con la partera maya, **“y el trabajo que nosotros hicimos para controlar el embarazo se viene abajo”** y luego cuando ella no puede resolver el parto por alguna complicación envían a la enferma al centro de salud u hospital, pero con mayor agravamiento. En este mismo sentido, se queja de los hueseros que no detectan una fractura, que soban al paciente, **“lo terminan de estropear y ya vienen con el médico a un servicio hospitalario”**.

Esta pugna nos conduce a comentar el sistema de referencia de enfermos de unos a otros. Por lo general, el doctor piensa que los pacientes se le deben enviar a él en última instancia, siendo excepcional la posición contraria. En otras palabras, el doctor —de modo unilateral— plantea que la referencia y envío de enfermos debe ser hacia la medicina moderna u occidental, y muy pocos piensan que también el doctor puede y debe enviar a pacientes a los médicos indígenas. Esto nos demuestra la desigualdad manifiesta entre los diversos practicantes y el grado de subordinación de unos con otros.

Sin embargo, tenemos documentados algunos casos en que el doctor no ha podido solucionar la enfermedad de algún paciente y lo ha canalizado personalmente con el médico indígena. Una doctora del IMSS-Solidaridad en Sinaloa relata la siguiente experiencia:

Yo tuve [un enfermo con] una dislocación de mandíbula y por mi inexperiencia —eran las diez de la noche— le estuve dando masaje y no pude resolver el problema.

—“¿Sabe qué? Vamos con don Pancho.”

Un curandero reconocido. Fuimos con él.

—“[Don Pancho] me interesa ver cómo lo va a hacer.”

—“¡Sí, cómo no, doctora!”

Empezó, hizo la maniobra [de reducción] e inmediatamente estuvo bien el señor.

Entonces se siente uno bien mal (...) él [Don Pancho] se sintió bien por que yo lo ocupé, y a la vez, yo aprendí de él.

En la mayoría de los casos son los mismos pacientes quienes hacen un empleo complementario de los servicios institucionales y curanderiles, generalmente sin enterar a los doctores de tal decisión. No obstante, al joven médico de la SSA en Carapoa sí le han comentado:

“¡Yo fui con el médico y no me curó! ¡Estoy espantado y no me curó! Me dio un antidepresivo, un ansiolítico [y] ¡No me curó! Y aquí me sobaron la tripa [los curanderos] y me alivié”

No es de extrañar que este doctor sepa del “espanto” y de la “sobadura de la tripa”, puesto que él es originario de la región y en su niñez sufrió de una fortísima impresión que sólo se pudo resolver con la intervención del médico indígena.¹¹³

¹¹³ Su relato es el siguiente: “Cuando yo estaba pequeño —tenía unos seis o siete años— andábamos un día 24 de junio en el río Carapoa, y siguiendo una pelota playera me hundi y me hundi y me andaba ahogando y no podía salir. Yo miraba muy bien que me levantaba, me levantaba y cada vez no salía; salí una vez, dos veces, y ya después no pude salir a la superficie. Entonces me sentí muy mal, me sentí que me miraba en el féretro, velándome allí en mi casa, o sea ¡muy feo! Y vi cuando venían dos personas corriendo dentro del agua, unos primos hermanos, (quienes) me sacaron.

Me repuse en ese momento pero en la tarde no podía dormir, en la noche tremendamente... o sea tenía una depresión nerviosa tremenda, no podía conciliar el sueño para nada.

—¿Qué pasó? —mi mamá me dijo— mañana te vamos a llevar a que te soben la tripa. Estás asustado.

Entonces en ese momento yo dije: “Sí me hace falta”. Yo creo sí me hace falta porque me sentía mal. Me sentía malísimo, muy mal, muy deprimido.

Al día siguiente fui con una señora llamada Alejandra —no se si viva todavía— pero con una sobada que me dio en el epigastrio.

—Sí estás asustado.

Y con eso ya me pude sentir bien. Según mi mamá me iba a sentir bien y yo le creía a mi mamá y escucho a todos allá en mi casa que con eso te vas aliviar (...) pero eso sí me pasó que me dijeron:

—Te van a sobar. Estás asustado y te vas a sentir muy bien.

—*Percepción de la legalización de la medicina indígena*

Como ya se mencionó en el tercer capítulo, la Ley General de Salud vigente en México desde 1984 modificado en 2006 (como se plantea en el Capítulo undécimo) únicamente autorizaba a los doctores egresados de escuelas para ejercer la medicina.

Todos los doctores que entrevistamos desconocían este mandato legal e ignoraban que la práctica de los médicos indígenas constituía una actividad ilícita, aunque unos pocos sí estaban enterados de las demandas de legalización que expresan las organizaciones indígenas.

En Bolivia, donde la legalización parcial data de 1984, se conoce el hecho, pero aún falta su operatividad en niveles regionales y locales. Un equipo de supervisión distrital dependiente del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública que realizaba su labor técnica y administrativa en la provincia de Bautista Saavedra reconocía que la legalización era una decisión política y que al no existir normatividad ministerial no había aplicabilidad en los niveles operativos, pudiéndose considerar como “ilegales” a los curanderos que no estuviesen registrados en asociaciones u organizaciones del tipo de la Sobometra.

—*Legalización favorable*

La totalidad de los informantes doctores afirmó su acuerdo con la posible legalización de la práctica curativa de los médicos indígenas de México.

Se le califica de opción prudente, conveniente, aceptable y positiva, aunque algunos manejaron ciertas reservas prefiriendo una aceptación legal limitada en cuanto a la profesionalización, es decir legalizarlos pero “no como profesionales”, que acepten cuáles son las limitaciones de su práctica curativa y que sean capacitados, supervisados y controlados por las autoridades de salud.

El doctor de Antara también está a favor de la legalización de la medicina indígena que ya se ha realizado en su país, pero advierte la presencia de modificaciones en la práctica de la medicina kallawayá relacionadas con el mercantilismo, más observable en las calles de la capital.

Entre las ventajas percibidas se encuentran el reconocimiento social-comunitario implícito en la legalización (“**no tenemos el derecho de limi-**

¡Pus cual! me palparon aquí en el epigastrio con vaselina y ya me pude sentir muy bien. O sea, es un problema, de ese tipo de problemas (que) si los atacan, los curan ellos (los curanderos indígenas), ellos los curan.

Sí hubo una eficacia por que trabajan con la gente misma, que son de su misma condición, definitivamente sí. Yo recuerdo que decía (la curandera):

—Sí, se andaba ahogando. Pobrecito.

Al día siguiente ya no fui yo, ya me sentía bien. Sí definitivamente fue un cambio radical. Yo me sentía muy mal y al día siguiente ya me sentí bien. Sí, yo lo acepto: me sentí muy bien después de que me hayan sobado, que me hayan palpado el abdomen”.

tarlos, ni de poner leyes [porque] de alguna manera están haciendo una cosa positiva para sus comunidades”), la cancelación de la práctica oculta y clandestina, el decremento en la proliferación de falsos o supuestos médicos indígenas, la aceptación de sus limitaciones técnicas como curadores, el fortalecimiento de las actuales organizaciones de médicos indígenas, y la facilidad para lograr que los terapeutas sean adiestrados, capacitados (y por supuesto, vigilados, controlados y supervisados) por las autoridades estatales del sector médico-sanitario.

Sólo dos médicos universitarios expresaron desventajas de la legalización: por un lado las limitaciones técnicas en su práctica curativa, y por el otro, la comisión de posibles iatrogenias.

—Legalización diferencial

En lo que sí hubo consenso general entre los informantes es que la legalización no debe de abarcar a todos los especialistas de la medicina indígena. Sí deben ser incluidos en el proceso de legalización las parteras, los yerbateros, los hueseros y sobadores, los curadores de rabia, no así a los practicantes del espiritismo y de la llamada “magia negra”, los brujos y hechiceros.

Es decir, que la legalización comprendería a todos aquellos terapeutas con una actividad técnica poco ideologizada, mientras que aquellos que recurren a recursos rituales con alto contenido ideológico quedarían excluidos. Nótese la estrecha semejanza de afinidades y antipatías de los médicos académicos y sacerdotes católicos, quienes aceptan bien a los curanderos en cuanto al uso de recursos herbolarios y técnicas manuales, pero expresan un rotundo rechazo a las ignoradas y poco conocidas prácticas curativas ceremoniales.¹¹⁴

—Incorporación legalizada

Todos están de acuerdo que los médicos indígenas deben ser incorporados al sector salud, aunque se visualizan ciertos problemas operativos; por ejemplo, si la integración significará pagarles un salario, cómo apoyarles con materiales de curación, qué tipo de relaciones se establecerán pues la dicha incorporación implicaría una mutua responsabilidad y obligatoriedad de las partes, las formas específicas de control que las autoridades sanitarias impondrán, entre otras cuestiones. Aparte quedarían las formas para zanjar las diferencias teóricas, conceptuales y prácticas sobre el origen y tratamiento de enfermedades reconocidas y no reconocidas por la medicina académica.

¹¹⁴ Véase más cercanamente esta similitud en el capítulo 8 que describe las relaciones entre sacerdotes y médicos indígenas.

—*Subordinación obligatoria*

Al preguntarles su opinión sobre la vigente Ley de Salud del Estado de Chiapas, que admite a los terapeutas indígenas como auxiliares de salud y no como médicos indígenas,¹¹⁵ la mayoría de los médicos académicos se mostró conforme con tal resolución, aceptando el papel secundario y subordinado que los curanderos deben de tener: “...el tratar de incorporar al personal indígena, propiamente a los médicos tradicionales a los programas de salud institucionales, sí sería para darles más promoción... a nuestros programas”, hay que “manejarlos”, tenerlos controlados. No obstante, algunos doctores (uno de Sinaloa, otro de Campeche y el de Bautista Saavedra) expresaron que no se les debe de menospreciar y que deben ser reconocidos por lo que son y lo que representan en sus comunidades; en este sentido las relaciones con los médicos no deben ser de subordinación sino de plena coordinación.

Los médicos indígenas y la medicina académica

Un 85% de los informantes médicos indígenas relatan inexistencia de problemas con los médicos académicos, e incluso una tercera parte de los curanderos menciona buenas y hasta excelentes relaciones. En cambio, unos cuantos refieren diferencias y conflictos. En las siguientes líneas detallaremos estos aspectos.

Relaciones positivas con los médicos académicos

En las entrevistas con los médicos indígenas destaca la percepción neutra y positiva de su coexistencia e interacción con los doctores, variando desde un lacónico “no he tenido problemas”, hasta una fervorosa expresión de “muy a todo dar” enunciada por una partera yoreme.

No es de extrañar semejante entusiasmo, pues es precisamente el grupo de las parteras que han sido capacitadas y adiestradas por los doctores donde observamos el establecimiento de óptimas relaciones.

La asesoría directa, el apoyo técnico, la seguridad laboral y el sistema de referencia de pacientes con alguna complicación que los médicos indígenas no han podido resolver, dan como resultado una relación de confianza (y dependencia) hacia los médicos profesionales.

Una partera dice que:

¹¹⁵ Véase detalles en el capítulo 3.

“[los doctores] todo el tiempo me han prestado apoyo para enseñarme lo que yo no se. Ellos me lo enseñaron y por eso nunca se me ha muerto alguien en atender parto (...) Ellos me han dicho como se ponen las inyecciones (...) Me siento bien porque me siento con mucho apoyo de ellos”.

Una curandera de Michoacán refiere que:

“...tenía un doctor que era un amigo completamente, porque él me enseñó a probar si una persona podía adaptarse con la penicilina o si tenía diabetes. Ese doctor de Paracho me decía todo, si tiene diabetes y todo eso y así en lugar de tener distanciamiento he tenido amigos doctores”

Ella misma relata que en la Secretaría de Salud le dieron orientaciones acerca de la prevención, reconocimiento y tratamiento del cólera.

Otra más reconoce que su relación con los médicos le brinda una mayor seguridad a su práctica cotidiana.

Como ya lo señalamos con anterioridad, uno de los puntos sobresalientes en la interrelación de ambas medicinas es la relativa a la referencia de enfermos de un sistema a otro.

Por lo general se trata del envío de pacientes atendidos por el curandero hacia el médico académico, siendo lo contrario la excepción. Es más notable en el campo de la obstetricia, donde las parteras remiten a las enfermas con alguna complicación del parto. La partera yoreme entrevistada en el norte de Sinaloa señalaba que:

Cuando yo tenía un problema con las parturientas, lo que no podía atenderlo allí en la comunidad, yo me las llevaba a las clínicas... para prevenirme yo y prevenir al enfermo.

En Michoacán, otra partera señala que en partos difíciles, cuando:

yo no puedo atenderlo, me voy rápido con un doctor (...) En el Seguro [Social] me han dado permiso de entrar allí con los pacientes, para cuando menos ver como las van atender (...) y uno pueda tener otra poca de experiencia en lo que uno no sabe.

Una más de origen purépecha reconoce que:

cuando veo mis trabajos así difíciles, lo mando con el médico. No me hago responsable. Cuando veo que viene el parto difícil le digo a los familiares: “Mira, aquí no se puede. Vaya donde está la clínica”.

En Campeche algunas curanderas han logrado recibir una ayuda extraordinaria, tal es el caso en Tunkulchén, donde una partera consigue hasta un medio de transporte para sus pacientes:

Cuando hay un parto que no puedo atender, mandó un papelito y en el Seguro [Social] enseguida [el doctor] manda una ambulancia.

Sin embargo, no sólo las parteras plantean una adecuada y oportuna referencia de enfermos, también otros especialistas indígenas están de acuerdo en el envío de pacientes con problemas complicados. El dirigente de los médicos indígenas con sede en Pátzcuaro confirma que ellos no tienen inconveniente para el envío a las instituciones de salud: “...no tenemos miedo de pasar un paciente por esa parte”.

Con humildad, los médicos indígenas mayas reconocen sus limitaciones técnicas, y encontramos pasajes en las entrevistas donde ellos aceptan esa condición:

“Hay veces que yo no lo curo, entonces se le mandan [los enfermos al médico del IMSS-Solidaridad]”, “una cosa que no puedo, voy con ellos”, “Si una enfermedad, [por ejemplo] una calentura no puedo bajarla, ¡Vamos con el médico!”, “Yo he tenido tres casos, pero no les doy nada. Porque desde que yo los miro y los veo en tal forma, les digo: ‘¿Sabe qué? Yo no les puedo dar nada pero no quiero que me lo dejen acá. Lo que quiero es que me lo pasen a Mérida o a Campeche, donde tengan más facilidad de manejarlo, pero que sea un médico, [y] que sea de competencia”, “suele haber un caso como de apéndice, (...) de la vesícula biliar, que necesitan cuchillo” y “[si el hueso] está quebrado, está muy malo, envío con los médicos...”

Muy de vez en cuando sucede el movimiento contrario, es decir, que un doctor envíe algún enfermo con el médico indígena. En la misma zona maya de Tunkulchén relatan que algunos doctores suelen enviar pacientes embarazadas para que las parteras les “tallen” o acomoden el producto fetal mediante masajes externos. Una de las parteras —con orgullo y sabiduría— comenta: **“Los médicos lo tienen estudiado, más no lo tienen practicado. El estudio lo tienen, pero [en] el trabajo todo lo dice la práctica, el conocimiento está en la práctica”.**

En varios entrevistados —casi todos directivos de agrupaciones médicas indígenas— el tema de la relación con los doctores condujo de manera espontánea hacia el asunto de la coordinación, integración y complementariad de los diversos sistemas médicos en sus zonas de trabajo. En todos ellos domina el anhelo de lograr una comunicación amplia e igualitaria con los doctores y las instituciones oficiales de salud.

Por ejemplo, los médicos yoremes de Sinaloa proponen un mutuo esfuerzo de aprendizaje y de reconocimientos: **“Cuando yo no conozca lo que tú conoces, ¡enséñame! Y yo te voy a enseñar otras cosas que tú no sabes”.** La presidenta de la organización regional afirma que:

...sería muy bueno tener de las dos medicinas, de patente y de la medicina tradicional, unidas, porque si no se alivia [el enfermo] con una medicina, se alivia con la otra. No estar divorciados.

Para un gobernador tradicional, quien es además sobador, no hay la menor duda acerca de las ventajas de la interacción:

¡Nos conviene [la coordinación]! Porque el médico de ciencia que no pueda combatir la enfermedad, él da toda la facultad para que un médico tradicional participe en su obra para favorecer un paciente. Y el médico tradicional que por urgencias o algo no pueda ponerle mano a un paciente, prácticamente lo pasa a un centro de salud.

Para los médicos purépechas, la coordinación con las instituciones de salud es un objetivo primordial, doña Raquel —una activísima dirigente de la Organización de Médicos Indígenas Purépechas (OMIP)— asevera su disposición para colaborar con el IMSS, la SSA y otras dependencias porque **“nos**

gusta trabajar con ellas” e igualmente señala su determinación para ampliar y consolidar las relaciones con los grupos universitarios procedentes de Morelia y de la ciudad de México que vienen asesorando sobre la recolección y conservación de plantas medicinales e investigando sobre las mismas. Sin descuidar la enseñanza que ellos brindan a los maestros y médicos pasantes que laboran en las regiones rurales del estado.

En Campeche, los médicos mayas que residen en Tunkulchén manifiestan que su trabajo es importante porque en ocasiones los doctores no atienden en las noches e incluso de día a veces cuesta trabajo hallarlos porque no se les encuentra en sus consultorios debido a que desarrollan actividades administrativas del municipio.¹¹⁶ Una curandera relata su punto de vista acerca de la complementariedad curativa:

Si voy a trabajar a nivel de amistad con un médico, para mí no hay ningún problema. Es hasta más bonito porque si uno no sabe aquello, un médico te puede ayudar. Y si el médico no sabe salir adelante de un caso, pues nosotros también podemos darle una pequeña ayuda.

Otro terapeuta indígena refiere que:

...un enfermo que no cura (con) herbolaria, [la medicina] de patente cura. Lo que no cura el patente, el medicamento moderno, cura el tradicional. Se ayudan.

Además de que existen nosologías especiales que cada sistema médico atiende con una mayor eficacia, pues:

...hay enfermedades que no son para nosotros. También los médicos, hay enfermedad que no son para ellos.

Cabe resaltar que en la relación con las instituciones oficiales, los médicos indígenas perciben diferencias con respecto a sus políticas sobre la medicina indígena, el IMSS-Solidaridad es la dependencia más renombrada en comparación con la Secretaría de Salud. Dato que coincide con los programas ope-

¹¹⁶ El presidente municipal es médico, y se ha rodeado de un grupo de ayudantes también doctores, quienes realizan labores burocráticas de lunes a viernes, relegando su actividad profesional a horarios poco accesibles a los enfermos y sus familiares.

rativos que cada institución maneja a nivel rural. Con los médicos privados la relación es referida como aislada y ocasional.

Con respecto a Bolivia, los médicos kallawayas valoran el avance de la medicina moderna y plantean la complementariedad de prácticas curativas. Uno de los más renombrados manifiesta:

¿Por qué no? También en casos se puede ocupar medicinas farmacéuticas para cooperar [en la lucha contra las enfermedades]. Yo estoy de acuerdo, de pleno acuerdo que yo puedo trabajar con los médicos [con] tantos años de estudios. Prácticamente nosotros no somos teóricos, en tanto que los profesionales son teóricos, han estudiado mucho.

Don Antonio, el querido y respetado anciano kallawayaya, admite la necesidad de las intervenciones quirúrgicas en ciertos casos patológicos.

Por otra parte, los dirigentes de la Sobometra —algunos de ellos de origen mestizo— mencionan relaciones que han ido mejorando y fortaleciendo. Una de las principales metas de la agrupación es la búsqueda de integración y complementariedad con la medicina académica. El ex-presidente de la Sobometra dice:

Para mí las dos medicinas tienen limitaciones (...) tanto la medicina kallawayaya tiene limitaciones como la medicina académica. Los kallawayas no pueden operar un abdomen agudo, una apendicitis, úlceras perforadas. Eso hay que hacerles cirugía. Los médicos no podemos curar el asma con cierta facilidad, y el dolor de huesos, la poliglobulia, entonces con la medicina natural el kallawayaya puede curar con más conocimiento. Por eso estamos buscando la integración, la complementación de las medicinas. Ese es nuestro objetivo principal.

Más adelante concluye: “...lo mejor es la incorporación, la integración”.

—Diferencias y conflictos con los médicos académicos

Las diferencias son de dos clases: aquellas que pueden considerarse como menores, pues no implican a terceras personas, y las mayores donde interviene alguna autoridad civil o policíaca.

—*Conflictos menores*

Aparecen por estricta frecuencia: ciertas prohibiciones, las discrepancias conceptuales referentes a los síndromes y rituales culturalmente delimitados, la unilateralidad en el envío de pacientes, las acusaciones informales, que involucran competencia profesional y el ejercicio de actividades hechiceriles, las críticas y opiniones emitidas por médicos académicos, con un sentido despreciativo hacia sus colegas indígenas, y por último, la percepción de distanciamiento e incomunicación.

Entre las prohibiciones destaca el impedimento para poder ejercer la actividad curanderil en general, o bien dejar de hacer determinados procedimientos que de manera ancestral se acostumbran.¹¹⁷ Un huesero de Michoacán relata que una enfermera le dijo que: **“...no podía andar haciendo esas cosas porque no tenía permiso. Que me iba a meter en un problema pesado”**. Sin acobardarse él respondió que era su responsabilidad: **“Mi obligación es servirle [al enfermo] cuando hay la necesidad, haiga permiso o no haiga, pase lo que me pase. Yo viendo la necesidad, yo le hago [el tratamiento]”**.

Una doctora en Campeche se opuso inicialmente al trabajo del *h'men* de la localidad, alegando falta de permiso, sin embargo al percatarse que él atendía enfermedades que ella no sabía curar, hasta **“...sus hijos trae ahora para que [yo] los cure”**. Otra curandera maya menciona que los doctores aconsejan a los pacientes que no asistan con ellos y **“...en ese caso es que las señoras temen”**.

Otro obstáculo fue el enfrentado por los miembros de la OMIP, quienes después de conseguir en Pátzcuaro un céntrico local para sus diversas actividades, fueron visitados por médicos de la Secretaría de Salud (SSA) que quisieron oponerse a que colocaran un letrero que informara de los servicios que ofrecía la OMIP. Nos comenta doña Raquel que los del centro de salud **“...querían quitar el anuncio porque ellos pensaban que nosotros habíamos de quitarles a sus enfermos (...) y pues sí luchamos en que no se quitara ese papel (...) [y] poco a poco se fueron ablandando”**. Es probable que también influyera las relaciones previas de la agrupación con los funcionarios del Instituto Mexicano del Seguro Social, pues según otro directivo la idea del letrero provino de estos últimos:

¹¹⁷ En las conclusiones del Primer encuentro de médicos indígenas de la Sierra Norte de Puebla (abril de 1990) se anotó que: **“Los médicos universitarios no nos dejan curar como acostumbramos, algunos de nosotros chupamos al enfermo y ellos nos dicen que nos podemos enfermar”**

- ¿Porqué no ponen un letrado allá arriba en el barandal?
- No, por que siempre...tenemos miedo por los médicos. No quieren...
- ¡No, hombre! ¡Esa no es ofensa! Al cabo ya todo el mundo los conoce a ustedes. Usted no está haciendo mal porque allí está un grupo de los médicos tradicionales. ¡Pongan un letrado!
- No. Pues sólo que ustedes vengan a poner...
- [Si preguntan] ¿Quién puso?
- El Seguro [Social].
- ¡Ah, cabrón! ¡No vamos a quitar!

Por lo que se refiere a las discrepancias conceptuales relativas a los denominados síndromes culturalmente delimitados, en todos los lugares de México y Bolivia donde realizamos trabajo de campo encontramos la relevancia de la especificidad curativa del médico indígena, frente a la que desarrollan los médicos académicos. Tal especificidad reside en el conocimiento y manejos de dichos síndromes.

Para el curandero indígena es rasgo de distinción (e incluso superioridad) el conocimiento amplio y profundo de enfermedades como el susto, el empacho, la caída de mollera, el mal de ojo o la hechicería, entre otras, y de procedimientos rituales ligados a su concepción sagrada de la naturaleza.

Es precisamente esta diferenciación la que ha acarreado conflictos, pues se trata de nosologías y conceptos que no son aceptados y reconocidos como tales por los médicos “de bata blanca”.

Por ejemplo, la doctora particular en Michoacán es delatada por los curanderos por su actitud poco comprensiva e intolerante hacia las creencias tradicionales:

Cuando vino aquí [a una junta comunitaria] dijo:

—No. Es que a mi me llevan a los niños a curar ya cuando están muriéndose. ¿Por qué andan allí con sus brujerías? Andan allí con esas mujeres que curan que de empacho, que de la mollera caída, que de... ¡y eso no existe! ¡No es cierto!

Y pronto respondió una por allá:

—¡Pos aunque usted no crea, pero sí es cierto!

Y se enchiló bien feo la doctora y jamás volvió aquí a las reuniones estas. Esa doctora no es de aquí, pero su esposo es de aquí, aquí se casó (...)

Ella no está de acuerdo. Ella dice que no existe nada de eso (...) que es pura superstición.

—Bueno que así sea.

Y se salió de la junta. Se molestó porque eso no le pareció.

Otra señora añade:

Del empacho dice que [el enfermo] tiene una infección. [La doctora] va a creer que uno está medio idiota [es decir, loca].

Cuando entrevistamos a la doctora en su consultorio, ella relató que efectivamente en el pueblo aún persisten costumbres y creencias ancestrales, muy difíciles de modificar:

...aquí a nivel rural es muy arraigado y hay gentes que sí yo se que curan de mal de ojo. Sí mucho, mucho [creen en esas cosas]. Inclusive uno tiene que a veces valerse de eso para (...) inmiscuirse en sus cosas, comunicarle a la persona de una manera que no sienta rechazada sus creencias.

Vienen aquí [al consultorio] por una gastroenteritis — para mí eso es el mal de ojo— entonces ellos dicen: “No, pues es que tiene mal de ojo, pero yo nada más quiero decirle que ya le he limpiado de ojo” o “¿Sabe qué? No me le dé medicina, pues primero voy a curarle de mal de ojo”.

Entonces necesita uno no chocar con la gente. Yo le digo: “Mira, corre y ve y cúrale de ojo, y si no se cura en unas dos horas y es de ojo tienes que traerla para ya darle medicina al cabo ya la limpiaste”. Claro que yo sé que no es cierto.

No obstante su distanciamiento de algunos saberes populares sobre las enfermedades, por experiencia ya acepta la eficacia del tratamiento sobre el empacho:

Todas las personas mayores curan de empacho con hierbas tradicionales, dan aceites, raíces y curan a sus pacientes. Y a veces ¡Sí los curan! ¡Sí es efectivo! Cuando llegué aquí todo eso me parecía cosa supersticiosa y bastante lejana de la realidad pero a medida de que voy viendo las cosas, voy viendo que me quedan más dudas y no se realmente qué sustancias contengan las hierbas pues sí los curan, eso es lo más raro.

En relación al susto, su conocimiento es muy limitado y escaso:

Las personas mayores son las que se encargan, ya es como un rito de curar el susto. Lo soban, dicen que los soban pero yo pienso que les producen cierto relajamiento los masajes, les suben la mollera. Yo sinceramente hablando nunca me ha dado curiosidad para ir a una casa y ver.

Por último, la doctora ha ido aprendiendo a respetar de manera selectiva y parcial ciertas creencias, pero al fin y al cabo domina su ciega tarea impositiva en nombre de la ciencia:

Yo pienso que mientras no perjudiquen, pues respetarlas porque forman parte de una tradición de mucho tiempo [pero] al mismo tiempo tratar de ir metiendo lo que es realmente lo que nosotros consideramos científico, aunque no sabemos las bases que ellos tengan.

Yo los respeto y al mismo tiempo trato de irles explicando que ahora hay cosas mejores. Que los niños -en sus palabras- se atrasan si no actuamos rápido, pero al mismo tiempo si yo les digo: “No señora, no sea supersticiosa, el ojo no existe”. Pues ellos como que yo les estoy contradiciendo y ellos están seguros de que sí existe. Entonces poco a poco van cambiando. [A] las nuevas generaciones de papás, de mamás jóvenes, a ellos sí les podemos explicar más abiertamente. Y la gente más grande — que ya creció más arraigada con esas tradiciones, pues a ellas nada más respetarlos mientras no perjudique su salud.

En Campeche, los curanderos mayas con cierta dosis de orgullo expresan: “...cuando es empacho no lo curan ellos [los doctores]. Nosotros lo curamos con pura hierba”, o bien que “los aires, los doctores no pueden [curarlo], no es curación de un doctor, (...) es de un yerbatero”.

Igualmente los kallawayas de Bolivia indican que :

...del susto [los doctores] no pueden curar; de la Pachamama [Madre Tierra] no pueden curar; de maldición no pueden

curar; de arreglar la suerte no pueden arreglar, no pueden curarlo; limpiar mala suerte no pueden hacer eso.

...de la [Madre] Tierra no saben los doctores. De la Tierra nos asustamos, de repente nos agarra la Tierra, la Santa Tierra nos hace enfermos. [De] eso no sabe el doctor Hay muchos doctores que no saben curar cuestión de todas enfermedades. Yo comprendo todo: cuestión de la Tierra, de susto, de todo, Trueno también cae. (...) Eso no pueden los doctores

En lo referente a la ausencia de reciprocidad en el envío de pacientes, el tema ya ha sido comentado en páginas previas por lo que no abundaremos en el mismo.

Entre las acusaciones generadas por los doctores en contra de los médicos indígenas destaca la denuncia por hechicería. Así en Campícuaro una curandera señala: “Uno no se arrima con los médicos (...) porque le tratan a uno como de comadrona, que de hechicera (...) Así pues dicen: “¡Oiga, fulana sabe limpiar! ¡Es hechicera!”

En Tunkulchén, otra curandera con pesadumbre reconoce que el personal de salud le trata de hechicera: “Las enfermeras dicen: ‘¡Ya viene la hechicera de acá!’ Eso es lo que me duele. El doctor dice: ‘¡La hechicera!’”

Otras imputaciones misceláneas se relacionan con las iatrogenias reales o ficticias provocadas por los médicos indígenas (“Ya ves —le dice un doctor a la madre de familia que tiene su hijo con problemas de aprendizaje— esto es lo que hacen las parteras. Por eso tenemos que adiestrarlas”); con el desprecio hacia las actividades curanderiles “...siempre [nos] ponían bajo, porque ellos [los doctores] decían: ¿Por qué ellos sin estudiar en la universidad nos van a ganar?”; con la competencia profesional “Sienten celos [los doctores] de que exista gente que según ellos no tienen la capacidad y pueden curar enfermedades...” o “Decía [un doctor] que ellos ya habían estudiado académicamente varios años y nosotros no habíamos estudiado, [sin embargo] nosotros hemos practicado desde niños, es otra historia pero nuestra” y para finalizar, la ausencia de relación “Con los médicos de los hospitales, tenemos problema por falta de comunicación”.

—*Conflictos mayores*

Las causas que ameritaron la intervención de autoridades fueron el uso real o supuesto de medicamentos de patente por parte de los médicos indígenas

y el ejercicio de funciones curativas consideradas como ilegales, fraudulentas y opuestas a la ciencia académica.

En todas ellas se transparenta la lucha y la competencia por obtener la supremacía profesional en el campo de la medicina.

Hace aproximadamente veinticinco años, uno de los más respetados *jit'téberis* de la región yoreme fue requerido por las autoridades municipales acusado por los doctores de la localidad por el empleo de medicamentos de patente:

Vinieron guachos [policías] por mi. Fueron los doctores (...) no sé de dónde. Nomás dijeron que los doctores. Sería por esto, porque hay veces cuando aquella persona está encamada [enferma] y no se alivia. Entonces algunos se acuerdan: "Está fulano [curando], lo llevamos allá". Lo sacan y me lo traen. Y se alivió. Entonces después ya saben aquellos doctores. Y según ellos ya no había remedio. Dios me ayudó y le ayudó a aquella persona, pues se alivió. Claro que por ahí fue la cosa...

Y siempre me llevaron [a la alcaldía]. Y me metieron al bote. Queriendo saber de medicina. ¿Yo que le iba a decir? No tenía ninguna medicina. ¿A[d]onde les voy a enseñar la medicina? Yo no tengo nada, ni con qué curar [sólo] espiritualmente.

—¿Y con qué curas?

—Espiritual

—¿Y cómo es? ¿En qué forma?

(...) Pues necesitaría que venga. (...) Si usted está mal. ¿Cuando viene? Están más bien en mi contra...

Y siempre me llevaron [a la cárcel]. Nomás amanecí allí.

En ese tiempo era el presidente [municipal] de aquí de <Los> Mochis, Canuto Ibarra, y él conoce la "obra de Dios". El creía mucho en mí, en lo de Dios.

—Hermano ¿aquí te tienen? ¿Y eso?

Pues según que quieren analizarme en cosas de la medicina material, de curación. No sé quienes son los doctores.

—Ahorita va a salir. Ni pregunte (...) Va a salir ahorita.

Y ya me sacaron. Nomás la pura noche porque él andaba [por otro lado], no estaba presente en ese día, sino seguro que ni me hubieran metido al bote.

(...)Nunca me han vuelto a molestar.

También por supuesto uso de medicamentos de patente, una partera-sobadora de la misma zona fue visitada por un inspector de la Secretaría de Salud para confirmar la denuncia. Los resultados fueron negativos. El funcionario anotó en el acta oficial:

SERVICIOS COORDINADOS DE SALUD PÚBLICA
EN EL ESTADO DE SINALOA.

Acta 6484 Los Mochis. 3-sept-1991 12:30

Comprobé que (en) dicha comunidad se encuentra la persona antes escrita, la cual se dedica a practicar limpias y sobadas de tripa. Esto lo practica con huevos de rancho y aceite de comer. Dicha persona no receta medicamento farmacéutico. La presente se levantó para los fines legales.

En este caso hay que subrayar que la inspección sanitaria no va en contra de los rituales y maniobras que realiza en forma cotidiana la curandera, sino en la trasgresión en el uso del principal recurso que usa el médico académico.

De hecho, al entrevistar al jefe de los servicios de salud pública que está comisionado en esa región, afirmó que son muy raras las denuncias e inspecciones, y en todo caso, estas últimas se restringen a la verificación del empleo de medicamentos de patente, sin la intrusión en otros aspectos de la práctica curanderil. El directivo está de acuerdo en la legalización parcial, considerando a los médicos indígenas como auxiliares de salud, y por supuesto, incluirlos en sus programas de planificación familiar.

En Campeche, otro curandero es conminado a no emplear tales medicamentos, cuyo uso lo aprendió con doctores en un hospital de Mérida, Yucatán.¹¹⁸

...realmente creo que tengo derecho, tengo estudiado algo, [y] no es justo que yo pierda mi estudio (...) está bien que no soy [doctor] pero [he] conocido de un doctor, de todo eso conozco.

¹¹⁸ Durante la entrevista pudimos percatarnos que aparte de ser yerbatero, receta medicamentos de patente que él mismo surte. En las estanterías y cajas pudimos observar antibióticos, vitamínicos, analgésicos y otros compuestos.

Hace como seis años, aquí ha pasado una doctora algo celosa y se acompañó de una de su tierra de México, pusieron su farmacia y ya de eso empezó a enojarse. Nos citaron en Tunkulchén a mí y al finado que también trabajaba las medicinas modernas. Y que nos prohíben el trabajo. (...) Nos citaron con el inspector de la salubridad en Tunkulchén. Sí fuimos [y] nos prohibieron, nos dejaron normas que las aplicáramos [sólo poner inyecciones y no recetarlas]. Nada por escrito. Nos pasaron a mal informar que había problemas sobre nosotros, pero los pacientes como que me obligaban a estar atendiendo y ya cuando tuvimos esa utilización de [medicina] tradicional, ya no dan molestias. Y ella [la doctora] se quitó porque no le daba resultado su farmacia. Fue la única vez, [después] ya nos dejaron de molestar.

Por ejercicio de la medicina sin el título correspondiente, muchos médicos indígenas han sido denunciados, perseguidos y hostigados. Allí mismo en Tunkulchén, doña Lucía, una curandera con larga experiencia, fue llevada ante un juez acusada por un doctor:

...porque curé a una niña que tenía... La carne estaba verdosa, se le veía el hueso, estaba pudriéndose, a pedazos se le caía. [Era] una niña de diez años. Ya la anduvieron trayendo por Mérida y en todos lados le dijeron que no tenía remedio. Y vino aquí. Entonces cuando vino aquí la empecé a curar, a curar, a curar. Tenía un libro de mi abuelito, pero sólo los pedacitos, [porque] está muy viejo, lo empecé a leer y vi entonces que medicina era buena (...) para esa enfermedad que es casi como cáncer, casi como la lepra.

Se asustaron [los doctores] cuando vieron que sanó la niña.(...) Me mandaron visita. Cuando yo llegué estaba el doctor. Me dijo que quién me facultó a curar, qué donde aprendí, que si tengo mi título.

¡Mi título es mi memoria! Le dije: ¡Mi título es mi memoria!

—¿Y cómo supiste?

Porque desde chica, mi abuelita era curandera. Ella ya murió pero me dio muchas recetas así y a mí no se me olvidan... hasta hoy.

—¡Vayan a buscar a la niña! Dijo el juez, y la fueron a buscar.

Le dijeron:

—¿Quién te curo?

—La señora.

—¿Cuánto cobró?

—Mi mamá le dio veinte mil pesos para la medicina.

—Pues esto no cuesta veinte mil pesos.

(...)

Desde allí muchas gentes vienen desde Campeche [para curarse].

En las céntricas calles de La Paz (Bolivia) —especialmente en la Sagárnaga— se ve a los médicos kallawayas ofreciendo sus servicios. Sentados en un banquito, o en las escaleras de entrada de algún edificio, se les reconoce por seguir cargando con su milenario morral que les sirve para identificarse como médicos kallawayas.¹¹⁹ Allí la gente pregunta y se ponen de acuerdo para alguna curación, o simplemente para sacarle la suerte futura mediante naipes. A partir de la legalización ya no son molestados, pero antes la situación era muy distinta. Dos testimonios dan cuenta de este cambio.

Cuando estaba mi padre, escuché que en la Sagárnaga no le permitían [ejercer su trabajo], no le permitían a los kallawayas por nada del mundo. Los quitaban los guardias. Los policías les quitaban los naipes, las [hojas de] cocas. Antes no había en la [calle] Murillo, esos que botan coca, era prohibido absolutamente. [La policía] lo agarraba y [se] lo llevaba. (...) Los llevaban, les sacaban multa y los hacían firmar para que no vuelvan a sentarse allí porque perjudicaban a los médicos...

Otro kallawayaya que lo vivió en carne propia dice:

Ellos [los doctores] hablaban con la policía nomás para que no nos permitan [trabajar], porque nosotros andábamos con un bolsito en el hombro... con kapacho y con chuspa...

¹¹⁹ Este morral multicolor es llamado kapacho.

Durante los trabajos ordinarios del III Congreso Nacional de la Sociedad Boliviana de Medicina Tradicional (que se desarrolló en Santa Cruz de la Sierra en noviembre de 1992) se denunció el juicio promovido en contra de la agrupación local por parte del Colegio Médico de Santa Cruz. Las acusaciones de los doctores giraron en torno al ejercicio no científico de la medicina: **“Nos acusaban de charlatanes, de que hacíamos medicina empírica, de que nos hacíamos pasar por médicos”**. Con estos cargos fueron convocados por la fiscalía para presentarse en las oficinas de la policía, lográndose convencer a las autoridades que existe una legalización que debe ser respetada. El presidente de la Sobometra local argumentó:

...la ley está hecha para defender al hombre y sus derechos. Y el fiscal está para hacer cumplir la ley, no para coartar el derecho que tiene el hombre al ejercicio del libre trabajo, porque hacer medicina tradicional es hacer un trabajo que todo hombre libre puede hacer, especialmente si tiene conocimientos.

(...)

...yo creo que la acepción de médico no les va ni les quita a los señores profesionales porque la experiencia es más grande que la ciencia.

(...)

El Colegio Médico es una organización de tipo sindical, no es una organización de tipo social, es una agrupación de médicos que defienden su gremio. Ellos abusan de la situación elitista, [por lo] que quiere[n] dirigir todo el problema de salud ...

El Colegio Médico de Bolivia (CMB) ha impugnado tal legalización. Al entrevistar al Dr. Aldo Espinoza, encargado de la secretaría de conflictos de la CMB, manifiesta que el Colegio reconoce la riqueza e importancia de la medicina tradicional, sin embargo mantienen una política basada en la cautela, pues observan desorganización e irresponsabilidad en sus practicantes.

Reconocen al médico indígena kallawayá por sus conocimientos herbolarios y por sus habilidades rituales, que “algún merecimiento” han de tener. Sin embargo, en el CMB consideran que la legalización es el producto de una política demagógica del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública. El Dr. Espinoza puntualiza que la “resolución ministerial carece de fuerza legal”

al no tener un sustento jurídico que la respalde y faltarle una reglamentación que la regule. Por todo ello se habla de una contradictoria “legalización ilegal” de la medicina tradicional boliviana.

Finalmente, para el Dr. Espinoza la política del Colegio Médico trata de evitar enfrentamientos con los médicos indígenas y “alternativos”, está de acuerdo con la cooperación y coordinación entre las partes, pero deja traslucir una cierta subordinación al mencionar que es conveniente que la medicina tradicional “...nos colabore” para mejorar “nuestros programas de salud”. De hecho, en un seminario-taller auspiciado por el propio Colegio, en septiembre de 1987, después de reconocerse el grave rezago sanitario en el país, propone la creación un servicio único de salud, la atención primaria a la salud (APS) como la principal estrategia operativa y donde la medicina tradicional “deberá integrarse al equipo de salud bajo una reglamentación específica” (Colegio Médico de Bolivia, 1987).



En este apartado hemos intentado describir y analizar las relaciones que se han establecido entre los doctores y los médicos indígenas. Las mismas han sido históricamente ambivalentes, contradictorias y por lo general desfavorables hacia los practicantes de la medicina indígena.

Tanto influye el proceso de hegemonía y monopolio que ejerce la medicina académica, que la medicina indígena aparece como una entidad reducida, secundaria y con escaso margen de superación, sin embargo su importancia a nivel local, regional y nacional no puede, ni debe ser minimizada, pues constituye un recurso técnico y cultural fundamental para la conservación y supervivencia de las culturas indígenas americanas, dado que no sólo tiene una función médica, sino también conforma una piedra angular de su ideología y cosmovisión.

Cualquier programa institucional de salud que desconozca el verdadero valor de la medicina indígena está condenado al fracaso si no la toma en cuenta. En este sentido, la legalización aparece como una medida política necesaria e irremplazable, que exige del Estado y de las agrupaciones médicas académicas nuevas formas de convivencia basadas en la tolerancia ideológica y la pluralidad cultural.

CAPÍTULO 7

MÉDICOS INDÍGENAS Y AUTORIDADES CIVILES

En la región totonaca de Veracruz, un supuesto agente de la policía judicial intimidó a Herculano, un curandero perteneciente a la organización local de médicos indígenas, pretendiendo extorsionarlo. Le interrogó acerca de sus actividades y los documentos que fundamentaran su trabajo curativo. Después de algunas preguntas, el individuo se identificó con una credencial:

—¡Soy de la [policía] judicial.(...) me enseñas tus papeles para que estemos bien!

¿No? Quien sabe como le vamos hacer.

—Mire, aquí está[n] [los diplomas y reconocimientos expedidos por el Instituto Nacional Indigenista].

—¡Qué porquerías! ¡Esto no es nada!

(Y que me lo tira. ¡Híjole! ¿Y ahora que hago? Y nomás estaba yo con mi esposa.)

—¿A ver el otro [documento]? ¡Ah! No te andes con rodeos. Esto no te sirve para nada. El gobierno lo que quiere es sacarte dinero. Mira lo que vamos hacer. Yo soy judicial pero puedo ayudarte. En Tuxpan hay unas oficinas donde te van extender una credencial, un certificado, tendrás que pagar

300 mil pesos. Y si lo quieres para un año tendrás que pagar más, según como tu lo quieras: para tres meses, para seis meses, para un año. (Relato de Herculano, 1992)

Herculano no aceptó el “permiso especial” que le concedían para ejercer sus actividades curativas, avisó que estaba a punto de pasar un familiar perteneciente a la policía rural del estado, y el falso policía de inmediato se marchó, no regresando más. No obstante, el propio Herculano comenta que por miedo o espanto, varios médicos indígenas sí han de haber aceptado esa extorsión disfrazada de “protección”.

En el Estado de Morelos, curanderos de la sierra que transportan hierbas medicinales para su venta en el pueblo de Tepalcingo, se quejan que en los retenes militares, los soldados los revisan y los detienen al confundir las plantas medicinales con enervantes del tipo de la marihuana (*Cannabis indica*).

En la Sierra Norte de Puebla, los médicos denuncian la extorsión por parte de la policía: “...somos perseguidos por la judicial (...) Los judiciales nos amenazan y tratan de sacarnos dinero”.

En la sierra nayarita, habitada por coras y huicholes, grupos conocidos por el empleo ritual del peyote (*Lophopora williamsii*), los médicos indígenas relatan problemas

...con las autoridades federales, los militares o los judiciales que no nos querían a los médicos o a los gobiernos tradicionales (...) En la práctica [ya] no hemos tenido tanto problema...(…) Ahora ya no por la razón de que hemos presionado en esta organización a nivel nacional...¹²⁰

En Michoacán, doña Leonor, una ex-líder de la agrupación de médicos purépechas señala que una hermana suya fue interrogada por una supuesta enferma:

—Y tú ¿no usas marihuana? Dicen que es muy buena para los nervios. ¿Tú no usas...?
—No señora, yo no uso nada de eso.
—(...)

¹²⁰ Según el artículo 245 de la Ley General de Salud, el peyote forma parte del grupo de sustancias psicotrópicas prohibidas por causar farmacodependencia, sin embargo ya existe un permiso de la Procuraduría General de la República que autoriza la recolección, circulación y consumo del peyote exclusivamente por los grupos indígenas del noroeste del país.

- ¿Tú no ocupas tolache¹²¹ ?
- Sí, la bolita del toloache es buena para las almorranas.
- Y ¿qué más conoces?
- Yo conozco hierbitas. Si usted me dice su enfermedad yo le digo lo que le voy a dar.
- Bueno señora, para terminar ¡Yo soy de la [policía] judicial! ¡Yo vengo por usted!
- ¿Y por qué?
- Por que me dicen, aquí traigo... Mire, aquí está usted archivada. Usted cura, usted es bruja. Usted cura con puras cosas de brujería. Usted usa la marihuana, que ha vuelto loco a mucha gente porque usted cura con eso... (Doña Leonor, 1992)

La agente quedó convencida de que eran falsas las imputaciones a la curandera y según doña Leonor, le prometió ayudarla para que no tuviera más problemas con las autoridades, sin pedirle ni exigirle ningún pago.

En la Mixteca oaxaqueña un médico indígena fue acusado en 1987 de ejercer la hechicería. Después de ser detenido y encarcelado por la policía local, mediante tortura fue obligado a declararse culpable de las infracciones en contra de la comunidad. El presidente municipal inició un juicio público sumario, buscando la ejecución del curandero:

Señores, aquí lo tienen ustedes. ¿Qué dicen? ¿Qué hacemos con este hombre? ¿Lo matamos o le damos su libertad? Ha confesado ser culpable de los delitos que se le acusa. Al mismo tiempo se ha hecho responsable de sus crímenes. por medio de sus trabajos de magia negra. También se hizo llamar “discípulo de Satanás”, dañándose a nuestra región y a nuestra sociedad.

La gente enardecida pedía su muerte mediante ahorcamiento, sin embargo, el hombre se salvó de una muerte cruenta por la intervención de una madre de familia y algunos ancianos de la comunidad, quienes solicitaron —alegando prudencia— su envío a las autoridades del Estado. La acusación ya no fue por el ejercicio de brujería (que no está contemplado en el Código Penal) sino por ratero y ladrón de ganado, inventándose falsos testigos. Hallado culpable, fue enviado a la prisión distrital. A los veinte días de su

¹²¹ Es la conocida *Datura stramonium*, hierba que puede producir -en dosis altas- intoxicación y muerte del individuo. En México se le reconoce popularmente como causante de enloquecimiento.

encarcelamiento fue excomulgado por el sacerdote del pueblo acusado de provocar —¡a distancia!— un incendio que destruyó la iglesia.

Inconforme con su triste e injusta situación, envió una carta al Procurador General de Justicia en el Estado de Oaxaca, solicitando la revisión de su caso, obteniendo la libertad después de seis meses de sufrido encierro.¹²²

Prácticamente en todas las reuniones de médicos indígenas celebradas en los últimos veinte años, no han dejado de aparecer denuncias semejantes a las anteriores, donde autoridades civiles, policiacas y militares son acusadas de molestar a los médicos indígenas pretextando el ejercicio ilegal de la medicina, carencia de estudios académicos, evasión fiscal, transporte y consumo de plantas psicotrópicas, realizar actos de brujería y hechicería, fraude en perjuicio de clientes enfermos y otras supuestas fechorías.

En la Declaración de Oaxtapec señalan que:

...hemos tenido problemas porque han llegado personas disfrazadas de policías y de judiciales e incluso el ejército a hostigarnos porque recolectamos plantas religiosas muy de nosotros, como el peyote, hongos, tabaco macucho y otras. (...) muchas autoridades no nos apoyan, sino que nos critican diciendo que no sabemos nada.

(...) Si las autoridades son protestantes no nos apoyan.

No tenemos libertad para ejercer nuestra medicina, en ocasiones lo hacemos a escondidas.

Los ricos nos atemorizan y nos dicen que si nos reconocen se nos cobrarán impuestos, multas y pagos mensuales. Se nos acusa, por parte de algunas autoridades, de sembrar marihuana y son ellos quienes la cultivan.

(...)

Somos indígenas pobres y las autoridades cuando son candidatos, nos prometen apoyos pero cuando llegan a ser electos las cosas siguen igual y cuando solicitamos ayuda nos regañan.

Estas acusaciones se reflejan de manera concreta en los casos ya presentados por los propios médicos indígenas de Veracruz, Morelos, Puebla, Nayarit, Michoacán, Oaxaca y otros estados de la República Mexicana.

¹²² En la actualidad, Antonio Domínguez se encuentra exiliado en el Valle de Oaxaca, pero desea retornar a su comunidad para “recuperar su honor” y demostrar que no es brujo ni hechicero.

AUTORIDADES MUNICIPALES Y MEDICINA INDIGENA.

Durante nuestro trabajo de campo entrevistamos en cada región a los presidentes o alcaldes municipales. Las cuatro autoridades —donde viven y ejercen médicos indígenas— son todos mestizos. El de Sinaloa y el de Campeche son los únicos profesionistas universitarios y pertenecen al partido oficial, Partido Revolucionario Institucional (PRI); el de Michoacán, al opositor Partido de la Revolución Democrática (PRD); en tanto que el alcalde boliviano estaba afiliado al partido en el poder en ese momento, que era el Movimiento Nacional Revolucionario (MNR).

Esta afiliación partidista tiene su importancia porque el PRI no cuenta con una política específica hacia la medicina indígena, pero retoma la que ejercen las dependencias del gobierno federal. El PRD tampoco la tiene, sin embargo en sus estatutos mantiene una posición favorable al desarrollo autonómico de los pueblos indios. En el caso boliviano, el MNR antes de su acceso al poder ofreció un plan de trabajo donde promete programas de atención primaria a la salud “incorporando cuando sea aconsejable prácticas eficaces de medicina tradicional” (“El Plan de Todos”, 1993: 32).

En las siguientes líneas abordaremos el grado de conocimiento que las autoridades tienen sobre los médicos indígenas y sus problemas más frecuentes, incluidas las acusaciones por brujería; las políticas municipales respecto a ellos, la coordinación con las autoridades federales o centrales; y su posición frente a la posible legalización de la práctica médica indígena, en el caso de México, y las consecuencias de la misma en Bolivia.

—1. Conocimiento sobre los médicos indígenas

Todos los munícipes tienen conocimiento de la existencia de médicos indígenas en su jurisdicción política, sin embargo éste es superficial e insuficiente. Por ejemplo, el presidente municipal de Carapoa, con toda honestidad reconoce que: “...no estoy muy enterado, pero creo es un número pequeño [de médicos indígenas]. Yo tengo entendido que en Las Palomas hay uno o dos (...) pero yo no los conozco, que sepa de ellos, no” y de acuerdo a las listas de la organización estatal existen más de cien terapeutas registrados en los municipios norteros de Sinaloa, y en Las Palomas detectamos durante el trabajo de campo, no menos de quince médicos indígenas.

En Campicuar, el presidente municipal afirma que no hay una persona que destaque, pero en la lista elaborada por la organización local existen re-

gistrados alrededor de cincuenta sólo en la cabecera municipal, algunos muy conocidos en la comunidad.

—2. *Conflictos con los médicos indígenas*

Ninguno de los presidentes municipales manifiesta o recuerda algún problema concreto entre ellos y los médicos indígenas. El de Carapoa es categórico al señalar que “...las costumbres se respetan, [y] por lo tanto los médicos [indígenas] son respetados. Jamás hemos tenido ninguna denuncia (...) Los respetamos al cien por ciento”. En este sentido, ninguno ha realizado actos punitivos en contra de ellos, donde tenga que intervenir la fuerza pública, es decir, la policía.

Excepto, el presidente municipal de Tunkulchén, todos los demás afirman la presencia en mayor o menor medida de actividades hechiceriles o de brujería. El problema es minimizado por el de Carapoa y también por el de Campícuaro, sin embargo durante el trabajo de campo surgió en este último lugar un conflicto que llegó al conocimiento de las autoridades del ayuntamiento. Sucede que unas mujeres del municipio vecino —muy conocido en todo Michoacán por su inclinación a las prácticas de hechicería— asistieron al panteón de Campícuaro, según ellas a quitarse el mal de brujería, pero fueron sorprendidas cuando realizaban ciertos rituales. Las señoras fueron amonestadas por el síndico municipal y conminadas a no volver a entrar al cementerio. Tanto el presidente como el síndico decidieron no detenerlas porque no encontraron delito que perseguir, pues no hubo violación de tumbas, ni profanación del sitio.

Este incidente sirvió para que el presidente perredista de Campícuaro externara que este tipo de actividades son comunes y frecuentes en la región purépecha e incluso “se dice que las personas que no están muy de acuerdo con nosotros, de nuestra política, de nuestros procedimientos, de nuestros principios, se dice que en el DIF¹²³ municipal (...) gente de la cabecera municipal llegó a hacer [hechicería], a enterrar por ahí algunas cositas y a regar algunos líquidos”.

En Antara (Bolivia), el alcalde cholo reconoce que los indios “**tienen unas supersticiones fatales**” y a continuación describe las prácticas y creencias sobre la brujería o sobre el susto. Relata que un campesino le comentó:

—¡Fíjese señor! ¡Caramba! Mi esposo casi murió.

¹²³ Desarrollo Integral de la Familia es una dependencia del gobierno federal con presencia en todos los estados de la República Mexicana brindando apoyo de guarderías, enseñanza de oficios, etc.

—¿Qué ha pasado?

—En tal lugar se había caído y se había asustado, pero ahora he rogado al brujo, al que sabe [y] ha hecho ver la coca. Ese lugar le había agarrado y ahora me la ha curado (...) Me ha pedido gato, gallina, conejo y hemos pagado y felizmente ha sanado.

—¿Qué tenía?

—Tenía dolores de barriga, dolores de espalda [y] no podía respirar.¹²⁴

Resulta interesante verificar en el discurso del alcalde andino que la eficacia observada la hace descansar en múltiples, casuales y afortunadas “coincidencias”, sin aceptar la realidad de la curación ritual realizada por los médicos indígenas. En todo caso son supersticiones que él dice no compartir, sin embargo, cuando en los actos públicos se realizan *challadas*, mantiene una actitud condescendiente con sus posibles electores, esto se transparenta en la siguiente cita textual que se inicia con un impersonal “ellos” y luego finaliza con un significativo “nosotros”:

...cuando tiene que pasar una fiesta (...), entonces en la víspera se hace el urusi. Faltando dos días se hace el urusi. Por ejemplo, a la [fiesta] de la Señora del Carmen. Esos precisamente pagan [hacen ofrenda] para que no haiga peleas, que no haiga crimen, para que no se peleen [durante] la fiesta, que haiga una tranquilidad única.

[¿Todos participan?] ¡Claro! Nosotros participamos, nosotros primeramente vamos... vemos... hacen *challada*, sus ceremonias, hacen... y nosotros tenemos que participar en eso. Es importante. Es una costumbre. Si no lo han hecho y cualquier cosa pasa: “Ya ven, no lo han hecho ustedes. Deberían hacer esto, por eso ha sido esto, por una desgracia puede haber un crimen, hay una muerte...”¹²⁵

¹²⁴ Véase la pasmosa similitud entre el susto andino (o mancharisca) y el susto que se padece en los pueblos indios de México, no sólo en cuanto a la etiología, sino también en la elaboración del diagnóstico (que aquí incluye recursos locales como la hoja de coca que no tenemos en México), y el tratamiento que involucra una ofrenda a los dioses ofendidos (en este caso el sacrificio de animales, plegarias, etc.).

Por otro lado, se puede observar que las costumbres indígenas extrañas al mestizo son englobadas bajo el concepto despreciativo de brujería.

¹²⁵ Se trata de una ceremonia propiciatoria, pero si aparecen signos contrarios a la realización de la fiesta, ésta puede ser cancelada. Los signos tienen que ser muy ominosos para ser suprimida. Cuando estuvimos en la fiesta mayor de una de las principales comunidades kallawayas, un médico indígena falleció en el trayecto sin que esto afectara el desarrollo de la misma.

Durante nuestro trabajo de campo, pudimos asistir a varias ceremonias indígenas aymaras y quechuas donde se confeccionaron “mesas blancas” para hacer pago u ofrenda a la Pachamama (Madre Tierra) y existió una *activa participación* de los políticos y funcionarios gubernamentales en los rituales dirigidos por los amautas y los médicos indígenas.

—3. *Políticas municipales respecto a los médicos indígenas*

Ninguno de los cuatro ayuntamientos considera un proyecto de política específica con relación a la medicina indígena y a sus recursos humanos y materiales.

En Sinaloa ni se tiene un programa, ni coordinación alguna con dependencias federales o estatales, pese que allí se localiza el Centro Coordinador Indigenista del INI, que maneja los asuntos indígenas de toda la entidad.

El presidente municipal de Campícuaro tiene conocimiento de un jardín botánico de plantas medicinales, apoyado por un organismo federal (Dirección General de Culturas Populares), pero el actual ayuntamiento no participa en el proyecto. A diferencia del munícipe de Carapoa, el de Michoacán sí expresa su deseo de un mayor compromiso con las actividades desarrolladas por algunos médicos indígenas.

En Campeche, el presidente municipal de Tunkulchén señala la inexistencia de un programa propio de interrelación con los médicos indígenas, pero está enterado (y de acuerdo) con el programa federal implementado por el Instituto Nacional Indigenista, que incluye un jardín botánico y consultorio dentro de las instalaciones del Centro Coordinador, la construcción de un centro para la promoción y desarrollo de la medicina indígena, que sustituya y amplíe lo que se tiene en la actualidad (con un terreno cedido por el mismo ayuntamiento), y la construcción en una comunidad rural de un hospital mixto, donde médicos académicos e indígenas puedan —con deseable igualdad— brindar sus servicios a la población campesina.

Desde un punto de vista ideológico, el presidente municipal de Tunkulchén —pese a su formación como médico universitario— reconoce la importancia de los médicos indígenas argumentando que **“conocen a la población”, “tienen amplios conocimientos en cuestiones de las plantas [medicinales]”** y porque los terapeutas indígenas **“entienden perfectamente bien”** ciertas enfermedades (como el aire, mal de ojo, hechizos, etc.) y **“los tratan (...) mejor que los médicos generales”**, egresados de los recintos académicos. Congruente con esta manera de pensar, apoya el programa federal, reconoce los esfuerzos de la organización regional de médicos indígenas y no duda en incluirlos en el sector salud del municipio.

En la provincia de Bautista Saavedra tampoco hay un plan particular que abarque a los médicos kallawayas, ni se maneja algún proyecto gubernamental de promoción y desarrollo de la medicina nativa.

No obstante la difundida legalización de la medicina tradicional en Bolivia, los ayuntamientos no disponen de ningún reglamento de control o supervisión de las actividades de los médicos indígenas. El alcalde de Antara refiere que:

Hasta la fecha no tenemos esa clase de órdenes. No hay leyes, reglamentos que hagan funcionar de esta manera a los kallawayas. (...) Ellos pueden trabajar libremente en nuestro país, no tenemos ninguna clase de control. Debería [haberlo] pero (...) no tenemos nada de eso (...) ellos trabajan en forma legal en el país con la medicina tradicional.

Tampoco existe recaudación fiscal, pues se requiere un ordenamiento del Congreso Nacional.

—4. *Percepción de la legalización*

Todos los ediles entrevistados estuvieron de acuerdo en la legalización de la práctica médica indígena, excepto el de Carapoa, quien expresaba sus dudas pues según él se trataba de un problema complejo que requería un análisis particular de cada uno de los ejercitantes de la medicina indígena. En todo caso, las actividades de éstos debe ser vigilada y supervisada por algún médico universitario pues “se hace mejor uso de lo que se está haciendo”, medida que también suscribe el alcalde-médico de Tunkulchén. En cambio, para el presidente municipal de Campícuaro, la legalización de los médicos indígenas es necesaria, sin que ello deba significar la pérdida de su identidad como curadores indígenas, pues si son aceptados por el gobierno como simples “auxiliares de salud” (como aparece en la Ley de Salud de Chiapas) se da una especie de desvalorización a sus actividades específicas (“**como que ya los están menospreciando**”).

En esta legalización, todos están de acuerdo en que no todos los practicantes deben ser incluidos en tal categoría. No hay duda sobre aquellos que manejan recursos herbolarios, pero sí con respecto a los que usan otros elementos de tipo simbólico (ceremonias de limpieza, rituales de purificación, tratamiento del susto, etc.). En forma transparente lo expresa el presidente municipal de Campícuaro:

...yo soy muy respetuoso de las creencias de todo eso, [pero] yo me enfocaría directamente a lo que es la medicina tradicional, [es decir] la herbolaria. (...) no soy supersticioso, repito, cada quien cree lo que es más conveniente o lo que le inculcaron pero yo no estaría de acuerdo en eso. Lo de ritos, lo de limpias (...) eso ya son otro tipo de situaciones, de cosas ocultas que... pues no entrarían en la legalización en particular.

Con base en esta perspectiva, la medicina tradicional y la indígena son reducidas a la herbolaria medicinal, despojándosele de todo elemento ideológico que siempre les acompaña. Mucho menos se acepta la presencia de practicantes catalogados como brujos o hechiceros. De nuevo, el de Michoacán afirma que: **“¡No! Esos definitivamente [no deben ser legalizados], esos para mi de brujería son cosas ya ocultas que no deben de mezclarse con lo que es la medicina tradicional”**, y el de Campeche señala que:

hay gente que realmente no están bien de sus facultades mentales. (...) personas que se creen con poderes superiores. Claro [que no deben de entrar] porque no son reconocidos, no forman parte del grupo [organizado de médicos indígenas] y se les comprueba que son farsantes.

Para el caso boliviano, la legalización no es un proceso por alcanzar, sino que es algo por mantener y perfeccionar. El alcalde de Antara recuerda que antes de la legalización la práctica médica indígena carecía de cualquier valor y no se reconocía el mérito de las plantas medicinales.¹²⁶ Pero, al llevarse la cuestión a nivel parlamentario o legislativo, se le devolvió su trascendencia y magnitud, de tal modo que se le reconoció su objetivo curativo y su valor cultural.

Según el alcalde boliviano, la legalización ha sido benéfica porque ha disminuido el clandestinaje, pero aún no existe un control gubernamental efectivo, a nivel regional y local, que permita regular y mejorar la prestación de servicios de los médicos indígenas, mediante la creación de instituciones donde se ofrezcan cursos y seminarios de capacitación que detengan la proliferación de individuos con escasa preparación en el terreno curativo.¹²⁷

¹²⁶ Nótese como aquí también se confinan las prácticas curativas tradicionales al empleo de las hierbas.

¹²⁷ Aspecto muy contravertido porque precisamente ha sido la educación informal familiar o tutorial la principal forma de transmisión de la medicina indígena, en tanto que la educación escolarizada tendería a privilegiar los saberes y prácticas de la medicina occidental, en detrimento de la cultura médica indígena que se vería menoscabada y alterada.

Así la medicina kallawayá, que era considerada como un rasgo curioso, folklórico y residual de los indios quechuas de Bautista Saavedra, ahora adquiere, con la legalización, una notable presencia en la vida nacional.¹²⁸

AUTORIDADES TRADICIONALES Y MÉDICOS INDÍGENAS

De manera complementaria, cabe mencionar que entrevistamos a tres gobernadores “tradicionales” yoremes (cobanaros) y un miembro del Consejo Supremo Maya en la región de Tunkulchén, quienes expresaron su absoluto respaldo a las actividades de sus médicos indígenas.

Los gobernadores yoremes reiteraron su apoyo y protección a los médicos indígenas, porque su función y su deber es la preservación de los valores, normas y prácticas de su comunidad. En palabras de uno de ellos:

...como gobernador tradicional es mi deber hablar de nuestra cultura (...) pues Dios dio el poder a cada uno de aquellos médicos tradicionales (...) Yo creo que nosotros como indígenas tenemos el deber de organizar nuestra cultura para que esto [de la medicina yoreme] no se pierda, para que esto tenga más difusión, para que esto tenga más vida (...) necesitamos unificar y buscar la manera de cómo seguir adelante en nuestros ritos, en nuestras tradiciones, en nuestras fiestas, para que esto no se acabe.

MÉDICOS INDÍGENAS Y AUTORIDADES DIVERSAS

Una vez revisadas las relaciones de las autoridades municipales con los médicos indígenas, ahora describiremos y analizaremos la perspectiva de los médicos indígenas de las zonas investigadas hacia las autoridades municipales, estatales y federales.

De 45 médicos indígenas interrogados sobre problemas concretos con autoridades municipales, policíacas y militares, únicamente tres relataron algún incidente con ellos, siendo significativo que, en tales casos, los terapeu-

¹²⁸ Juan B. Lastres en su monumental obra sobre la historia de la medicina peruana menciona con aire despectivo que los kallawayas son los “**únicos modestos sobrevivientes de su pasada grandeza**” y que ahora (finales de la década de los cuarenta) viven sólo de sus ventas en los mercados ambulantes del Perú (1951:316).

tas se encontraban fuera de sus municipios de origen y fueron incomodados por autoridades migratorias. Además tres terapeutas indígenas relataron acusaciones por el supuesto ejercicio de brujería, siendo vecinos y pacientes quienes crearon la pugna. A continuación detallaremos estas situaciones.

—1. *Relaciones armónicas con autoridades*

Alrededor del 93% de los médicos indígenas interrogados nunca ha tenido problema con alguna autoridad, pese a que algunos en Sinaloa viajan de manera constante por estados circunvecinos y la mayoría de los kallawayas tienen una forma cotidiana de itinerario curativo por los países colindantes.

Por el contrario, se mencionan casos específicos donde las propias autoridades municipales, estatales y federales han brindado un amplio y decidido apoyo a la medicina indígena, sea promoviendo a sus terapeutas, o bien, sosteniendo proyectos relacionados.

Por ejemplo, en Campícuaro, el anterior ayuntamiento ayudó a la construcción del jardín botánico de plantas medicinales y envió a los curanderos a cursos de adiestramiento, implementados por la Dirección General de Culturas Populares, que se impartieron en la ciudad de Uruapan.

En Campeche, el gobernador del estado sabe de la existencia de los médicos indígenas y **“nos tiene en cuenta”**, le ha dicho a la dirigente regional de Tunkulchén. Los últimos dos presidentes municipales han dado todo su apoyo a los programas federales sobre la medicina indígena, emprendidos por el Instituto Nacional Indigenista, y han estado presentes en los actos relevantes de la organización regional. Algunos de ellos han constatado como miembros de la policía local y judicial del estado, e incluso el mismo presidente municipal de Tunkulchén y sus familiares asisten a consulta con el sobador y hasta con el *h'men* de un pueblo vecino. Por su parte, los curanderos espiritualistas tampoco mencionan conflictos con las autoridades municipales, contrastando con las frecuentes desaveniencias con las autoridades eclesiásticas, que serán descritas en el siguiente capítulo.

En Bolivia, sólo dos han tenido problemas, los once restantes afirman no haber tenido algún incidente con autoridades, y ahora menos a partir de la legalización pues **“ya cuando hay una ley en el parlamento, cuando hay una reglamentación en el Ministerio de Salud, ya toda la gente tiene que acatar”** nos dice el presidente de la Sobometra, y uno de los curanderos afirma que como **“...tenemos todos los papeles bien, entonces no nos molestan”**. E igual que en México, las autoridades en forma pública o privada constituyen clientela normal de los médicos indígenas. Uno de los más ancianos afirma

tener entre sus pacientes a prominentes políticos, como el alcalde de La Paz y a parlamentarios (diputados y senadores) del congreso legislativo boliviano. Otro —que vive en las cercanías del mercado paceño— me enseña las fotografías donde se encuentra “*ch'allando*” con el alcalde de La Paz, y con un conocido opositor candidato a la presidencia.¹²⁹

Un hecho que nos demuestra la plena identidad entre autoridades y ejercitantes de la medicina indígena es la convivencia que se realiza en ciertos actos públicos. Por ejemplo, en la inauguración de un consultorio de la Sobometra en Ceja El Alto, en una concurrida plazuela pública, mujeres aymaras preparan una mesa dedicada a la Pachamama y otra de “gloria” a las divinidades de la lluvia, en tanto que un médico kallawayaya y una mujer quechua preparan otras dos mesas especiales para “*ch'allar*”. Al evento son invitados funcionarios de la alcaldía, comités cívicos y otros (incluido un servidor). En el acto central todos “*ch'allamos*” en la ceremonia pública, es decir, participamos de la gran ofrenda a las divinidades andinas, pidiendo su protección, sin faltar la música de kantus propia de la zona kallawayaya de Bautista Saavedra y el baile asociado.

Otro acto indígena importantísimo en el que pudimos verificar esta coordinación entre autoridades civiles y religiosas fue el solsticio de invierno en las ruinas sagradas del Tiahuanaco, donde cada año las comunidades aymaras solicitan la protección del dios Inti, el dios Sol. Los ancianos amautas —entre los cuales hay médicos indígenas— confeccionan las mesas de ofrenda, dirigen sus oraciones a Inti, coordinan los rituales colectivos, señalan la colaboración de las autoridades civiles en el acto ceremonial e inician la “*ch'allada*” que será continuada por todos los demás participantes.

Por otra parte, dada la itinerancia milenaria de los médicos kallawayas por los países vecinos, los bolivianos son reconocidos por sus reputados curanderos. Un kallawayaya —ahora radicado en Cochabamba— nos comentaba que:

...en el Perú casi la gente antigua si es creyente a nuestras curaciones porque allá nuestros abuelos, tatarabuelos han caminado mucho, entonces por ejemplo, en los valles hay bastante creencia en nuestra artesanía, en nuestra cultura, en nuestras medicinas.

Y uno de los más célebres por su sabiduría y su compromiso político refiere que:

¹²⁹ Por supuesto, estas ceremonias realizadas en público tienen un transparente contenido político-electoral pues muestra a los candidatos mestizos en su pretendida “proximidad con el pueblo indígena”.

En el Perú (...) hasta nos preguntan:

—¿Usted de donde es?

—Boliviano.

—Seguramente usted carga medicinas...

—Sí

A veces los señores policías son muy educados <y> también dicen:

—Yo estoy mal, por favor, prepáreme <una medicina> para este mal...

—¡Cómo no! ¡Encantado!

Y [así] tenemos más garantía.

Son tan conocidos en el Perú, que en uno de los libros fundamentales sobre la medicina popular peruana, escrito en 1922 por los doctores Hermilio Valdizán y Angel Maldonado, dedican en el prólogo múltiples observaciones y fotografías sobre esos “**curanderos profesionales**” bolivianos, “**aventureros que (...) recorren distancias a las veces considerables...**” y que ponen en venta sus “**admirables remedios**” en los mercados públicos, no sin dejar de considerarlos como unos explotadores de la “**credulidad ingenua**” de los pobladores andinos (1922:III-XXIX).

—2. *Relaciones conflictivas directas con autoridades*

Por fortuna, son raros los casos trágicos como el vivido por el curandero de Oaxaca que estuvo a punto de ser linchado por el pueblo azuzado por la autoridad municipal. En nuestra investigación únicamente pudimos recolectar tres casos de problemas directos con las autoridades: uno en Sinaloa y dos en Bolivia. Es común el hecho de que los líos en que se metieron los médicos indígenas se efectuaron en estados o países vecinos y no en sus lugares de origen o de residencia permanente.

Así en el caso de Damián, un *jít'téberi* que pertenece a la mesa directiva de la organización estatal de médicos mayo-yoremes, al retornar de su trabajo eventual como pizcador de algodón en la zona fronteriza con los Estados Unidos, decide traerse plantas medicinales que no crecen en su estado y :

Cuando yo venía de por allá del norte trayendo algunas hierbas [medicinales] que no se dan en Sinaloa, pos nos esculcaban [las autoridades judiciales o migratorias] y ya nos decían que era un estupefaciente o alguna hierba mala y nos la tiraban. (...)

Muchas veces nos quitaban los bultos de hierbas, de eso que se da mucho por allá, la gobernadora.¹³⁰ Y como tiene un aroma muy fétido, escandaloso, decían que era marihuana. ¡Tonterías! Porque la marihuana —supuestamente— huele de otra manera.

En ninguno de los episodios el asunto llegó a la extorsión, la detención o el arresto, aunque en una ocasión a un acompañante (no curandero) sí lo metieron a la cárcel, posiblemente por resistirse a la revisión.

Este tipo de embrollos relacionados con el narcotráfico ha provocado que las organizaciones de médicos indígenas soliciten con insistencia la identificación (mediante una credencial) que los reconozca como curanderos y que facilite la utilización, transporte, distribución y venta de productos herbolarios relacionados con su cultura y sus rituales. En este sentido, existen avances por parte del gobierno federal en cuanto a los permisos otorgados al grupo huichol con respecto a la obtención y uso ceremonial del peyote. Sin embargo se plantean problemas especiales para aquellos pueblos indígenas de México que aún emplean la marihuana también con fines rituales.¹³¹

Entre los médicos kallawayas se comentan denuncias y persecuciones antes de la legalización. Autoridades civiles y militares molestaban y extorsionaban a los curanderos:

—¡Oye brujo! ¿Qué estás haciendo?

Entonces el kallawayaya tenía que ofrecerle plata para que no le haga nada. O sea, que eran despreciados, eran perseguidos entonces (...) había también patrones que abusaban de los kallawayas.

En la actualidad, ellos no refieren hostigamiento y durante nuestra investigación no detectamos problemas concretos con las autoridades gubernamentales. Preguntamos a los policías “multifuncionales” que laboran en Antara, acerca de acusaciones, denuncias u ordenamientos en contra de los médicos kallawayas, siendo negativa su respuesta.

¹³⁰ *Larrea tridentata* (DC) cov.

¹³¹ Grupos nahuas, otomíes, tepehuas y tepehuanos que se ubican en los estados de Veracruz, Puebla, Hidalgo, Estado de México, Guerrero y Durango emplean la marihuana dentro de sus actividades curativas y religiosas. (*Diccionario Enciclopédico de la Medicina Tradicional Mexicana*, 1994:583-584 y E. Barrera s/f)

Pero en el extranjero, dos de ellos han sufrido contratiempos en puestos migratorios. Uno relata más bien incomodidades:

En el Perú, con la policía he chocado. Lo mismo en [la] frontera [con] Chile. (...) La policía chilena controla bastante, entonces allí tuve problemas con la policía chilena. Un simple llamado, había que explicar. La cosa es tener documentos al día, explicándolo, comprenden ellos. ¿De dónde somos? ¿Cómo andamos? Entonces creo que por medio de eso nos hacemos comprender.

El otro, fue expulsado :

Me han arrestado en el Perú, me han hecho volver acá a Bolivia dos veces. Una vez de la ciudad de Ica y otra de Cusco, queriendo decir que uno engañaba a la gente sin ser facultativo. (...) [Por eso] me han botado a Bolivia.

El mismo médico kallawayaya relata las actuales restricciones para el ejercicio curanderil en otro país vecino:

[En Chile] Ahora está prohibido toda cosa de curanderos, de herbolarios. Están prohibidos. No, no ejercen, ya no dejan trabajar. Ya han prohibido por completo. En la Argentina todavía [se puede trabajar].

Las limitaciones impuestas por las autoridades migratorias y sanitarias de los países limítrofes con Bolivia quizá constituyan uno de los factores por los cuales ha disminuido el flujo laboral itinerante de los famosos médicos kallawayas, incrementando la residencia más o menos permanente en algunas ciudades bolivianas, como sucede en Cochabamba, donde han integrado una agrupación protectora ejemplar.

—3. Relaciones conflictivas con vecinos e intervención de autoridades

En este apartado registramos tres casos: dos en Sinaloa y uno en Campeche. En todos ellos el común denominador es la acusación por el ejercicio de la hechicería y no por curanderismo. En los dos primeros casos que pre-

sentaremos la acusación es grave, pues implica la posible pérdida de la integridad física de los médicos indígenas involucrados.¹³²

De nuevo es Damián el protagonista de este episodio en el cual un padre de familia lo acusa de hechicero y le amenaza de muerte, habiendo necesidad de que intervenga la autoridad civil, como lo es el comisario ejidal. Pero dejemos que el propio médico indígena narre su vivencia:

Fue hace como dos o tres años. (...) en mi pueblo curé a una muchacha que estaba enferma de los pulmones. Otros curanderos le habían dictado que era brujería, que alguien le había hecho mal, pero yo le dije a sus padres: "Miren, la realidad no es. Su hija está enferma de los pulmones, de vías respiratorias. Le vamos a hacer la lucha..."

Y se aferraron a que yo le estaba curando de brujería. Se alivió y les dije: "Saquen a su familia de sus casas, aunque sea por un año o vendan el solar o desinfecten, para que ya no se enferme nadie porque allí está el virus, allí está el mal, la mala sombra que dejó el hombre que murió allí"

Y sí, había un señor que había muerto. No me hicieron caso. Al medio año enfermó la más pequeña [de la familia] del mismo mal. El señor me dijo que la tenía curar yo como había aliviado a la primera, tenía que curar a la segunda, que era la misma enfermedad, y que era lo que yo había hecho.

"¿Cómo le voy hacer un mal a una mujer, a una chamaca? Ni mal que me haiga hecho. ¡Jamás! Si yo curé a esta muchacha es porque Dios le dio la salud. No pude haber hecho otra cosa. Se alivió gracias a Dios. La otra no te la voy a curar porque no está en mi curártela. Llévatela con el doctor."

¹³² La muerte por el ejercicio de actividades hechiceriles no constituye una rareza en México. Tenemos casos documentados en Durango (véase Gómez, 1990:383-384), Chiapas (Nash, 1959; Villa Rojas, 1985), Oaxaca, Puebla y Veracruz, entre otros. En la región tzeltal de Chiapas, hace poco más de diez años se presentaron varios casos de linchamientos y muerte de supuestos hechiceros y a principios de 1994 fue ampliamente comentado por la prensa de la Ciudad de México el caso de una familia masacrada por aparentes problemas relacionados con la hechicería. En Oaxaca durante 1990-1991 fueron asesinados tres médicos indígenas y por lo menos en un caso se mencionó la hechicería como el móvil del crimen. El diario *La Jornada* (14 de octubre de 1995, p. 41) informó que cuatro miembros de una familia de Tepenzacualco en el estado de Puebla, fueron asesinados por pistoleros a sueldo, porque uno de ellos "practicaba la brujería" y supuestamente había matado a un inspector municipal. La familia de éste por venganza contrató a los pistoleros.

¿Porqué exigir una cosa que no está bien, cuando uno no la hace? Uno tiene que contar con alguien más poderoso.

Esa gente me amenazó de muerte. Por cierto que tuve que ir ante la autoridad civil para que viera esta situación.

Me amenazó de muerte el señor que porque según me echó la culpa de que yo había enfermado a esa muchacha. Y la segunda se alivió con los médicos de bata blanca.

Lo comenté con el comisario y le dije yo: que estaba en el INI y que tenía respaldo del gobierno y que le dijera al señor éste que no anduviera con esas tonteras. Que la realidad era una y que yo no soy brujo ni hechicero. ¡Tantos años que me conocen! ¡Tantos años que he vivido aquí en mi pueblo! Hasta ahora soy brujo, hasta ahora soy hechicero. Nomás porque no le quise curar a la niña, porque no estaba en mis manos curarla.

Llegó el comisario, le llamó la atención y le dijo que como podía acusar algo que no es real, que analice la enfermedad de la niña, que es natural.

Yo le dije: “Yo le aseguro que es natural, como fue natural la primera también”.

Varios comentarios se pueden desprender de esta experiencia, pero deseamos rescatar dos que consideramos trascendentes para nuestros fines de investigación.

En primer lugar, que en toda la región mayo—yoreme se cree en la existencia de la hechicería y de las actividades, hasta cierto punto duales de los curanderos. El propio Damián acepta que la gente del pueblo mantiene esas creencias y de alguna manera cuando acuden con él están pensando que tiene facultades para neutralizar los efectos de una hechicería. Él mismo siembra la duda cuando maneja un discurso donde aparece lo natural (los virus, la desinfección) pero mantiene el concepto sobrenatural de “mala sombra”, asociado a personas fallecidas en el lugar.

En segundo lugar, queremos destacar que en su defensa recurre a una institución gubernamental que le está brindando una legitimidad hacia sus actividades curativas. En este sentido, es indudable que la “credencialización” y la entrega de constancias, diplomas y reconocimientos por parte de instituciones estatales (como el Instituto Nacional Indigenista, la Dirección General de Culturas Populares o el Instituto Mexicano del Seguro Social) han tenido, poseen y seguirán ofreciendo un relativo efecto protector, que resulta

útil para su defensa ante la población general (pues convalida su saber y su práctica) y hasta ciertos niveles de autoridad civil (comunitaria, municipal, y —a veces— regional), pero difícilmente en cuanto organismos policíacos estatales, federales y de índole militar.

El otro caso en Sinaloa es el sucedido a doña Leobarda, una curandera de poco más de cincuenta años, que se especializa en sobadura (masaje) de empacho, caída de mollera y tripa, además de que realiza limpiezas y cura el susto o espanto. Tiene alrededor de treinta años de experiencia curativa y no pertenece a la organización regional de médicos indígenas, pese a que se le invitó.

A mediados del mes de octubre de 1991, doña Leobarda encontró en el patio de su humilde casa un paquete conteniendo una piedra y una hoja con el siguiente texto:

Leobarda tienes toda tu familia en peligro
cres que nos vas a espantar pero estamos
protejidos tus decesos no se te cumplan
pero los mios si se cumplan somos mucho
mas fuertes que tu si sigues en ese plan de
querernos acer daño bas a morir muy pronto
tu y tus seres mas queridos ya sabemos que
tu tratas de querer aprender la brujeria
pero nosotros te nos bamos aparecer en tu
casa mas pronto de lo que tu esperas a
matarlos a todos juntos para quitartelo
vivo jijetuchingada madre si no te aplacas
de tus vivesas bas a morir muy pronto
y tu llasabes que nosotros llasabemos tus
malas intenciones pero ustedes sufriran
solo unos minutos
boy empesar por tus nietas que se llevan
en mochis lla los tengo vijilados se que tu
perderas mas si no te arrepientes de tus
trabajos tu tienes jente fruja y yo
tengo jente acecina de corazon
y jente de la tulla que nos tiene enterados

Guarda tus armas o moriras infeliz dañina.

Ante esta amenazadora misiva a su persona y su familia, la curandera se sintió muy mal “...hasta dejé de comer” y recurrió casi de inmediato al comisario ejidal, al síndico del ayuntamiento, al juzgado del pueblo más cercano y días más tarde a los funcionarios del Instituto Nacional Indigenista. Todos ellos prometiendo vigilancia y protección.

Afortunadamente hasta nuestra última vista de campo, en febrero de 1993, no había sucedido ningún hecho violento, salvo la aparición de un nuevo recado, pero ahora relacionado con chantaje, pues solicitaban cerca de cuatrocientos mil pesos (cerca de ciento veinte dólares) por dejarla de molestar. Una de las hijas de la curandera relata:

Fue como el 8 de diciembre [de 1992]. Nosotros íbamos a buscar quelite para mi mamá, y nos devolvió la nuera y dijo que había hallado un papel. (...) cuando nosotros llegamos, ella ya lo había leído. Y como soy nerviosa pues luego me espanté. Lo vimos lo que decía y de los mismos nervios me puse a llorar. No saber quien de todos. Si dijera uno a quien. En el papel no decía a quien tenía que entregar el dinero. No decía y era lo que me preocupaba. Según era la misma letra [de la anterior carta].

A continuación especulan de los posibles autores de los anónimos, pensándose en otros curanderos de la localidad, o bien de algún vecino que conoce a la perfección los movimientos cotidianos de la familia amenazada. Finalmente comentan que las diversas autoridades no realizaron ninguna acción, en tanto que la sola presencia del INI en la casa de doña Leobarda tuvo un resultado positivo pues las cosas “se calmaron”.

Este caso nos demuestra la inmensa fragilidad en torno a la seguridad personal de los médicos indígenas, donde ellos mismos pueden ser protagonistas de mutuas sospechas. Un servidor ha estado en reuniones de médicos indígenas donde algunos realizan o han hecho rituales de autoprotección que los resguarden de colegas curanderos e incluso algunos no asisten a tales encuentros, alegando la presencia de supuestos hechiceros o de presumibles “envidias”.

Por último, de Campeche presentaremos el caso de doña Lucia, quien fue demandada por una paciente de una ranchería, ante las autoridades municipales de Tunkulchén, para que hiciera devolución del dinero y los objetos entregados en pago a las consultas que la curandera había realizado:

“Es lógico que yo te cobre” (...)

Le dije al presidente [municipal] que fue mi curación.

“Mira —le digo [a la ex-paciente]— yo aquí no te cobré ni un cinco. ¿No en mi casa vienes a comer? Allá con mi hija, ahí te sientas en la mesa, ahí te doy tu comida, arreglo a tu hijito (...) lo agarro, lo lavo, lo baño, lo mudo [de ropa]. ¡Esas cosas se agradecen! Pero si no me lo quieres agradecer, no me pongas calumnias. ¡Sí te curé y te dejé bien!”

(...)

Entonces vino su esposo. Creo que le tocó su corazón.

“No -me dice en maya- no quiero que te encierren porque hiciste un favor”.

“Entonces —dice el presidente— esta señora no tiene delito, al contrario te curo. ¡Retírese señora!” Agarraron a ella y tuvieron que pagar la multa.

Este incidente muestra cómo la autoridad local sí apoya a los esfuerzos curativos de los médicos indígenas y lejos de sancionarla, le brinda su plena protección.



Acorde a la información recolectada, las relaciones entre médicos indígenas y las diversas autoridades varían conforme a la identidad y pertenencia indígena, el tipo de autoridad, la amplitud de reconocimiento institucional y jurídico a la medicina indígena y el grado de consenso comunal acerca de las actividades del terapeuta.

Es posible observar que se elevan las posibilidades de una excelente vinculación cuando los médicos indígenas y las autoridades pertenecen al mismo grupo étnico, aunque esta identificación no ofrece de ninguna manera una seguridad absoluta al médico indígena (recuérdese al principio del capítulo el caso de Don Antonio, el curandero mixteco que afectó intereses en la comunidad, y que las propias autoridades municipales pretendían juzgarlo y ahorcarlo por ejercer la hechicería).

Por otro lado, cuando existen autoridades municipales con una afiliación religiosa diferente (por ejemplo, evangelistas), los médicos indígenas de adscripción católica tendrán dificultades para el ejercicio de sus actividades curativas mientras ellos duren en el poder.

Según nuestras indagaciones, los principales problemas de interrelación corresponden con las autoridades estatales y federales, siendo mínimos a nivel municipal. Con las primeras destacan las fuerzas policiales y militares que desarrollan programas específicos contra el narcotráfico y no contra la medicina indígena, sin embargo para ellos toda muestra herbolaria será considerada sospechosa, pudiéndose engendrar excesos que conduzcan a la extorsión y el cohecho.

Con la experiencia boliviana queda claro que la legalización de la medicina indígena tradicional mejora las relaciones con las autoridades civiles y que se amplía de manera ostensible los márgenes de garantía y protección laboral de los terapeutas.

En cuanto al consenso comunal, detectamos escasas pugnas al interior de las comunidades indígenas, excepto cuando existe la sospecha o la certeza de que alguno opera actividades relacionadas con la hechicería, en cuyo caso aparecen datos de falta de cohesión social que se expresan en múltiples desavenencias interpersonales, amenazas e incluso la presencia de homicidios.

CAPÍTULO 8

MÉDICOS INDÍGENAS Y AUTORIDADES RELIGIOSAS

En cientos de poblados [mayas], aunque hayan desaparecido la lengua y el traje, alienta lo precolombino semioculto no sólo en formas que con desprecio consideramos supersticiones (...) sino como actividades legítimas de sus organizaciones. En efecto, aquellos a quienes llamamos brujos son sacerdotes o jerarcas indígenas, respetados o solicitados tanto o más que los sacerdotes católicos. (Luis Cardoza y Aragón, 1976:19-20)

La posición doctrinal de la Iglesia católica en relación a las prácticas populares (incluidas las curativas) se expresa con suma transparencia en el catecismo publicado en 1992.

Así la superstición es definida como una “perversión” y “desviación” del hombre en cuanto a sus prácticas y sentimientos religiosos, donde se atribuye a la magia una importancia excesiva. Las *prácticas mágicas y hechiceriles* son absolutamente condenadas porque

se pretende domesticar potencias ocultas para ponerlas a su servicio y obtener un poder sobrenatural sobre el prójimo

—aunque sea para procurar la salud—, (y) son gravemente contrarias a la virtud de la religión. Estas prácticas son más condenables aún cuando van acompañadas de una intención de dañar a otro, recurran o no a la intervención de los demonios (Catecismo, 1992:470).

El uso de amuletos y la práctica del *espiritismo* se encuentran prohibidos y enfatiza: “El recurso a las medicinas llamadas tradicionales no legitima ni la invocación de las potencias malignas, ni la explotación de la credulidad del prójimo” (*ibid*).

También se rechaza toda forma de *adivinación* mediante evocación de personas muertas, el diablo u otras prácticas que pretendan conocer el porvenir. Por tanto se prohíbe el empleo de la quiromancia, la astrología, el horóscopo y otras métodos de interpretación para adivinar los acontecimientos venideros pues

encierran una voluntad de poder sobre el tiempo, la historia y, finalmente, los hombres, a la vez que un deseo de granjearse la protección de poderes ocultos. Están en contradicción con el honor y el respeto, mezclados de temor amoroso, que debemos solamente a Dios. (*ibid*).

Por último, la Iglesia considera un *sacrilegio* la utilización profana de objetos, lugares y personas “consagrados a Dios” (*ibid*:471).

SACERDOTES CATÓLICOS Y MEDICINA INDÍGENA

Durante nuestro trabajo de campo en tres regiones de México y en una de Bolivia, realizamos sendas entrevistas a los curas encargados de las demarcaciones parroquiales que comprenden población indígena.

Fueron cuatro los entrevistados, todos ellos diocesanos, es decir, dependientes de su respectivos obispos. Dos de ellos (el de Michoacán y el de Bautista Saavedra) son originarios de la misma región donde actualmente ejercen su ministerio, dato que es fundamental en el análisis comparativo, pues son los sacerdotes con menos problemas de interrelación con los médicos indígenas, e incluso el padre José María, alias *Chema* (de Antara, Bolivia) es el único hablante de una lengua indígena local. El que trabaja en Sinaloa es originario

de Guadalajara, Jalisco, y el de Campeche es un misionero proveniente de los Estados Unidos, que por supuesto, es el sacerdote con más distanciamiento cultural (y más problemas) con los médicos indígenas de la localidad.

El tiempo mínimo de trabajo parroquial es de tres años y medio (el padre José María en Bautista Saavedra) y el máximo es de veintidós años (en el caso del padre Rufino en Michoacán), en tanto que el padre John ya tiene alrededor de doce años de convivencia con sus feligreses mayas de Tunkulchén, y el padre Julio lleva tres años y ocho meses sirviendo a las comunidades mestizas y mayo-yoremes del norte de Sinaloa.

Los cuatro sacerdotes tienen conocimiento de la existencia de prácticas médicas propias de los indígenas, de los recursos materiales utilizados y de los diversos terapeutas que ejercen la curación, incluyendo los rituales más comunes. Tres de ellos ofrecieron testimonio de curaciones practicadas por los médicos indígenas y en algunos casos —como más adelante detallaremos— narraron su participación directa y personal como enfermos.

¿Cual es su posición general frente a estas manifestaciones de cultura médica indígena? Resumiéndola sería: aceptación en el empleo de los recursos curativos herbolarios, ambigüedad y contradicción ante la realización de ritos y ceremonias nativas, rechazo unánime a las actividades de hechicería, existencia de actos atribuidos al poder diabólico que han requerido su participación como exorcistas, reconocimiento legal a los curanderos “técnicos” (yerbateros, parteras, sobadores, etc.) y sanciones para aquellos que realizan actos considerados como contrarios a la doctrina católica. En las siguientes líneas nos extenderemos en cada una de estas posturas.

1. Empleo de plantas medicinales

Todos los sacerdotes reconocieron el valor curativo de los remedios herbolarios. Las referencias fueron puntuales y positivas.

Para el padre Julio, el uso de las plantas medicinales es una realidad inobjetable, a la que la Iglesia no se opone, porque **“...muchas plantas tienen propiedades curativas, tan es así, que en el laboratorio muchas de las pastillas, de los productos, son extractos (...) de estas plantas”**. De tal modo que las actividades de los yerbateros son consideradas como técnicas curativas naturales aprendidas generacionalmente **“...el conocimiento de padres a hijos se ha ido sucediendo (...) los guardan, los escriben...”**, son memorizados y tienen su efectividad.

En el mismo sentido, el padre John aprueba el trabajo de los yerbateros. **“Aquí [en Campeche] hay mucha hierba buena para la sanación, hay mucha**

medicina.” El mismo relata que en una ocasión que padecía de una enfermedad respiratoria acompañada de intensa tos y dolor de garganta, acudió con un médico académico, pero no fue hasta que le recetaron un compuesto a base de miel y maguey que sanó en forma completa. Afirma que son “**cosas naturales**”.

El padre Chema desconoce qué hierbas medicinales emplean los médicos kallawayas, sin embargo, reconoce que éstos constituyen un importante recurso terapéutico de la medicina indígena local.

Por último, el padre Rufino, después de treinta y cuatro años de vida sacerdotal, veintidós de los cuales los había vivido en comunidades indígenas de Campicuar, es sorprendido por el conocimiento popular sobre las plantas medicinales.

En una reunión de catequesis realizada en un pueblo cercano se enteró de la amplitud de recursos curativos que fueron expuestos por sus feligreses:

Yo recuerdo —no con exactitud— que señalaron más de setenta hierbas, y aparte de hierbas otras cosas para curar a la gente. A mí me dejaron admirado, sospechaba o sabía pero no creí que fuera tanto, y que tanto el recurso de la gente a esos medios...

En estas condiciones no pone en duda la validez del conocimiento empírico basado en remedios naturales.

2. Empleo de ritos y ceremonias

Existe un escaso convencimiento de los sacerdotes católicos acerca de las bondades que acarrea la utilización de oraciones, invocaciones y ceremonias emprendidas por los médicos indígenas, por tratarse de recursos materiales y simbólicos con un contenido ideológico a veces no concordante con el pensamiento ortodoxo de la Iglesia.

No es un rechazo absoluto sino parcial y selectivo, porque existe una estrecha combinación de elementos religiosos proveniente del catolicismo popular con aquellos aprobados por la institución eclesial.

Como bien lo expresa el padre John, hay una mezcla difícil de separar: “Los yerbateros y curanderos, si hay verdaderos, ¡no hay problema! Pero los mezclados... Yo le pregunto a la gente ¿qué hacen?” La desaprobación resulta tajante: “Yo lo[s] rechazo... yo trato de alejar mi gente de ellos.”

En una comunidad maya perteneciente a la parroquia, descubrieron que el encargado de la iglesia era un sacerdote indígena (h'men) que de manera

cotidiana realizaba ceremonias agrícolas propiciatorias llamadas primicias. Al verse sorprendido se alejó de la iglesia pero no dejó de ejercer el control sobre la comunidad pues se trataba del fundador del poblado y operaba una red de relaciones sociales y culturales imposibles de separar. Por supuesto, el padre John reconocía su desventaja como extranjero, representante de la Iglesia hegemónica e ignorante de la lengua y las costumbres nativas.¹³³

Con mucha prudencia, el padre Chema reconoce la persistencia de los ritos ceremoniales quechuas y no se pelea con los médicos kallawayas, al contrario participa en las actividades locales e intenta modificar tales costumbres adaptándose primero a ellas para luego encauzarlas hacia el catolicismo: “...a mí no me molestan esas cosas [rituales], más bien yo quiero conocer[las], para evangelizar a ellos”.

Ante las plegarias, invocaciones y oraciones empleadas en los rituales curativos, los sacerdotes mantienen una postura tolerante pero más cercana a la desaprobación.

Entre los mayos-yoremes del norte de Sinaloa, la figura de la rezandera ocupa un lugar prominente en las actividades religiosas de la comunidad, pues requiere de vocación de servicio y transmisión familiar para su ejercicio, e incluye no sólo la repetición constante de las oraciones católicas sino también la dirección de las festividades locales con o sin la presencia del sacerdote diocesano, así como la operación de rituales curativos, acciones que implican una buena dosis de iniciativa personal no necesariamente enmarcadas dentro de los lineamientos doctrinales de la Iglesia.

El padre Julio no desconoce tales funciones comunitarias de las rezanderas. Sabe y ha estudiado con detenimiento el contenido de algunas oraciones no oficiales (por ejemplo a San Judas Tadeo, San Pascual Bailón, o a la Mano Bendita), no obstante ofrece una explicación teológica que conduce a justificar la acción de las mismas. Al respecto afirma:

Son oraciones que no son doctrinales porque se revuelve todo (...) hay oraciones que tienen el nihil obstat, o sea [que] nadie se opone a que se siga propagando o publicando, pero hay ciertas oraciones donde se utiliza mucho la amenaza...

y continúa diciendo:

¹³³ En un pueblo vecino, pudimos constatar que una pequeña ermita consagrada a la Virgen de Guadalupe, estaba al cuidado de un conocido h'men. Allí mismo realizaba sus ceremonias curativas contra los “aires” y otras entidades patológicas. Esta información se ampliará al final de este capítulo.

Son oraciones fáciles, son oraciones que no comprometen, son oraciones que siguen dejando en la ignorancia y se piensa que ya con eso...ya se cumplió, ya se solucionó todos los problemas. Y a veces todas las personas siguen teniendo problemas, no viene la solución, se desesperan y ya no creen en Dios. Ese es el problema que no sea una fe ilustrada.

En este contexto, el padre Julio se refiere a una “fe extraviada” que requiere la búsqueda de nuevas formas educativas y de orientación, posponiendo acciones represivas.

También mostrando su condescendencia, el padre Rufino ha sido testigo de las actividades operadas por hechiceros de la meseta purépecha, y en tono humorístico afirma que:

Aquí rezan rezos católicos. Hasta eso que rezan bien el Padre Nuestro, el Credo, el Gloria, todo eso, y los signos, la señal de la Cruz, las inclinaciones, todo eso. ¡Yo los he visto! (...) Desde luego que recurren a rezos, recurren a la invocación ordinaria que se hace en la iglesia, lo malo es que se cree que se puede manejar a Dios o que Dios es capaz de perjudicar a otra persona. Allí es donde yo veo el mal.

Como ya se anotó en líneas previas, el padre Chema reconoce la persistencia de los ritos ceremoniales kallawayas, evita la confrontación directa con los curanderos nativos y busca con su actividad pastoral la presencia controladora del catolicismo oficial, asumiendo una contradicción imposible de superar: evangelizar sin destruir la cultura indígena. Al respecto dice: **“Al menos por mi parte, trato de relacionarme un poco con ellos [los curanderos kallawayas] para que no tengan cierta desconfianza, recelo (...) estamos tratando de hacer [una evangelización], sin quitar, sin cambiar [sus ritos] (...) sin quitar sus costumbres”.**

Cuando estuvimos en la fiesta patronal de un conocido pueblo kallawayas de la alcaldía de Antara, primero las autoridades y terapeutas indígenas realizaron en la víspera una ceremonia propiciatoria (urusi), y luego en días subsiguientes invitaron al sacerdote a celebrar la misa. Los propios curanderos (muchos de ellos provenientes de Cochabamba), se encargaron de vestir con majestuosidad al santo patrón y de cargarlo a costas en el tradicional paseo por la plaza pueblerina, acompañados de danza y música andinas. Con esto queremos señalar que existe una coexistencia pacífica donde se entremezclan los ritos nativos y católicos. En cierta manera hay una subordina-

ción participativa que es aceptada por el sacerdote y que permite mantener la frágil comunicación entre ambas partes, que de otro modo estaría definitivamente cancelada.

En estos términos, el padre Chema indica: **“Al menos, esos sus ritos no quiero juzgarlos como algo malo pero sí es algo bueno para ellos (...) porque al hacer eso, no se olvidan del nombre de Dios: hacen la señal de la Cruz, rezan y piden...”**

Esta actitud se refleja en la práctica cuando el párroco es invitado a participar en la llamada “mesa blanca” donde se confecciona una ofrenda con doce platos que contienen hojas de coca, flores y corazones de cuy.¹³⁴ **“Yo también [participo] estando allí. Igualito [lo] que ellos hacen”.**

Aparentemente no ha sido criticado en el pueblo pero los sacerdotes foráneos que han visitado el pueblo se han sorprendido e incluso **“se han molestado un poco (...) se apartan, retroceden y ya no quieren participar [de] eso”.**

Por ello, a diferencia del padre John en Campeche, el sacerdote católico de Antara es originario de la región, es hablante del quechua y es conocedor de la cultura nativa. Por eso la distancia cultural con sus feligreses es mínima y esto le permite entender los ritos kallawayas, acercarse a las ceremonias y participar “ch'allando” (o libando en honor de los dioses del panteón andino), aunque la interpretación sobre la ofrenda y la libación que brinda el padre Chema difiera en el o los destinatarios, pues para él la invocación a Inti (el Sol) y la Pachamama (la Madre Tierra) serían simples formas de intermediación ante el verdadero y único Dios, por lo que si fuera directo a ellos como entidades divinas supremas **“tal vez eso ya vamos a considerarlo como malo, [es decir, como] una idolatría”**, mientras tanto, él piensa que son ritos ceremoniales de agradecimiento indirecto a Dios por la obtención de una abundante cosecha, la ausencia de enfermedades, el retorno de algún familiar ausente u otros favores concedidos.

Por otra parte, en la medicina indígena americana el empleo del agua es asociada al concepto de pureza y de purificación. Por ello, obtener agua que ha sido bendecida por el sacerdote —para fines diferentes a los establecidos por la Iglesia— resulta una empresa difícil y riesgosa. En Antara, el padre Chema ha observado una gran demanda de agua bendita, pero no ha descubierto un mal uso de la misma. En cambio para el padre John el uso tiene fines maléficos y se enoja porque la primera vez le engañaron y dio una buena cantidad: **“Antes, como gringo estúpido —y no digo otra palabra— yo**

¹³⁴ Para una visión etnográfica de los rituales kallawayas consúltese las obras de Ina Rösing (1990 y 1991), en especial el tercer libro que trata sobre la mesa blanca (1992).

di a ellos [los hechiceros] agua bendita...[Y] no supe quien[es] era[n]”. El padre Julio también toma sus precauciones y siempre interroga al solicitante:

—Oiga padre, fijese que...(y ordinariamente piden medidas, un litro, dos litros)

—Oiga padre, quiero que me bendiga este litro de agua.

—¿Para qué la quieres?

—Pues, no pues me manda mi abuelita que la necesita.

—Mira, el agua se la bendecimos a la persona que la va a utilizar, para saber para qué la va a utilizar. Dile a tu abuelita que venga.

—No, pues que está en silla de ruedas.

—Bueno, entonces ¿Donde vive tu abuelita? Vamos a ir a visitarla.

Y a veces sí me he dado un tiempo, he ido, la he visitado. Las he orientado. He hecho una oración de esperanza en el Señor. Comprenden y se quedan tranquilos. Otras veces, en el momento no he podido y se manda a llamar a otra persona y se le explica y se ha solucionado, controlado eso del agua bendita...

3. Rechazo a las prácticas de hechicería

Si las plantas curativas son aceptadas y los ritos indígenas son tolerados, en cambio las prácticas consideradas como hechiceriles son absolutamente repudiadas por todos los sacerdotes entrevistados.

La hechicería es considerada por ellos como una actividad satánica, donde el practicante adquiere un *poder* suprahumano cuyo origen se encuentra en la búsqueda individual del dinero, asociándose a la envidia, la corrupción, la ambición y el desorden: “**Por ganar dinero, por ganar poder se meten a la brujería y allí es donde se invoca a Satanás [y] ya son palabras mayores**”. Como puede observarse en esta cita textual del padre Julio hay una confusión conceptual muy frecuente en América Latina, que no distingue brujería de hechicería y son tomados como sinónimos o por lo menos como prácticas equivalentes.¹³⁵

¹³⁵ En términos antropológicos la primera remite a las prácticas europeas de los siglos previos a la conquista española, en tanto que la segunda corresponde a las prácticas de los países colonizados en América, África y Asia. El concepto de brujería conlleva la existencia de un personaje —sobre todo del sexo femenino— con poderes emanados de un pacto o alianza con el Satán, que realiza operaciones malévolas y actos específicos como extrañas reuniones secretas, excesos sexuales, etc. Para don Gonzalo Aguirre Beltrán, la bruja tiene características muy europeas, que trasplantadas en el Nuevo Mundo, se le confunde con el nagual, hombres que “**nacen con disposiciones sobrenaturales por gracia que reciben de Dios**”, es decir, sin la intervención diabólica (1963:112).

Diferencian al brujo del curandero en cuanto a la *intencionalidad* del acto y no tanto a sus fines curativos, es decir, que se trata de una valoración ética la que califica o descalifica al individuo practicante, de tal modo que la brujería es designada como una acción negativa, malévola, pues el poder deriva directamente de Satanás. El padre Chema señala que “...ellos hacen brujería para que tal persona muera, para que tal persona caiga en alguna desgracia, que tal persona se enferme, que tal persona sufra”.

Resulta evidente —como ya se ha repetido con insistencia en la literatura antropológica— que las prácticas de hechicería remiten a un conflicto social que se expresa en problemas colectivos interpersonales. El padre Julio lo manifiesta de la siguiente manera:

Esta persona tiene un “mal puesto”. ¿Sabes quién es? Tu suegra. Tu suegra porque nunca quiso que tu te casaras con su hija; no te ha aceptado. Pero no te preocupes, yo te voy a quitar ese hechizo. Tu me traes una fotografía y te vienes preparado porque todo cuesta, pero no te preocupes, yo te voy a ayudar”

En un sentido semejante, el cura de Campícuaro relata que ante una enfermedad incurable, donde el médico académico ha reconocido su incapacidad, los enfermos y sus familiares:

...recurren a las prácticas de la brujería, y lo más perjudicial en este caso es que el hechicero dice: “es fulanito el que te está haciendo el mal, es el vecino, es tu cuñado, es tu suegro” y ponen a una gente contra otra. Se recurre a él cuando no se puede tener lo que se quiere (...) cuando hay odios, ofensas graves que no se pueden arreglar legalmente (...) La brujería está relacionada con el robo, con el abigeato...

De este modo, con el pretexto de la “brujería” se emplea este medio para la resolución de problemas comunitarios, muchos de ellos ligados a la tenencia de la tierra y de sus productos. El mismo padre Rufino describe cómo la brujería es y ha sido empleada por los acaudalados comerciantes de Uruapan, Michoacán, para dividir a una comunidad india dueña de sus bosques:

Estos ricos pagaron a personas para que hicieran brujerías: embarrar sangre en las casas de algunas personas, sacar hilos de color y enredarlos por todas las calles del pueblito. (...) Había una inquietud, una tensión grande entre ellos...decían: “¿Qué va a pasar? ¿Qué va a pasar? ¿Por qué va a pasar? Es que están las señales de que va a pasar [algo]” Y les habían pagado a estas personas madereras para [espantar]. Sin embargo, hubo alguien entre ellos mismos que les habló en su idioma, se documentó mejor, los orientó y no...[sucedió nada]¹³⁶

En Campeche, la brujería es considerada como un problema “muy fuerte” con un poder semejante a las prácticas similares en Haití y Brasil. El padre John es vehemente en su rechazo a los brujos o curanderos “mezclados” que realizan una combinación de prácticas curativas y hechiceriles. Dos albañiles que se encontraban construyendo una iglesia en una comunidad cercana a la cabecera municipal de Tunkulchén, le informaron al párroco que el sacerdote maya (h'men) de la comunidad realizaba rituales nocturnos muy extraños:

En la noche (...) [había] puros hombres, ninguna mujer. Tienen sus mazorcas (...) y hacen oraciones y vino [el] fuego [pero] no hubo cerillos, ni nada, [Hay] encantaciones. Él seca la cadena, seca la madera... incendió la cadena. (¿Cómo? Yo no sé.) “Padre, yo lo vi y yo tuve miedo. Después -no lo pensé- nada más después: ¡Ay! Esta persona, seguro es cuestión de brujería.

Esta mezcla de prácticas también es observada por el padre Chema para el caso boliviano, pues afirma que el médico kallawaya “...hace sus ceremonias limpias, (...) con buena intención, pero al mismo tiempo puede ser brujo. [Entonces] no se puede [diferenciar], es difícil”. Y con esa ambigüe-

¹³⁶ Al parecer, esta táctica de los terratenientes para enajenar tierras productivas de los indígenas no es un acontecimiento aislado, sino una forma más de explotación que emplea el mestizo para el sometimiento del indio. En Altamirano, Chiapas, los ricos ganaderos de la región intentaron por un tiempo amedrentar a los habitantes de un ejido para que no defendieran sus derechos agrarios y terminar de comprar las tierras que habían colonizado y trabajado. Un anciano relata: “Empieza la brujería para dividir a la gente, mucha se enferma y sale de[l rancho] Buenavista. Decía [el patrón ganadero] que el que podía tener algo era porque tenía pacto con el diablo. Entonces el [ganadero] Kanter se aprovecha y paga a Raymundo Guillén y se queda con los ranchos Buenavista y San Martín. Con esto, Augusto Kanter (...) llegó a tener, para los años de 1946 y 1947, cerca de 20 mil hectáreas con los dos ranchos” (artículo de José Gil Olmos, enviado del periódico La Jornada, lunes 16 de mayo de 1994, p. 41).

dad los kallawayas “invocan el nombre de Dios, rezan el Padre Nuestro, pero al mismo tiempo que quitan los hechizos, [y] los encantos.

4. *Posesión demoníaca y exorcismo*

Si la hechicería (de acuerdo con la Iglesia) obedece al mandato diabólico, el sacerdote católico surge como el recurso oficial idóneo para su neutralización. Por supuesto, el curandero —con sus rituales de limpia, barrido, desalojo, etc.— constituye la versión popular que sirve para contrarrestar la fuerza maligna que se manifiesta en el acto hechiceril.

El sacerdote ha sido más o menos preparado para luchar en contra del diablo, y uno de los procesos más empleados es el *exorcismo*, entendido éste como la actividad ritual encaminada a expulsar el diablo que se ha posesionado del cuerpo de una persona y que le afecta parcial o totalmente en la esfera física, mental y social.

Los cuatro sacerdotes entrevistados han tenido alguna experiencia personal sobre este tipo de procesos.

Según la información brindada por ellos, existen dos tipos de exorcismo: el simple y el complejo. En el primero puede intervenir cualquier párroco diocesano pues sólo hay sugestión, sin llegar a la posesión. Por el contrario, en el exorcismo complejo debe participar un sacerdote excepcional que es elegido por el obispo para vencer a tan temible oponente, e implica la existencia de una persona poseída por el demonio.

El sacerdote especializado en exorcismo requiere de una notable fortaleza religiosa; un conocimiento excepcional de las argucias y estrategias del enemigo; una amplia experiencia en este tipo de rituales (primero como aprendiz); un necesario equipo de trabajo que incluya personas capacitadas y maduras en cuanto a su fe religiosa y por último, una dedicación prácticamente exclusiva.

Para el padre Julio, los casos de exorcismo simple no son tan raros como los complicados, y es un deber sacerdotal “entrarle” al problema, aunque no falte el temor pues **“me acuerdo de dos o tres casos en donde sí, sí sentía el ‘cuero chinito’, pero le entramos”**. La capacitación no la recibió durante sus estudios como seminarista sino con un sacerdote que había recibido un curso especial sobre demonología y que le enseñó las oraciones e invocaciones adecuadas para lograr la expulsión del diablo y la consecuente liberación y sanación del individuo poseso.¹³⁷

¹³⁷ Un recurso importante para él es “invocar la sangre preciosa de Jesús, que nos proteja, porque con su sangre, la sangre significa la entrega hasta el extremo: la de morir por nosotros”.

El padre Rufino tampoco recibió un entrenamiento específico para enfrentarse a semejante enemigo. Acepta haber realizado exorcismos sencillos, aunque en una ocasión realizó un ritual especial en un internado donde sucedían eventos inexplicables: voces extrañas, emisión de groserías, conflictos frecuentes entre los internos, etc. Un día después de haber efectuado un recorrido completo por las instalaciones, haber hecho la confesión y bendición de todos los involucrados y haber celebrado la misa:

sentí que de repente alguien, que una fuerza grande me sacudía y cuando menos quise estaba dando vueltas en el baño y hasta me pegué con la boca en el muro. La gente me esperaba para dar la misa y yo no podía detener la hemorragia del trancazo en la boca. Eso fue unas seis horas después del exorcismo.

Sin duda, el sacerdote más experimentado en estas cuestiones es el padre John. Dice que no le gusta hablar sobre el exorcismo porque “**piensan que estamos locos. ¡Ah! Ese gringo cree en esas cosas [y] ahorita hay mucho rechazo de éste**”, por ello “**yo guardó silencio —a veces— para estas cosas**” e incluso reconoce que muchos de sus colegas sacerdotes ya no creen en el diablo, ni en los espíritus malos y tampoco en los ángeles.

Su primera experiencia fue hace veinte o veinticinco años en una pequeña población maya ubicada en el interior de su perímetro parroquial. Se trataba de una mujer enferma. El esposo pidió ayuda económica al padre para trasladarla a Mérida, Yucatán. Al visitarle en su domicilio la mujer le agarró fuertemente de su antebrazo:

Yo no podía quitar su mano. Estaba doliéndome [pues] me estaba apretando. Su esposo agarró un dedo, su papá otro dedo, su hermano otro dedo y yo, otro dedo. ¡Con cuatro hombres con trabajo quitó su mano de mi muñeca! ¡Es la verdad! Con esto me di cuenta de [que] algo malo [sucedió] aquí. Y después empezó para decir cosas.

Le aplicaron tranquilizante inyectables sin resultado. La llevaron en camisa de fuerza hacia Mérida y los doctores nada pudieron hacer. Asistieron con un curandero:

Yo hablé con él...y con oración...y con sangre de pavo y... ¡Ay, Dios mío! [Vi] cosas que yo no conocía...para mí era extraño. Pero ya vino...[fue una especie de exorcismo] ¡Sí señor! ¡Ese fue el problema! Yo no me di cuenta ![Era la] primera vez!

Al relatar esta experiencia, el padre John —que es un hombre alto y corpulento— lo observo visiblemente emocionado y continúa relatando su primer caso en que él mismo ejecutó el exorcismo. Había llevado a una monjas hacia su casa en Mérida y cuando se encontraba tomando un refresco en la cocina, escuchó un grito, se dirigió a la habitación contigua y encuentra a una mujer en el suelo como muerta, agarrando a una monjita con una fuerza descomunal, mientras otras le están aplicando agua bendita y leyendo la Biblia:

—¿Qué está pasando? ¿Qué está pasando?

Y después [se oye] una voz [que] no es normal de ella, [es] una voz masculina, gruesa, fuerte. Y después para reír. Yo traté de poner agua en su boca (...) traté de abrir el labio, pero ¡Yo no podía! ¡Yo no podía! ¡Era como [una] piedra!

Finalmente, yo tardé como una hora y media ayudando poquito pero no me metí en la cosa. Después yo pensé: “Yo soy sacerdote. esta mujer está poseída por [el] diablo. Voy a meterme...”. Me levante y [dije]:

—“Espíritu del mundo, en nombre del Padre, del Hijo, del Espíritu Santo...¡Sal de...!

—¡No! (me contestó fuertemente) ¡No!

Yo le dije:

—¡Sí!

—¡No!

—¡Sí!

—¡No!

—¡Sí!

Gritamos como veinte minutos (...)

Después de veinte minutos yo vi aquí [señalándose la superficie abdominal] como una ola de mar, pero ¡fuerte! ¡increíble! (...) Iba a vomitar [y] salió un aire podrido. ¡Fue el espíritu del mundo!

Fue cuando ella completamente se relajó. [Nos] pusimos en el suelo para descansar un ratito. ¡Era mi primera expe-

riencia [que] yo tenía de sacar el diablo. Después tuve dos [exorcismos] en Tunkulchén.

(...)

¡Me asusté! ¡Ay caray! ¡Yo estoy luchando cara a cara con el diablo! Nada más [pensé] después, cuando yo terminé. En el momento ni lo pensé. ¡Yo estoy luchando... [porque] yo vi como esta[ba] sufriendo aquella persona. (...)

Cuando lo hice [fue] sin pensar. Y después me di cuenta: ¡Dios mío, cara a cara con el diablo!

—¡No! ¡Sí! ¡No! ¡Sí! ¡Sal...! ¡No! ...y esa cosa tremenda. Mi voz... Ahorita [diciéndolo] yo no quiero experimentar[lo] mañana.

5. Testimonios de curación con los médicos indígenas

De los cuatro párrocos, el único que reconoció su asistencia con algún curandero fue precisamente el padre John. Los demás ofrecen sólo experiencias ajenas que les fueron contadas.

De las tres ocasiones que el padre John ha consultado a terapeutas indígenas, las dos primeras han sido después de haber visitado a médicos académicos que no pudieron resolver su problema. La tercera ya ni se molestó en buscarlos. Cabe mencionar que en dichos episodios morbosos, la asistencia fue con sobadores, es decir, con un tipo especializado de curandero que se distingue por un manejo técnico y escasamente ideológico de las enfermedades músculo-esqueléticas.

En la primera vez sufrió una caída que le provocó un dolor intenso en los dos hombros, en lo que podría considerarse como un proceso compatible con luxación y/o subluxación bilateral de la articulación acromio-clavicular:

Yo no pude manejar [el automóvil], no pude hacer nada. Esperé una hora y media, me ofreció [un compañero sacerdote] una cerveza para tomar y cayó la cerveza, me mojé mi ropa, no pude hacer nada, no pude levantar nada. Fui con el médico y el médico dijo: “Tú tienes tus hombros torcidos” [pero] no me dieron nada. Yo tenía un dolor tremendo. Toda la noche lloré, no pude dormir. Esto fue el lunes en la noche. El martes me dieron [y] yo no pude comer. ¡Nada! ¡Nada! Pasó lunes, martes, miércoles, jueves y viernes. El albañil [que trabaja en la iglesia] me dijo:

—Mire Padre, aquí [hay] un señor en San Juan [que] es un pueblito, hay un hombre [que] no [es] curandero, es sobador, tiene conocimiento natural...

—Mira, yo no me aguanto más dolor, [es] tremendo.

[Con el sobador] Yo [le] expliqué lo que pasó conmigo, especialmente mis hombros.

Quitó mi camiseta y dice el hombre:

—Tú agarra al padre por su brazo.

Y él me agarró aquí la cabeza. Me está masajeando, masajeando y masajeando, y en ese momento yo oí ¡clic! Vi un millón de estrellas, un dolor tremendo. Yo grité. Para irnos de aquí a [Tunkulchén] no pude manejar (...) Mis dos hombros estaban fuera de su lugar.

Mi pregunta es: ¿Porqué el médico no pudo hacer esa cosa? El dice: “Va a tardar”.

Yo le mandé al carajo al médico. [En cambio el sobador] es un campesino que no tiene ni un día de estudio, pero tiene un don de Dios, de conocimiento de este y me sanó.

Un mes después vuelve a caer, pero en esta ocasión sufre una torcedura (esguince) de tobillo. El señor Obispo de Campeche lo lleva con un médico institucional: “¡Y la misma cosa! Nada, nada más [curarse con el] tiempo”. Nuevamente asiste con el sobador de San Juan, quien le resuelve el problema.

En la tercera experiencia, él sufre la agudización de un dolor en las piernas que le impide la deambulaci3n. Varios curas le recomiendan asistir con un conocidísimo curador de Yobaín, Yucatán,¹³⁸ quien, en una sola sesi3n le curó de un “nervio pinchado” que ya tenía ocho años de evoluci3n. Claro que esta vez ni preguntó por los doctores.

El padre Julio relata el caso de un licenciado en Derecho que tuvo un delicadísimo problema neurológico, que no pudo ser curado por los médicos académicos y que sanó con las plantas medicinales recetadas por un curandero pueblerino.

¹³⁸ Este curador (ya fallecido) era muy conocido en toda la Península de Yucatán. En la primera ocasi3n que yo me desplazaba en avi3n hacia Mérida, en la sala de espera del aeropuerto una seño(a) yucateca y los integrantes de un equipo deportivo de beisbol que retornaba después de un torneo en la Ciudad de México, me recomendaron ampliamente sus servicios. Ya en el interior del avi3n mi vecino de asiento -un importante dirigente empresarial me platicó maravillas del seño(a) de Yobaín, ya convertido en próspero ganadero. Según el padre John, este curador era amigo del Arzobispo de Yucatán y circula el rumor que él fue al Vaticano para atender al Papa Juan Pablo II después del conocido atentado contra su vida. “No salió en el periódico... fue secreto, (por) prudencia. Eso me dijeron”.

Por su parte, el padre Rufino afirma haber visto tratamientos curanderiles, con buenos resultados “**si no en un cien por ciento, pero [sí] son eficaces**”

El mismo padre John ha observado que los propios médicos universitarios de Tunkulchén asisten con un famoso curandero originario de Belice. A uno de ellos le reclamó en forma airada:

—Doctor ¿Cómo puedes confiar tu vida en un hombre? (...)

Yo te mato ¡Carajo! Yo lo mando al diablo. ¿Cómo puede ser?

—Padre, este, este, este...

—Doctor, tú eres hombre de educación. Tú tienes cultura.

Así yo no puedo confiar en ti.

Finalmente, el padre Chema reconoce que los yatiris o sabios que tienen el conocimiento lo hacen muy bien, tanto como los médicos académicos.

6. Posición de los sacerdotes ante la legalización

Al analizar las respuestas de los sacerdotes ante las prácticas médicas indígenas se manifiesta una evidente polarización en cuanto a su reconocimiento y legalización.

Por una parte, existe una posición favorable en cuanto a los practicantes “técnicos” de la medicina indígena, que abarcarían a los yerbateros, parteras y sobadores.

Por otra, persiste una oposición de la Iglesia hacia todos los practicantes que mezclan los recursos materiales y simbólicos (que les son desconocidos, o por lo menos, extraños), así como todos aquellos englobados en la categoría de “charlatanes”, que engañan y lucran con su saber.

Es una histórica ambivalencia que se encuentra desde los primeros años de la colonización española. Por ejemplo, en las ordenanzas hospitalarias escritas en náhuatl por Fray Alonso de Molina en 1552, se indica a los cofrades que daban servicio en los hospitales de indios:

“que primeramente tomen consejo para que busquen las diversas medicinas, las hierbas medicinales... mas es necesario que interroguen a los verdaderos sabios, los que conocen las hierbas medicinales, no aquellos engañadores” y cometerán pecado “si meten (a) los brujos (en el hospital)”, por el contrario deberán meter “a los verdaderos sabios, los que conocen las hierbas medicinales con las que curarán...” (Venegas, 1973:116)

En la actualidad es la misma situación, pues en forma abierta los curas aplauden las decisiones estatales de estímulo, apoyo y promoción de los médicos indígenas dedicados a la herbolaria, el masaje y la atención del embarazo, parto y puerperio.

En este sentido, la promoción —según el padre Rufino— debe formar parte de una política más general de respeto hacia los valores culturales de los indígenas: **“...y si se debe de respetar su lengua, su modo de vida, su modo de administrarse económicamente pues también hay que ver su modo de curarse”**.¹³⁹ Debe existir una reglamentación que busque el respeto y la protección estatal, pero asumiendo una forma de control directo o indirecto que vigile e impida los abusos, engaños y charlatanería.

El padre John desconocía que los sobadores, parteras y yerbateros, estuviesen excluidos de la ley y esto le parece absurdo, puesto que atienden a una gran cantidad de personas enfermas, tienen experiencia y en ellos no encuentra ni engaño, ni fraude. Él piensa que la legalización debe darse, aunque no les guste a los médicos, y fundamenta esta afirmación con sus propias experiencias positivas al atenderse con los sobadores, y las negativas al constatar la incompetencia de ciertos médicos académicos.

Para el padre Chema la legalización es conveniente porque los curanderos kallawayas realizan rituales **“que hacen con buena intención, al bien de tal persona, para su salud, para su trabajo, para sus negocios, para todos sus quehaceres, que sean con buena suerte”** además, la medicina científica **“es bastante cara”** y la gente **“prefieren buscar hierbas nomás o [asistir] donde sus médicos tradicionales”**. No obstante esta apertura del padre Chema hacia la legalización, tal proceso debe acompañarse de la obligatoriedad de una enseñanza formal que incluya conocimientos provenientes de las ciencias occidentales¹⁴⁰ y la exclusión de los brujos pues ellos **“hacen las cosas con mala intención”**.

¹³⁹ Aquí cabe recordar que el padre Rufino pertenece al movimiento denominado como “Teología de la liberación” y desde esta perspectiva el respeto al indígena incluye su cosmovisión religiosa pues **“hay muchas cosas que no han sido iluminadas suficientemente por lo católico, ni han sido asimilados (...) Hay mucho que respetar en el (indígena)”**. No obstante, reconoce el papel conservador y retardatario de la Iglesia cuando dice que: **“esa promoción no es tan fácil (de lograr), ni en cuestión de salud, ni la cuestión política ni la cuestión religiosa. Es un problema muy grande y uno también pasa por cosas que lo hacen a uno pensar, sufrir porque puede ser que (...) uno esté aferrado a una visión de la Iglesia, una visión mestiza o una visión conquistadora, que sería lo más absurdo. Cristo no es conquistador, Cristo es el siervo de Dios en cuanto hombre y la Iglesia tiene que ser servidora y no dominadora”** y que **“el Evangelio se encarne y se haga vida en toda la cultura, y que no se algo paralelo o algo impuesto...”**

¹⁴⁰ Por supuesto que una enseñanza de este tipo echaría por tierra una característica fundamental del curanderismo latinoamericano que consiste en su aprendizaje informal a través de la familia o de la tutoría.

7. Sanciones impuestas por los sacerdotes a los llamados brujos

A través de los siglos ha sido, precisamente, la Iglesia católica la encargada de estigmatizar a los curanderos de brujería. Para no perder la costumbre milenaria, los cuatro sacerdotes que entrevistamos han emprendido —en mayor o menor medida— actos públicos o privados en contra de aquellos terapeutas indígenas que ejercen alguna actividad curativa catalogada como diabólica o supersticiosa.

En ocasiones, llegando a recordar el peso asfixiante, amenazante e intrusivo del temible Santo Oficio de la Inquisición, todos los sacerdotes entrevistados han sancionado a médicos indígenas con amonestaciones, y más aún, uno de ellos ha negado servicios religiosos a las personas acusadas de brujería.

En Carapoa, el padre Julio ha intentado corregir la conducta de ciertos practicantes populares, sin llegar al extremo de prohibir el ingreso a la iglesia o dejar de administrar los sacramentos. No obstante, él mismo reconoce su falta de prudencia cuando una mujer, después de asistir a un curso de espiritualidad impartido por él, empezó a curar mencionando que el poder del Espíritu Santo le había sido entregado por el propio padre Julio. Éste, enojado, decidió acabar de raíz visitándole y amenazándole. Se hizo acompañar de siete hombres, les explicó el problema, planeó las acciones, se dirigieron a la ranchería de la nueva curandera, rodearon la casa, le indicó a la curandera que le enseñara el altar doméstico, ella se negó en un principio pero el padre le presionó para que confesara:

—¡No me mientas! Indícame -por favor- ¿Dónde está tu cuarto? ¿Dónde está tu dormitorio? A ver. ¡Ándale! ¡Indícame! Tú ve por delante.

Entonces ya de una manera enérgica, fue y me abrió y sí... encontré una mesita, [cuadros de] la Virgen de Guadalupe, San Martín de Porres, San Martín Caballero, San Judas Tadeo —que nunca falta— varios santos. Luego encontré un huevo que estaba allí, unas ramas de albahaca, creo que una piedra talismán y no sé que otras cosas. Entonces es cuando le empecé a preguntar:

—¡Oye! ¿Por qué están estas cosas? ¿Por qué tienes esto?

—No, es que yo aquí rezo...

—¿Y por qué tienes esta piedra aquí?

—No, pues es que...

—Es que no debes de revolver una cosa con otra. ¿Y por qué tienes aquí estas hierbas de albahaca? Si sabemos para que sirven. ¡Tú no me engañes! ¡No me engañes!

Y le empecé hablar fuertecito y a decirle que ella, o sea... decirle por un lado su pecado, y por otro dejarle la puerta de la misericordia de Dios abierta... pero sí quizá en mi forma de decirlo yo alcé un poquito la voz, o un muchito.

Entonces, uno de los muchachos, su sobrino sacó un verdugillo [una especie de cuchillo] y me empezó a amenazar y a gritar, o sea, esquizofrénico totalmente el muchacho, de unos catorce años, y me empezó a gritar...Y le dije:

—¡Mira, no me estés gritando! ¡Cálmate! ¡Tranquilo! Yo no me presenté aquí para dañarlos sino para esta persona...

—Tú, hermana ¡Enmiéndate! ¡Piensa lo que estás diciendo! Y además no me andes utilizando a mí como un escudo, o sea como un ganchito para atraer clientes a ti. (...)

Es la vez que actué muy enérgico y la amenacé. Ya por último fue la amenaza. Yo vi que ella no había aceptado, entonces la amenacé. Le dije:

—¡Mira! (...) sabemos que por nuestro sacerdocio no podemos nosotros decirle al Señor: “¡Señor, castiga a ésta!” Pero sí podemos decirle: “Señor, esa persona no entiende ¡Retírale tu favor! Ella quiere navegar por sus propias fuerzas y su propia capacidad, y todo eso. ¡Retírale tu favor, Señor! Te lo pido como consagrado. Tu sabrás, pero ¡Hágase tu voluntad!” Entonces, hermana, eso sí podemos hacer. No podemos decir: “Señor ¡Castígala!” Porque no te va a castigar, Dios es amor para buenos y malos. Pero sí le podemos decir: “Señor ¡Déjala! Déjala un tiempcito, haber si reacciona, haber si puede vivir sin ti.

(...)

Esta persona parece que agarró la primera corrección como fue. Ya no decía que “por las manos del padre Julio”, “que el padre Julio” (...) Ya allí se terminó. La gente se enteró y además se le denunció públicamente: “Hermanos, la persona fulana de tal, en tal parte, está haciendo esto, y esto y este otro. Está mal. Se les prohíbe a ustedes hablar, se les prohíbe asistir con ella. Y ayúdenme a comunicarlo a los demás.

A decir del padre Julio, dicha persona continuó con sus acciones pero ya mejor recurrió con la autoridad ejidal y se calmó el problema, aunque subsiste la duda sobre si persisten las actividades de esa curandera.

El padre Rufino acepta que ha regañado en público a las personas que se dedican a la brujería pues **“una forma de servir es decir[le]: ‘no andes engañando a la gente’ (...) ¿Porqué va uno a perjudicar la vida de otro?”** Sin embargo, muestra su desacuerdo con la excomunión porque **“...sólo Dios conoce el interior de cada quien. Yo no tengo por qué distinguir gente en el templo o [los] servicios que tengo que dar”**.

Contrariamente, el padre John es el más represivo de los cuatro. Cuando algunos de sus feligreses asistieron con el famoso curandero beliceño: **“Yo hice una fuerte rabieta (...) Yo negué sacramentos. Yo hablé fuertemente y ellos se asustaron, pero tiene [este curandero] un poder tremendo”**.

No sólo le niega sacramentos a ellos, sino también a todas aquellas personas que han sido señaladas por la *vox populi* como curanderos de maldad, además de que, públicamente, les ha prohibido el acceso a los servicios que proporciona la Iglesia (casos que serán descritos y analizados más adelante) e, incluso, a una mujer acusada de ser practicante del espiritismo le negó *post-mortem* el acto litúrgico correspondiente.

¿Y quienes constituyen la *vox populi* en Tunkulchén? Pues las mismas mujeres católicas —auténticas cazadoras de brujas— quienes informan (y presionan) al señor párroco. El mismo lo dice:

Cada rato me dicen: “aquí hay una, aquí [otra]...[son] brujas [que] van a misa y comulgan. Me han criticado a mí, que yo he dado comunión a ellas. ¡Yo no las conozco! “Usted ha de ser su amigo”. Yo no niego, no sé quienes son... pero aquí tenemos una muchacha muy joven, su mamá es medium, entra el diablo en ella...”¹⁴¹

En Antara, el padre Chema sostiene una conducta más prudente y menos radical que su colega norteamericano; prefiere la amonestación indirecta y sutil:

Flexibilidad más que todo (...) Si hay oportunidad, decirles. Por allí hay bastantes que toman bebidas alcohólicas, [y] yo no voy a decir: “no debes tomar. ¡Hasta aquí nomás!” Tampoco me van a hacer caso, se van a reír nomás, pero sin cansarse, las veces que haya oportunidad, siempre estar diciendo: “usen pero no abusen”, “usen pero no abusen”

¹⁴¹ Como se observa, el sacerdote ignora lo relativo al movimiento espiritista, e interpreta -como el resto de su comunidad católica- la mediunidad en términos de actividad diabólica.

Él tampoco está de acuerdo con la negación de los sacramentos:

...no creo que sea bueno. Eso ya sería una manera de borrarlo de la Iglesia, discriminarlo, porque la Iglesia es abierta para todos, para gentes buenas, malas (...) En mi concepto no sería bueno porque tal vez, de alguna manera, ese brujo, ese malo puede cambiar y convertirse también. Creo que la Iglesia debe de dar la esperanza.

En cuanto al cumplimiento de la normatividad eclesiástica, es obvio que el catecismo vaticano de 1992 es el libro de cabecera del padre John. Cuando le interrogo si la Iglesia condena las supersticiones y la hechicería, el padre se dirige a un estante del librero, toma el catecismo, lo abre, busca las páginas adecuadas y me dice:

¡Aquí está! “Dios puede revelar el porvenir a sus profetas, otros santos; sin embargo, la actitud cristiana justa consiste en entregarse en confianza en las manos de la Providencia. Todas las formas de adivinación mágica, hechicería...” ¡Aquí está! “...el espiritismo, espiritistas...” ¡Aquí está!

Contrastando con esta posición conforme y disciplinada, el “progresista” padre Rufino, afirma no haber leído el catecismo, y más aún, lo critica señalando su perspectiva eurocéntrica:

Y (...) pues con todo respeto al Santo Padre y a la Iglesia, pero creo que hay mucho que aportar de aquí para allá.

No podría juzgar de superstición a alguien que sabe orar en otra forma (...) Quizá nos sirva para ver como piensan ellos [en Europa] o que maldades nuevas saben...

Y remata su parcial disidencia:

...habrá que tomar los principios, las bases del magisterio, y el pastor y el pueblo juntos ver como se aplica aquello o no se aplica. ¡Se acepta pero no se obedece!

Más bien, ¿Qué piensa el pueblo? ¿Qué piensan los sacerdotes? ¿[Qué piensan] los que forman la Iglesia? (...) Yo veo

que en general la posición del grueso del pueblo de Dios, es [de]) respeto a la medicina tradicional, [de] prudencia también de no aceptar a cualquier persona [o] cualquier medicina que cure todo.

Por otro lado, es opinión generalizada que en los estudios del seminario no se incluye alguna materia relativa al conocimiento de los pueblos en que se va a ejercer el ministerio sacerdotal, y de manera contundente el padre Rufino apunta que el mejor cura para estas comunidades debe ser también de origen indígena, que, sin dejar de ser católico o universal, tiene una formación específica dentro de su muy particular cultura.

El padre Chema —quien más o menos cumple con estas características— indica que se debe profundizar en la cultura religiosa popular porque “**todo (...) está en sus fiestas, procesion[es]. Todas esas cosas, esos ritos, esas ceremonias. Todo eso está dentro de la religiosidad popular**”.

MÉDICOS INDÍGENAS Y CRISTIANISMO

Una vez revisada la posición de la Iglesia (y sus miembros pastorales) en relación con la medicina indígena, ahora describiremos y analizaremos las situación desde el punto de vista de los médicos indígenas.

En el I Congreso Nacional de Médicos Indígenas (Oaxtepec, 1989), fueron denunciados varios problemas con respecto a la intervención de varias agrupaciones religiosas cristianas:

Nos perjudican los hermanos evangélicos, Testigos de Jehová, Visión Mundial y otras sectas religiosas o extranjeras, porque no quieren que demos tequio y no admiten nuestras curaciones. (...) [Además] Si las autoridades son protestantes no nos apoyan. (Documento, 1992:20).

Así en Oaxaca, las autoridades pentecostales, de la llamada Cañada de Cuicatlán, acusan a los médicos indígenas de ser brujos. En la región tototona de Veracruz, los integrantes de la agrupación Testigos de Jehová recomiendan a la gente que abandonen sus practicas curativas tradicionales porque son el fruto de la hechicería. En la Sierra Norte de Puebla, los sacerdotes católicos prohíben la entrada de los curanderos a los templos y prohíben el

ejercicio de la medicina nativa **“...porque dicen que nosotros trabajamos con el mal”**.¹⁴²

De la información etnográfica recolectada por nosotros, destaca la escasez de conflictos en Sinaloa, Michoacán y Bautista Saavedra, no así en Campeche, donde el párroco mantiene un activo distanciamiento con ciertos especialistas de la medicina maya.

Los médicos mayo-yoremes, entrevistados en los municipios norteros de Sinaloa, no refieren dificultades con la Iglesia en general, o con los sacerdotes en particular. Dos de ellos sí externaron problemas, pero con las asociaciones no católicas que han intentado disuadirlos de las prácticas que realizan. A uno de los sabios más ancianos le han dicho que abandone sus rituales curativos, porque en ellos se manifiesta **“el diablo en usted”**. El otro —que es sobador y gobernador de su comunidad— afirma que las actividades de los centros ceremoniales han disminuido por la infiltración e invasión de las “religiones del exterior”, que van modificando las formas católicas que el pueblo yoreme realiza en la cotidianidad.

En Michoacán, ningún médico indígena o mestizo relata enfrentamientos con los sacerdotes y, por el contrario, se han encontrado con curas **“buena onda”** que les han ayudado con capacitación sobre plantas medicinales en los espacios parroquiales, que apoyan las actividades curativas “naturales” y que promueven ciertos rituales de limpieza, diferenciándolos de las actividades de brujería.¹⁴³

En Bolivia, la misma Iglesia católica respaldó, en un principio, la constitución formal y legal de la Sociedad Boliviana de Medicina Tradicional. Tal apoyo no ha sido únicamente a nivel central, sino también se ha mantenido hasta ahora en las filiales departamentales; por ejemplo, el actual dirigente en Santa Cruz, al oriente boliviano, relata que la Iglesia les ha proporcionado local, mobiliario y financiamiento en general. Por supuesto que el auxilio es brindado para la promoción y desarrollo de las terapias herbolarias, pues en lo que se refiere a los ceremoniales andinos, la Iglesia calla y:

guarda silencio porque es estrellarse contra una muralla. El hombre andino ha nacido con esto [de los rituales] y se va a morir con esto, no se le va a poder quitar (...) [porque] es

¹⁴² Informaciones recogidas en diversos encuentros con las organizaciones de médicos indígenas en la ciudad de México, Papantla (Veracruz) y Huauchinango (Puebla).

¹⁴³ No es casual que sea precisamente un sacerdote católico de origen purépecha el mejor calificado con esa expresión de “buena onda”, es decir, comprensivo y benevolente.

parte de su vida. Esto de la *milluchada*¹⁴⁴, del sahumerio, ésa es su fe y su creencia en la Madre Tierra [la Pachamama], no podemos ni puede la Iglesia, ni debe intervenir (Ing. Luis).

Por tanto, subsiste —al igual que en México— un recelo y parcial rechazo de la Iglesia hacia las prácticas rituales indígenas¹⁴⁵ y un intervencionismo creciente de las agrupaciones evangelistas que tratan de influir en las filiales de la Sobometra, provocando dolorosas divisiones al interior de la organización.

Excepto un médico kallawayá, los entrevistados no manifestaron problemas directos y, por el contrario, brindaron ejemplos de cómo a algunos sacerdotes católicos que se fueron de misioneros a regiones indígenas aisladas les fueron enseñadas las aplicaciones de algunas plantas medicinales.

El machula Antonio es el único que mostró discrepancia con la Iglesia. Relata haber sido molestado “antiguamente” por realizar los ceremoniales y rituales kallawayas. Él piensa que, a pesar de haber sido bautizado dentro del catolicismo, esa y otras doctrinas son “importadas” y que ha invadido la verdadera religión, que es la nativa de origen quechua.

Hemos dejado hasta el final el caso de Campeche, para ampliar y completar los conflictos que tiene el padre John con sus feligreses, que son al mismo tiempo terapeutas de la medicina indígena, pero ahora desde la perspectiva de las afectadas.

Cuando visitamos al cura de Tunkulchén, la entrevista fue difícil al principio por la desconfianza de platicar asuntos relativos a su parroquia, pero, conforme avanzó el diálogo, se mostró cada vez más abierto, cómodo y franco, al grado de utilizar durante la entrevista algunas palabras fuertes, y revelarnos ciertos problemas concretos en su jurisdicción parroquial. En páginas precedentes destacamos su apertura con respecto a los médicos indígenas que poseen conocimientos “naturales”, pero más bien fue violenta y rechazante al referirse a los médicos-sacerdotes mayas, espiritualistas y otros que fueron catalogados como “hechiceros”. Pese a no existir ningún juicio de por medio que ameritara la comparecencia personal de los acusados, éstos son

¹⁴⁴ Es un ritual indígena para alejar el mal y atraer el bien.

¹⁴⁵ Jaime Zalles, ex-sacerdote católico y activo promotor de la medicina herbolaria boliviana, afirma que: “A la Iglesia hay que reclamarle el haber llamado brujería, a cosa que no era brujería. Simplemente llamó brujería a lo desconocido; ver que la quina curaba fiebres altas, contagiosas, que los europeos llamaban pestes, y ver que un indígena analfabeto, que no había ido a ninguna universidad, curaba con la quina una peste, lo atribuía a brujería, y como habían ritos religiosos diferentes al cristianismo, muchas veces se vieron obligados a llamar participación diabólica lo que no es participación diabólica en absoluto”.

castigados con una prohibición de ingresar al templo y la exclusión de participar en los actos litúrgicos sacramentales.

Tres mujeres fueron sancionadas: Lucía, Fidelia y Juana. Pudimos entrevistarnos con las dos primeras, porque la tercera ya había fallecido pocos meses antes de nuestra estancia de trabajo de campo en Tunkulchén, habiéndose negado el padre John a concederle la misa de cuerpo presente, por considerarla como hechicera. Esto nos permitió confrontar los hechos con el punto de vista del sacerdote y ahora exponer la perspectiva de las acusadas.

El caso de Lucía

Doña Lucía es una anciana de casi ochenta años, nacida en Tunkulchén, hablante del maya y español, ama de casa y curandera, perteneciente a la organización de médicos indígenas de la Península de Yucatán. Estudió hasta el quinto año de primaria y es creyente católica. Sin embargo, para el padre John, ella y las otras representan la encarnación del mal y de la eterna presencia del diablo en la tierra. Ante la acusación y castigo, ella reacciona negando el cargo y amparándose en la justicia divina:

...yo no puedo entrar a la iglesia que porque trabajo [de curandera], hasta me pusieron el apodo de hechicera.

¿A quién he matado? Les digo...(...) Yo no he matado a nadie. Yo ya no voy a la iglesia... yo la voluntad de Dios. (...) Yo ya no voy a la iglesia, yo rezo en mi casa la oración. Yo tengo mis santos.

El padre pone sus leyes. Con el padre nada, me interesa Dios. No me interesa que [me] digan hechicera. Yo no he matado a nadie, no ando hechizando.

No sé si son hechizos los que tienen [mis enfermos], pero yo en un hechizo no creo, pero hay muchas señoras que vienen así, que tienen muchos dolores... pero no es hechicería.

El caso de Fidelia

Nacida en el pueblo, es la única informante que no habla el maya, aunque sus padres sí lo empleaban y ahora a sus hijos “no les gusta” hablarlo. Tiene casi cincuenta años de edad y alrededor de diez años practicando la curación en forma pública. Es analfabeta y no pertenece a la organización de médicos indígenas, a pesar de que se la ha invitado en varias ocasiones. Todavía se considera católica.

Según el padre John, Fidelia y las demás “hechiceras” del pueblo basan sus ingresos económicos en la consulta que ofrecen: “...es [su] **modo de vivir (...)** y si dejan éste, **están en la calle**”. Él considera que Fidelia tiene una situación superior al promedio del pueblo, sin embargo, cuando nosotros le fuimos a entrevistar pudimos observar que esta apreciación del párroco resulta inexacta.

Con cierta ingenuidad, Fidelia acepta ser una medium en su trabajo curativo, que aparte de los conocimientos médicos heredados de sus padres, posee la facultad de solicitar —en caso necesario— la ayuda e intervención de un espíritu protector llamado Carlos Santoyo Cuevas, espíritu de un médico que se apropia de su cuerpo y le dicta a sus hijas las recetas para los enfermos. Dice no pertenecer al movimiento espiritualista trinitario mariano.

Ante las acusaciones vertidas en su contra, ella se ha replegado pero no ha dejado de seguir ejerciendo esta singular forma de curación:

[El padre John dice] que la gente no debe acudir a nosotros porque somos brujos, que porque somos hechiceros. ¡Y lo dice en misa! Lo dice en pleno público (...) Yo de mi parte me he sentido muy mal (...) Yo no soy nadie pero yo creo mucho en Dios. Y desde esa fecha en que yo he sabido que el padre comenta muchas cosas, pos yo no voy a misa... ¡No por temerle a Dios! Pero sí me da pena, porque pues vas y la gente que ya oyó que hablan mal de ti nomás, se quedan mirando y te ven como un animal extraño. Y para ir a que te malmiren, para evitar esos problemas, mejor se queda uno en su casa (...) [y] seguir nuestra religión. Yo sé que sí soy católica y le doy gracias a Dios.

Por supuesto, está en desacuerdo con las denuncias en su contra, pero sobre todo está inconforme con la actuación del sacerdote que no le ha llamado en forma privada para advertirle acerca de sus actividades

...es mejor que cite personalmente, (...) directo y que le diga: —Mira, sabe que... esto y esto. Quiero que no vuelva a suceder o trata de separarte de este motivo, que no es conveniente.

¡Nunca! ¡Nunca nos ha llamado. Como el caso de la hermana Juana. No la llamaron, pero cuando murió la difunta

[sic] no le permitió entrar a la iglesia (...) y el domingo que hizo misa (...) dijo:

—Todas esas brujas, hechiceras que están, que quedan. ¡Lo mismo les va a pasar! ¡No van a pisar la iglesia porque no está permitido!

Finaliza señalando la continuidad de sus actividades curativas:

Yo de mi parte (...) no me siento ofendida porque todo lo contrario, le doy gracias Dios, que desde que he prestado mis obras de caridad, yo nunca he tenido un problema, no se me ha muerto ningún paciente. Le doy gracias a Dios ...

El caso de Sonia

Aunque doña Sonia no pertenece al grupo de las directamente sancionadas, ella mejor guarda su distancia de una posible amonestación pública. Ella y su hija son parteras, tiene poco más de sesenta años, sólo estudió hasta el tercero de primaria, es bilingüe en maya y español, nació en Tunkulchén y tiene un cargo en la mesa directiva de la asociación local de médicos indígenas. Madre e hija se consideran católicas, pero no asisten a las actividades habituales, argumentando exceso de trabajo (que nosotros no observamos durante el trabajo de campo, pues en varios días no atendieron ni un solo parto). “Desde hace más de dos años que no voy a la iglesia, es que... tenemos quehacer”. Eso sí, se queja del injusto comportamiento del padre John: “¡Es malo el cura! ¡No es parejo! A unos sí deja y a otras no deja entrar a la iglesia. ¿Por qué a Ceferina, que es espiritista sí la deja entrar?” De repente, aparece la astucia y la picardía como formas de resistencia, para intentar resolver problemas de la práctica obstétrica que entrañan el uso de recursos simbólicos con fines mágicos: “Pero si él tiene colmillo ¡Yo tengo más! Consigo el agua bendita a través de una ahijada que trabaja allí”. Precisamente el agua bendita es empleada para prevenir el aborto: junto con ruda, es de nuevo bendecida haciendo la señal de la cruz en nueve ocasiones, se le reza una larga oración y, por último, se le da medio vaso del brebaje a la paciente durante tres días. Según doña Sonia, este tratamiento lo ha utilizado con buenos resultados y afirma que una señora con siete abortos lo ingirió y luego tuvo siete hijos. Obsérvese en este caso la utilización de los números considerados como cabalísticos: 3, 7 y 9 que tienen una larga tradición en el mundo mágico.

Otras observaciones en la región maya

Vale la pena incluir en estas breves notas la situación que pudimos detectar en la región sobre la existencia de *h'menob* (sacerdotes nativos) que además de identificarse con sus prácticas mayas ancestrales, se consideran católicos y están al cargo de alguna pequeña capilla en honor de algún santo o virgen del catolicismo.

Este es el caso de Silverio, guardián de una capilla dedicada a la Virgen de Guadalupe. Precisamente en ella se llevan a cabo las entrevistas y las curaciones a sus pacientes con “aires” y otras dolencias.

No obstante, su identificación con la religión católica y con la autoridad eclesiástica local, don Silverio continúa ejerciendo —en nombre de Dios— sus actividades como *h'men* realizando “primicias” dedicadas al dios Chaac (dios de la lluvia) y a los *alux'ob* (míticos dueños de las tierras que cultivan los campesinos mayas).¹⁴⁶ Por su parte, el sacerdote desconoce esta situación, pues de manera regular asiste a tal capilla para ofrecer misas y novenarios.

Otro *h'men* de la localidad, don Jacinto, ejerce la curación en una habitación anexa a su casa, frente a un altar integrado por santos católicos. Tampoco ha tenido problemas con la Iglesia, pero sí se queja de los “hermanos separados”, refiriéndose a los cristianos evangelistas que ya “...no creen en el aire, [en] las primicias [y] no creen nada de las hierbas”.

Por otro lado, durante el trabajo de campo, pudimos entrevistar a una partera de la cabecera municipal de Tunkulchén, afiliada a la organización de médicos indígenas y que pertenece a la agrupación religiosa de los Testigos de Jehová. Con sus colegas mantiene vinculaciones dificultosas, porque la mayoría de ellos conservan los saberes y rituales mayas, o bien, los mezclan con la ideología y práctica católica, y ella suele separarse cuando en las reuniones aparecen elementos religiosos inaceptables para su agrupación.



Con la información etnográfica que aquí hemos presentado es nuestro objetivo demostrar que el reconocimiento y la legalización de la medicina indígena no son ajenos a las instituciones religiosas dominantes en México y Bolivia.

Particularmente la Iglesia católica ha procurado mantener valores, normas y tradiciones occidentales con una pretendida *validez universal*, inten-

¹⁴⁶ Para una descripción de esta “primicia” observada en Tunkulchén véase nuestro artículo “Los *alux'ob* en la vida ceremonial maya” (Campos-Navarro, 1993).

tando un proceso de homogenización en las sociedades no occidentales, que, a final de cuentas, ha resultado parcial e incompleto, pese a los conocidos castigos físicos y morales emprendidos por sus más virulentos inquisidores.

En el caso de la medicina indígena americana, la cristianización logró la abolición de algunos rituales nativos, pero los procesos de resistencia y adaptación cultural de los pueblos invadidos mantuvieron en el secreto y en el clandestinaje un amplio conjunto de saberes, estrategias y prácticas que subsisten después de quinientos años de colonización europea.

En este sentido, la legalización de la medicina indígena tiene que ser pensada alrededor de los derechos autonómicos indios, donde la promoción y el desarrollo de la medicina nativa conduzca a su propio beneficio, protegiéndola de las constantes trampas y acechanzas excluyentes de la cultura occidental o hegemónica.

No estamos por el aislamiento cultural, que encapsule y limite las culturas indígenas, sino en la respetuosa y digna complementariedad que brinde los beneficios de una y otra a la población indígena.

CAPÍTULO 9

LA LEGALIZACIÓN SEGÚN LOS MÉDICOS INDÍGENAS

“Nadie nos puede arrebatar nuestro conocimiento, ni la Iglesia, ni el gobierno, ni los médicos del IMSS, de Salubridad, del INI...”

(Médico nahua, Tanpacán, San Luis Potosí, 1991).

En octubre de 1990 el gobierno estatal aprobó la Ley de Salud del Estado de Chiapas, que legaliza las actividades de los “empíricos y terapeutas tradicionales”:

CAPÍTULO IV

DE LOS AUXILIARES DE FOMENTO A LA SALUD

Artículo 81.- El presente capítulo tiene por objeto el control del ejercicio de la medicina tradicional, en sus modalidades de actividad empírica y de medicina indígena y herbolaria.

Artículo 82.- Quedan comprendidos dentro de los alcances del artículo anterior.

1. Los empíricos: personas que se dedican habitualmente a las labores de prevención, promoción y auxilio a la salud; y,
2. Los terapeutas tradicionales: comprendiéndose principalmente a las personas de extracción indígena que en el seno de sus comunidades y por tradición o costumbre participen en el ejercicio del fomento a la salud.

Artículo 83.- La Secretaría (de Salud) y las demás autoridades comprendidas en el artículo 4º de esta ley, brindarán las facilidades necesarias para la asistencia de los empíricos y terapeutas indígenas tradicionales, que realicen actividades de fomento a la salud en bien de la comunidad.

Artículo 84.- Los empíricos y terapeutas tradicionales serán considerados como auxiliares en el fomento a la salud cuando cumplan sus servicios en los términos del artículo precedente.

Artículo 85.- La "Secretaría" podrá extender reconocimientos a las personas que en su caso acrediten los siguientes requisitos:

- I. Practicar la medicina indígena tradicional o actividades ligadas a la medicina empírica, que deberá comprobarse mediante constancia de aval suscrita por las autoridades civiles o tradicionales de la comunidad en que se desarrolle su actividad,
 - II. Haber recibido adiestramiento suficiente en materia de fomento a la salud o en actividades elementales de primeros auxilios y atención médica simplificada; en cualquier institución del sector salud. Previa acreditación con constancia expedida por la institución de salud que lo haya impartido.
 - III. No haber sido acusado o procesado por delitos contra la salud o por delitos de naturaleza intencional; y,
 - IV. No ser ministros de algún culto religioso o practicante sindicado en conflictos religiosos.
- (...)

Artículo 91.- Toda persona dedicada habitualmente a la actividad de fomento de la salud en forma empírica, que no se ajuste a los lineamientos del presente capítulo, no será reconocida como auxiliar de fomento a la salud por las autoridades sanitarias del Estado y, en su caso, se hará acreedora a las sanciones que determinen las leyes.

La respuesta, de rechazo parcial por parte de las organizaciones de médicos indígenas de todo el país, no se hizo esperar. En una carta enviada al gobernador de dicha entidad exponen lo siguiente:

—Valoramos el interés de su Gobierno por reconocer el ejercicio de la Medicina Tradicional. Sin embargo, nos preocupa que dicho reconocimiento, tal como aparece en la Ley referida implicaría, en la práctica, una disminución de las funciones que históricamente realizan los médicos tradicionales indígenas.

En efecto, la figura del Auxiliar de Fomento de la Salud aparece regulada de manera contradictoria. Por una parte el art. 85 Fracc. I establece el requisito fundamental de que las autoridades tradicionales otorguen el aval por escrito a la propuesta del Auxiliar. Sin embargo, al optar por esa figura, la comunidad estaría aceptando que sus Médicos Tradicionales no continúen con las actividades de Diagnóstico y Tratamiento de enfermedades que hasta ahora vienen realizando.

—Los otros requisitos que se fijan al Auxiliar también plantean problemas potenciales al ejercicio de la Medicina Tradicional, particularmente el relativo a las funciones religiosas. Como es conocido el sistema de cargos indígenas, con frecuencia incluye al Médico Tradicional, el cual cumple un papel fundamental.

—Otro aspecto que despierta preocupación es el criterio contenido en el Art. 91 de la referida ley, misma que señala enfáticamente la obligatoriedad para los Médicos Tradicionales, de someterse al trámite para acreditarse como Auxiliar de Fomento a la salud, de lo contrario se harían acreedores a sanciones, si bien no se indica a cuales sanciones se refiere, la mencionada norma aparece como una advertencia perentoria si bien sin plazo definido.

Por lo anterior solicitamos:

Se considere en el Seno del Congreso Local, la posibilidad de reformar dicha Ley, convocando a la realización de FOROS ESTATALES de discusión con la participación de las Organizaciones de Médicos Tradicionales de manera que se logre una nueva Ley que incluya y reconozca la función ancestral de los Médicos Tradicionales (Carta dirigida al Lic. Patrocinio González Garrido, gobernador constitucional del Estado de Chiapas, 6 de diciembre de 1990).

Por supuesto, el gobierno chiapaneco, con su unilateralidad y autoritarismo, no efectuó las reformas solicitadas y dicha ley, aún vigente, constituye “letra muerta”.

Por el contrario, las organizaciones de médicos indígenas tradicionales de México continuaron reuniéndose con el fin de consolidar sus agrupaciones, dotándoles de una personalidad jurídica (como asociaciones civiles sin objetivos de lucro), y luchando por alcanzar una legitimidad en diversos niveles, que van desde su reconocimiento comunitario, hasta la legalización completa, pasando por los reconocimientos gubernamentales de tipo institucional, que no poseen un carácter jurídico.

En Bolivia, la Resolución Suprema N° 198771, firmada por el Presidente de la República, Hernán Siles Zuazo y su Ministro de Previsión Social y Salud Pública, Javier Torres Goitia, con fecha 10 de enero de 1984, señala

...Que, con domicilio en la ciudad de La Paz, fue fundada la SOCIEDAD BOLIVIANA DE MEDICINA TRADICIONAL, como una institución que no persigue fines de lucro, sino tiene como objetivo promover el mejoramiento cultural de los socios, estimular las actividades científicas así como defender la medicina milenaria contra los perjuicios existentes.-

Que, el derecho de libre reunión y asociación de personas para el ejercicio de las actividades que no sean contrarias a la seguridad del Estado Boliviano y las leyes secundarias, se halla consagrado y establecido por la atribución c) del Art. 7 de la Constitución Política del estado.-

Que, el contenido de los estatutos no se oponen al Código de Salud, ni a las leyes y reglamentos de la Legislación Sanitaria ni a las buenas costumbres del país, habiéndose dado cumplimiento a los requisitos exigidos por el Art. 58 del Código Civil y con el dictamen positivo del Fiscal de Gobierno.-

SE RESUELVE.-----Reconocer la Personalidad Jurídica de la SOCIEDAD BOLIVIANA DE MEDICINA TRADICIONAL y aprobar sus estatutos en sus seis capítulos, veinticinco artículos, y su reglamento en once artículos de que constan, conforme el testimonio N° 91 protocolizado en la Notaría de Gobierno de la ciudad de La Paz.-

Regístrese, hágase saber y archívese.-

Este reconocimiento jurídico fue el producto de un arduo trabajo organizativo que se había iniciado desde principios de la década de los ochenta y que se fue materializando con la fundación de la Sobometra el 7 de enero de 1983, la elaboración de sus estatutos y reglamentos, la elección de sus dirigentes y la solicitud al gobierno de su legalización.

Precisamente, con estos antecedentes recientes, en este apartado abordaremos el punto de vista de los médicos indígenas tradicionales acerca del proceso de legalización, una vez que en los capítulos precedentes se ha expresado la perspectiva de los médicos académicos, de las autoridades civiles y de los sacerdotes que viven cotidianamente con ellos.

El reconocimiento comunitario

Este primer grado de reconocimiento es obtenido por el médico indígena a partir de su trabajo cotidiano en el consultorio, donde los pacientes y sus familiares son demandantes de los servicios curativos. El testimonio verbal de los enfermos se convierte en un primer aval del trabajo curanderil, en especial cuando las intervenciones han sido exitosas.

Un ejemplo típico de esta forma testimonial nos la brinda una partera sobadora yoreme que curó inicialmente a su propio hijo:

Cuando miraron que yo alivié a mi niño, me empezaron a llegar las gentes, pidiéndome que les curara a sus niños. Yo les decía:

—No, yo no soy sobadora. Por eso hay sobadoras buenas. ¡Llévenlos allá!

—No, que ya los llevamos y no se alivian. No seas mala. Tú aliviaste a tu niño. Tú lo curaste. Así nosotros tenemos fe en ti (...)

Bueno, a tanto ruego empecé yo a sobar, empecé a aliviar,
(...) por fin empecé a curar y a curar.

Este servicio comunitario es apreciado por las diversas autoridades locales, quienes a su vez brindan su reconocimiento al trabajo. La misma informante nos dice:

Las autoridades de la comunidad están conmigo, me apoyan. Me han apoyado siempre. Autoridades tradicionales, ejidales, comités de la comunidad me han apoyado.

Con estas condiciones han solicitado y obtenido constancias expedidas por alguna autoridad municipal. Otra sobadora yoreme me muestra una constancia, fechada en febrero de 1990, donde se le reconoce como curandera:

El que suscribe C.B.V, juez propietario de este lugar que hace constar y así lo certifica que la señora G.B.C es persona honorable, vecina del ejido Maravillas y con sus conocimientos que tiene siempre “ayuda” a las personas enfermas a quienes les presta sus servicios.

En Michoacán y Campeche sucede algo semejante, pues los médicos indígenas han empezado a recolectar los testimonios de sus enfermos y de las autoridades para obtener una mayor protección, además de que estas constancias ahora son exigidas para el ingreso a las organizaciones regionales de médicos indígenas.¹⁴⁷

En Bolivia, los kallawayas son reconocidos en las calles porque cargan con sus conocidos kapachos, aunque -a decir de uno de los informantes- en fechas recientes han aparecido individuos que se hacen pasar por auténticos médicos kallawayas, cargando la alforja e imitando sus formas curativas.

Según el reglamento expedido en 1987 por el Ministerio de Previsión Social y Salud Pública del gobierno boliviano, los practicantes “naturistas-tradicionales” necesitan —entre otros requisitos— de una certificación por autoridad local y la firma de por lo menos 30 vecinos que avalen su práctica curativa.¹⁴⁸

¹⁴⁷ En algunos sitios se ha presentado el problema de que el médico indígena tiene conflictos con las autoridades municipales, especialmente cuando éstas pertenecen a la religión cristiana evangelista, y por supuesto no están de acuerdo con los rituales empleados por los curanderos de la región.

¹⁴⁸ Resolución Ministerial 0231 (13 de marzo 1987), página 3 (fotocopia de copia legalizada).

El reconocimiento institucional

La mayoría de los médicos indígenas tradicionales de México afiliados a las organizaciones regionales tienen constancias de asistencia a cursos de capacitación, encuentros de terapeutas, foros de análisis y otras reuniones convocadas, dirigidas y financiadas por instituciones del gobierno federal: Instituto Nacional de Protección a la Infancia,¹⁴⁹ Instituto Nacional Indigenista, Dirección General de Culturas Populares e Instituto Mexicano del Seguro Social.

Tales constancias son muy apreciadas por los médicos indígenas, a tal grado que algunos le confieren un valor equivalente al título profesional que ostentan los médicos académicos. Son guardados con esmero en bolsas de plástico y en varios lugares de la República se les llega a enmarcar en lujosos marcos dorados.

La importancia que se les da a estos documentos a veces resulta impresionante. Durante un encuentro de médicos indígenas tradicionales en la zona de Papantla, Veracruz, al entregarse las constancias de asistencia, algunas ancianas parteras lloraban de emoción al recibirlo. ¡Era la primera vez en su ya larga existencia que se les daba un reconocimiento público a su labor cotidiana!

En otras palabras, el significado atribuido a las constancias estriba en el reconocimiento gubernamental implícito a sus actividades. Esto genera en los médicos indígenas una sensación de seguridad y confianza en lo que están haciendo. Para ellos el documento es algo más que un papel, es la acreditación oficial o el permiso para seguir ejerciendo sus labores médicas; es la garantía para “no ser molestados”.

En los últimos años se ha añadido la entrega de credenciales a los integrantes de las organizaciones y, a pesar de que saben que no es el reconocimiento jurídico, lo consideran como un avance más en el proceso de legalización.¹⁵⁰

¹⁴⁹ Esta institución fue la pionera en la capacitación medicalizada de las parteras. En la década de los setenta era dirigida por María Esther Zuno de Echeverría, esposa del Presidente de la República. Por supuesto tenía todo el apoyo gubernamental, incluso con una base legal pues a finales de 1976 ya se tenía un reglamento que controlaba dicha capacitación y que mantenía la supremacía de la medicina académica sobre las parteras. Además —como ya se mencionó en el capítulo 6— la orientación tenía (y sigue teniendo) una clarísima direccionalidad al enfocarse hacia el control natal mediante el programa de planificación familiar voluntaria. En esos cursos de adiestramiento se les obsequiaban batas blancas, maletines conteniendo baunamómetro, estetoscopio, tijeras, perillas y medicamentos anticonceptivos.

¹⁵⁰ Las credenciales contienen el nombre de la organización y la dependencia federal que otorga el aval. Tanto la constancia como la credencial han servido ya para la resolución de pequeños conflictos con autoridades por lo que su utilidad no debe ser desdeñada. Por otro lado, hay médicos indígenas que han confundido la “credencialización” con la legalización y piensan que con la sola exhibición de la identificación ya están investidos de una protección jurídica. Así una curandera purépecha exclama: “¡Ya logramos eso! ¡Gracias a Dios hemos peleado por una credencial, por un comprobante que nos defienda! Ahí está la credencial. Trabajo en esto. No traigo nada malo”.

Por otra parte, el reconocimiento institucional ha servido para legitimar las aspiraciones individuales y colectivas de los médicos indígenas tradicionales, por lo que no resulta extraño que soliciten un diálogo con los médicos académicos y exijan acuerdos con las diversas instituciones de salud para que los tomen en cuenta dentro de sus esquemas, planes y proyectos regionales de salud.¹⁵¹

En el caso de Bolivia, la Sobometra, como una agrupación con personalidad jurídica, ha logrado relacionarse con dependencias del gobierno como el Ministerio de Previsión Social y Salud Pública (abril de 1984), con el Instituto Boliviano de Cultura (diciembre de 1984), con diversas unidades sanitarias del país y con el Fondo de Inversión Social (noviembre de 1992). Ello demuestra el dilatado proceso de legitimidad y lo que aún falta por consolidar.¹⁵²

El reconocimiento legal

Si bien los reconocimientos comunitarios e institucionales son muy apreciados por los médicos indígenas, la legalización es considerada como el más completo, legítimo y verdadero reconocimiento a sus actividades curativas. En las siguientes líneas profundizaremos en la percepción que ellos tienen sobre este tipo de reconocimiento.

1. Ventajas

Al comparar la información que tenemos de México y de Bolivia sobre los beneficios y desventajas de la legalización, existe una desproporcionada y evidentísima orientación hacia las ventajas, con una mínima percepción de inconveniencias.

—*Protección, defensa y garantía.* La principal razón aducida por los médicos indígenas fue la necesidad de un amparo o protección legal para sus actividades, para sus recursos medicinales y —en menor grado— para sus organizaciones. Una de las más importantes dirigentes de la Organización de Médicos Indígenas Purépechas (OMIP) relata:

¹⁵¹ Cuanto mejor organizados (y asesorados) estén en una agrupación, mayores serán las demandas de participación no subordinada al sector salud. Por ejemplo, la OMIECH logró hacer convenios con el IMSS-Solidaridad con una notable relación de igualdad (Freyermuth, 1993:112).

¹⁵² Pese al reconocimiento explícito del Ministerio encargado de la salud pública, en el Código de Salud de la República de Bolivia (1990) todavía no aparecen los médicos “naturistas-tradicionales”. Es más, al referirse al llamado *Plan Nacional de Supervivencia, Desarrollo Infantil y Salud Materna* (1989) se incluyen hasta los “boy scouts” y la Federación de Mujeres Democráticas pero no a los miembros de la Sobometra.

...así sin nada no tenemos ninguna protección. Por eso es que para mí la legalización era muy necesaria, [para] que (...) se conservara[n] las tradiciones de nuestros antepasados, [que] los conocimientos se respetaran. Ya que más antes a los antepasados -nuestros antepasados- los maltrataron mucho y supongo que ellos no traían ninguna defensa.

Un curandero maya lo expresa con sencillez: “..que nos legalicen, que nos autoricen como reconocidos con el diploma y (...) así tenemos más garantía. Es lo que nos hace falta”.

—*Supresión de molestias por autoridades.* Con insistencia se argumentó que la legalización puede disminuir, e incluso acabar, con el acoso, hostigamiento y abuso de autoridades civiles, policíacas y sanitarias hacia los médicos indígenas. La presidenta de la organización mayo-yoreme lo dice de la siguiente manera:

...que nos dieran un reconocimiento bueno para que las autoridades o la [policía] judicial no nos molestaran para nada en caso que si llegase a ser, así nosotros quisiéramos un apoyo bueno. Que se nos protegiera con el reconocimiento y la legalización de nuestra organización y de nuestra medicina tradicional, para nosotros así curar con más confianza. A veces salimos y a veces desconfiamos. A lo mejor alguien nos detiene (...) Entonces necesitamos un apoyo bueno para que no seamos molestados por nadie. Para que nos vean con respeto en nuestras curaciones...

—*Seguridad y confianza.* Los médicos indígenas piensan que con la legalización existirá una mayor seguridad y confianza en su práctica curativa, que ejercerán sin presiones de ninguna índole. En Michoacán, Doña Beatriz argumenta:

Pues yo digo que estaría muy bien que nos reconocieran legalmente, porque así puede andar con más confianza, sin miedo de que le digan a uno: “Pus ¿tú qué?” o alguna cosa [semejante] y pues ya reconocidos...ya [no hay problema].

Don Lupe, actual presidente de la OMIP opina:

...debe estar legalizada la gente para estar más seguro. Yo creo que con esa parte, ya estamos muy reconocidos con esos papeles y con algo de credencial como médico. Yo creo que esa parte es bueno para no andar cada rato [siendo] molestado.

En Campeche, doña Lucía (aquella que ha sido atacada por ejercer hechicería) está de acuerdo con la legalización pues “...así yo estaría más segura, más tranquila, más protegida. Mi misión [es] que salga mi trabajo bien. Yo nunca le hago maldad a nadie”. Otro médico maya expresa que con la legalización “...tenemos más apoyos, más confianza de trabajar y más garantía”.

—*Respeto a la actividad curanderil.* Con el reconocimiento legal se logra que los médicos académicos y otras autoridades tuvieran un poco más de respeto por sus actividades curativas. En un curso sobre legalización realizado en Pátzcuaro, uno de los asistentes mencionó:

Queremos respeto. Que nos respeten por lo que sabemos. Nosotros antes curábamos a escondidas (...) No queremos que se nos moleste como a veces los hacen los jefes de tenencia. Queremos que nos reconozcan para andar libremente.

—*Libre circulación de los curanderos y de sus productos medicinales.* Como se mencionó en el capítulo cuarto, una característica de los médicos indígenas tradicionales es la salida hacia pueblos y ciudades vecinas. Éstas obedecen a fines curativos como son: visitas a enfermos, solicitud de consultas y compra-venta de hierbas medicinales. Con la legalización piden que no sean confundidos con narcotraficantes, ni se les impongan multas por cargar con hierbas que los policías ni saben para qué sirven.

Uno de los más viejos y respetados *jit'téberis* señala:

...todavía he andado con recelo en otros lugares donde no me conocen muy bien. He llegado hasta Culiacán, Navojoa y en otros lugares. (...) Si yo curo a una persona y estuvo en manos de un doctor, a lo mejor me descubren y allí voy a caer en manos de la autoridad y ya teniendo eso [de la legalización], no ando nomás porque yo quiero. “Aquí está, tengo autorización.”

Otro *jit'téberi* opina:

Yo creo que con esta legalización, ya uno puede transportar una medicina de un lugar a otro y sin ser molestado, presentando —desde luego— algún documento donde le valoricen, porque muchas de las ocasiones cuando yo venía de por allá del norte trayendo algunas hierbas que no se dan en Sinaloa, pos nos esculcaban y ya nos decían que era un estupefaciente o alguna hierba mala y nos la tiraban. Y ya uno que decía ante las autoridades.

En Michoacán, un huesero itinerante alega que: “Siquiera que tuviéramos unos papeles que nos pudieran [servir]. Una identificación legalmente que pudiéramos nosotros defendernos de andar por todos lados.”

—*Recepción de apoyos morales y económicos.* Otra de las ventajas señaladas por los médicos indígenas se refiere a los apoyos que se recibirían ya estando legalizados: asesorías, cursos y seminarios de capacitación, construcción de jardines botánicos, elaboración de productos medicinales, apertura de boticas comunitarias y centros de desarrollo de la medicina tradicional e, incluso, sueldos para algunos terapeutas.

En la reunión sobre legalización en Pátzcuaro (octubre de 1991) uno de los participantes expresaba que la legalización significaría:

...seguirnos preparando, intercambiando conocimientos, comprometiendo para que nos ayuden económicamente a formar nuestra casa de salud, una casa botánica, nuestro jardín botánico. Al darnos legalización nos tienen que dar apoyo económico. Legalizarnos, reconocernos y también asesorarnos. Que nos enseñen más cosas...

Otro asistente señalaba:

Que aparezca en el Diario Oficial y que no sólo sea un oficio o una credencial. Que aparezca en el decreto presidencial, porque tenemos derecho a un presupuesto para jardines [botánicos], plantas, farmacias comunitarias y hasta un sueldo para trabajar en los hospitales de médicos tradicionales.

—*Diferenciación con hechiceros.* Varios médicos indígenas tradicionales encuentran en la legalización una forma más para distinguirse de los hechi-

ceros y charlatanes. En la misma reunión de Pátzcuaro se dijo que el documento de legalización serviría

Para que en nuestra comunidad nos vean con buenos ojos y no nos traten como hechiceros o como farsantes. Para que nos tengan confianza, porque luego a veces confunden que uno está curando y a veces dicen que uno no está curando, sino que tal vez está uno haciendo, perjudicando a los compañeros, porque si algo les pasa “pus como la señora cura o atiende de esto, pues no fuiste a que te curaran, fuiste a que me embrujara, a pagarle para que me embrujara”. Entonces ese papel [de reconocimiento] nos daría crédito de que estamos trabajando legalmente como curanderos no como brujos ni hechiceros.

—*Otras ventajas.* Aparte de las arriba mencionados surgen una serie de beneficios que conllevaría una posible legalización: el reconocimiento ante la propia comunidad y sus autoridades locales;¹⁵³ el respaldo de las instituciones de salud que trabajan en la región; la posibilidad de laborar en un hospital mixto de atención alopática y tradicional;¹⁵⁴ que aumente el número de médicos indígenas que quieran participar en las organizaciones; que estas últimas acrecienten su fuerza y unidad; que se amplíe la clientela (y por tanto los ingresos económicos) de los médicos indígenas ya legalizados; que se mantenga y transmita la herencia cultural de los antepasados; que se pueda salir del clandestinaje y poder colocar anuncios y letreros en el consultorio del médico indígena; que se pueda “trabajar a gusto”, sin cortapisas de ningún tipo.

Al analizar el material boliviano es sorprendente constatar que la mayoría de posibles beneficios y ventajas que perciben los curanderos mexicanos se han cumplido con la legalización que los practicantes bolivianos han logrado desde hace 10 años, a partir de la adquisición de la personalidad jurídica a través de la Sociedad Boliviana de Medicina Tradicional.

¹⁵³ Se trata de un proceso de legitimación *externa* que completaría el reconocimiento desde el interior de las comunidades, o que bien, puede entrar en contradicción cuando no existe tal correspondencia. Esto último puede suceder cuando un curandero no ejerce en su propia comunidad (donde se le califica como hechicero) pero exhibe testimonios de actividad curativa foránea. Un claro ejemplo de ello es el caso de doña Leobarda narrado en el capítulo 7.

¹⁵⁴ Es el caso del hospital que manejaba el INI en Cuetzalan, Puebla, hoy administrado por la Secretaría de Salud Estatal y que ha sido tomado como ejemplo para reproducirlo en otros sitios del estado de Puebla y en Nayarit. Desde 1995 se mencionan problemas operativos en Cuetzalan. Para una primera evaluación revisar el trabajo de Duarte-Gomez, María Beatriz; Brachet-Marquez, Viviane; Campos-Navarro, Roberto y Nigenda, Gustavo, 2004.

Los médicos kallawayas entrevistados manifestaron sus logros individuales y colectivos adquiridos mediante la legalización de su práctica curativa.

Han cesado los abusos, molestias, persecuciones y atropellos que emprendían autoridades diversas. El dirigente paceño de los médicos kallawayas recuerda que antes los **“...policías de alcaldías nos llevaban a la alcaldía. Nos sacaban multa, nos castigaban, nos hacían mirar la suerte. (...) Entonces nosotros pagamos la plata, unos 20, 20 bolivianos, 50 nos sacaban...”** Ahora las cosas han cambiado. La legalización se ha convertido en un valioso instrumento de amparo jurídico que permite una mejor defensa de los curadores asociados a la Sobometra y ha impedido clausuras, encarcelamientos y otras anomalías. Cuando los kallawayas cochabambinos instalaron el consultorio integrado, recibieron un citatorio de la policía y asistieron dos de los dirigentes:

En la [comandancia de] policía nos trataron con la horma del zapato. Nos han dicho que por qué nosotros ejercíamos, que autorización teníamos y que la policía era la única autoridad que podía extender una autorización. Pero nosotros conocedores ya de la hermenéutica, del manejo mismo de lo que es el consultorio y de lo que es la medicina, entonces hemos ido con toda la documentación. Les hemos puestos a los ojos pero ni aún así. Ellos no nos creyeron. El coronel empezó a tratarnos mal, pero finalmente dijimos: “Bueno, ustedes están hablando con un profesional médico y un abogado”. Allí pararon las cosas, ellos empezaron a leer nuestros estatutos. En un instante cambiaron las cosas y ya nos pidieron disculpas, y que ellos ignoraban, y que más por el contrario, nos iban a brindar todo el apoyo. [Sin los documentos de legalización] Nos iban a encerrar en la celda. ¿Quién sabe? Nos cancelaban, nos sacaban multa. O sea, hubiéramos sido una víctima más de ellos (abogado kallawayo Rolando Magnani).

Precisamente, a partir de la legalización existe el reconocimiento de las autoridades sanitarias que dan un “carnet” de identificación, de las autoridades fiscales, que reciben el pago de impuestos, de las autoridades universitarias, que han brindado espacio docente en las escuelas, y, de manera aún parcial y condicionada, por el influyente Colegio Médico de Bolivia.¹⁵⁵

¹⁵⁵ Una comisión de estudio nombrada por el Colegio Médico de Bolivia, en un informe denominado “La medicina tradicional y el cuidado de la salud” (probablemente elaborado entre 1985 y 1987) RECONOCE

Sin duda la legalización ha creado confianza y seguridad en los médicos kallawayas. Un joven practicante lo resume así: **“...en Bolivia nos han dado el valor de nuestra sabiduría, [porque] sin eso uno no va con toda confianza, no tiene esa seguridad”**.

Existe un mayor respeto hacia sus actividades curativas, diferenciándolas de aquellas realizadas por los hechiceros. Nuevamente, el dirigente de los kallawayas residentes en La Paz lo describe de la siguiente manera:

A nosotros nos decían brujo, hechicero. Los de aquí de Bolivia mismo [así nos decían], nuestros paisanos mismos. Nosotros no somos hechiceros, hacemos una milluchada a la Pachamama, lo ch'allamos y de eso nos dicen brujo. (...) Ahora más bien ya tenemos reconocido por el gobierno. Ya tenemos ley, ya estamos respetados ahora, ya no nos dicen nada. Ya no es como antes. Televisión y todo ahora estamos respetados.

El Dr. Walter Álvarez Quispe, fundador y presidente de la Sobometra, también lo ha experimentado en carne propia:

...había mucho abuso, cualquier policía decía: “¡Brujo! ¡Ignorante! ¿Qué está haciendo aquí?” Y multan. Eso ya no hay. Para eso nos hemos organizado, porque había mucho abuso de cualquier autoridad, de la alcaldía, de la policía, del Ministerio [de Previsión Social y Salud Pública], no dejaban [trabajar]. Era casi insostenible. Cuando yo era niño también yo pasé por eso cuando acompañaba a mis tíos, a mi papá: “¡A ver brujo! ¿Qué has hecho?” Entonces tenía que darle una plata, había un abuso. Y eso desapareció.

También desapareció el trabajo clandestino, oculto, a hurtadillas. Cuando visitamos uno de los tantos “tambos” o mercados céntricos de la ciudad de La Paz, nos encontramos con locales comerciales transformados en consultorios, atendidos por naturistas aymaras. En las paredes de un reducido con-

la existencia de la medicina tradicional, sus diversas formas especializadas, la participación de elementos ceremoniales, el beneficio de los recursos herbolarios, las recomendaciones de la OMS sobre la medicina tradicional, su legalización en Bolivia, pero EXIGE que sus practicantes sean supervisados y controlados por los médicos académicos, que se reglamente su práctica, que se determinen los niveles de integración y que se prohíba la propaganda engañosa (Botelho *et al.*, s/f).

sultorio observamos cómo la dueña ha colocado, junto a láminas que muestran el cuerpo humano, el certificado que expide la Sobometra que la califica como socio con “el grado de practicante de medicina natural”, su credencial que la identifica como “naturista”, su carnet de sanidad, los aranceles que paga a la municipalidad por el uso del local y el anuncio exterior (500 bolivianos anuales, equivalentes a unos 125 dólares)¹⁵⁶ y una enorme constancia por su asistencia al Congreso de Medicina Alternativas, efectuado en 1987.

Los apoyos de capacitación y adiestramiento se han facilitado con la legalización pero todavía falta un sustancial financiamiento gubernamental y privado que permita el establecimiento y fortalecimiento de cursos y seminarios dirigidos a los practicantes.

En general, con la legislación favorable se percibe un ambiente de optimismo y de revaloración de las prácticas médicas tradicionales, dándosele una gran importancia (quizá demasiada) a la herbolaria medicinal, en tanto que algunos se olvidan de la trascendencia de los recursos simbólicos presentes en las ceremonias y rituales ligados a la curación y a la preservación de la salud.

2. Desventajas

Tanto en México como en Bolivia, los informantes no perciben inconvenientes a la legalización de su práctica, excepto un curandero michoacano independiente (no organizado), que alega motivos personales:

No, no. Yo no quiero hacer esas cosas [de organizaciones] y meterme en [lo de la legalización]. Hay problemas en todo eso. No puede uno hacer las cosas así, porque la cuestión es de que yo trabajo así mi trabajo, no aviso ni nada. Por separado hago las cosas.

Otro, esta vez de Sinaloa, señala la posibilidad de que entren en el proceso de legalización aquellos que ejercen actividades hechiceriles, cuestión que discutiremos a continuación, al referirnos a los requisitos que se deben emplear para el ingreso a las organizaciones, o bien que deban ser contemplados para incluirlos o excluirlos en la legalización.

Los dirigentes de organizaciones en la Península de Yucatán no observan inconvenientes: “Yo no le veo nada negativo. Es beneficio para el curandero” y “No, no hay desventajas”.

¹⁵⁶ Para tener una idea de los ingresos económicos, la señora me cobraba por un tratamiento completo de “limpieza digestiva” que incluía hierbas medicinales y un baño de vapor, la cantidad de 600 bolivianos. Por supuesto, debe tomarse en cuenta mi condición de extranjero curioso.

En Bolivia, ningún médico kallawayá señaló desventajas a la legalización ya obtenida.

3. Criterios de inclusión/exclusión

Al preguntárseles sobre quiénes deben ser legalizados y quienes excluidos, existió un acuerdo unánime por todos los médicos indígenas de México y Bolivia: debe ser selectiva y excluyente, y por tanto no deben entrar los que hacen mal, los que ponen daños: los hechiceros o brujos.

El criterio de clasificación sería moral y un tanto subjetivo, pues los practicantes son divididos en “buenos” y “malos”, donde el otro puede aparecer como un elemento negativo, pese a que pueda ser un familiar. Así un *jít'téberi* nos confiesa: “... este Domingo Guzmán es curandero. Yo sé [que] hace bien, pero pone [daños]. Pero yo no lo puedo descubrir porque es mi compadre. Yo lo conozco. ¿Qué puedo hacer?” De manera implícita él aparece como el bueno, como el curandero al servicio de Dios y de sus semejantes. Y su desconfianza hacia los demás le hace decir: “...aquellos [curanderos] tienen las dos cosas, pues sí, curan bien si lo alivian, pero saben hacer otra cosa...”.

Dada la dificultad para definir tal separación, una de las dirigentes opina que sea la propia comunidad la que enjuicie y ofrezca un veredicto, sin embargo tal procedimiento continúa siendo azaroso y lleno de subjetividad colectiva.

La única solución que han podido implementar los médicos indígenas es la de buscar el consenso entre los que ya están asociados o agrupados: “No deben de entrar [quienes ponen el “mal puesto”]. No admitimos gente que pone el mal o [bien] se analizan [los casos]” dice otro *jít'téberi* de la organización. No obstante siempre permanecen las sombras de la duda.

Para una curandera mestiza residente en la región serrana de Michoacán, las curanderas indígenas de la región lacustre son hechiceras que van a ser legalizadas. En cambio, una de las dirigentes purépechas niega la existencia de la hechicería y dice que si existieran:

...no deberían de estar [legalizadas] porque habría de ser una vergüenza de que una hechicera estuviera trabajando con la medicina natural que Dios nos ha dado para salvar la vida y no era justo que uno lo utilizara para hacer el mal a alguien.

Entre los kallawayas igualmente existe incertidumbre:

...hay aquí. Entre los aymaras también hay brujos. (...) [Están legalizados pero] lo esconden, lo esconden. Hacen hechicerías pero en contra [de] la ley del Señor. Esto no se hace. Hablando en oro, esto no se hace esas cosas. Es tener pacto con el Diablo.

Por otro lado, para los médicos indígenas de México también queda claro que no deben ingresar a las organizaciones, ni al proceso de legalización, los curanderos mestizos (aunque existen contados casos de éstos que pertenecen a las agrupaciones regionales). Entre los mayos-yoremes, dice su presidenta “...los **compañeros indígenas no quieren al yori blanco que entre, quieren puro indígena**”.

Entre los nahuas de la costa de Michoacán esta exclusión es explicada en función del ancestral y vigente antagonismo por las tierras que han sido invadidas y arrebatadas al indio y por el ejercicio del poder que siempre han detentado los mestizos. Explicación que es plausible y generalizable al resto de las zonas indígenas de México. Por ello no debe extrañar que reafirmen la exclusión de los mestizos en las actividades organizativas y del proceso de legalización, alegando que: “...**no son indígenas de origen sino que son mestizos (...) que se están aprovechando de los indígenas y son gente que nos sobajan porque tienen más recursos económicos**”.

En Bolivia, ya se ha comentado en el capítulo quinto, que la Sobometra, con fundadores kallawayas ha corporativizado a los mestizos que ejercen las llamadas medicinas alternativas, y sin quererlo, se han metido en graves conflictos que no dudamos en calificar de tipo interétnico, que han conducido a dolorosas desmembraciones (como en Santa Cruz de la Sierra) y a respetuosas separaciones sectoriales (como en Cochabamba), subsistiendo el problema en la matriz paceña, donde los médicos kallawayas muestran creciente inconformidad con sus colegas “alternativos”, quienes suelen manejar ciertas directrices de la agrupación, no sabiéndose si el presidente de la Sobometra es médico kallawayaya con estudios de medicina occidental, o bien, un médico académico y “alternativo” con orígenes kallawayas, pues según sus detractores, en ocasiones sus intereses están con los médicos kallawayas, pero en otros, más bien obedecen a su formación occidentalizada.¹⁵⁷

En México se acepta en las organizaciones a médicos indígenas con cualquier filiación política y religiosa. Hasta el momento no se han registrado

¹⁵⁷ Aquí es significativo mencionar un acontecimiento sucedido en el consultorio de la Sobometra en La Paz. Un médico kallawayaya se encontraba chacchando su coca, cuando un médico “alternativo” le llamó la atención de hacer esas cosas en el consultorio pues “parecía más bien un puerco”.

problemas por ello, pero no han faltado diferencias, expresadas por algunos médicos indígenas que pertenecen a los Testigos de Jehová. Precisamente la partera maya de Tunkulchén que se identifica con esta agrupación religiosa expresa su acuerdo con la legalización, al tiempo que marca su diferenciación: **“Yo soy de este pensar: que cada quien debe legalizar su trabajo porque cada quien tiene su práctica. Los yerbateros tienen otros ritos que mi religión no lo aprueba, o sea, la Biblia no aprueba”**.

Otros criterios de inclusión que son expuestos por los informantes de México; que la legalización debe pasar prioritariamente por las organizaciones ya establecidas y que debe abarcar a todos los especialistas de la medicina indígena que tengan el suficiente conocimiento y experiencia.

En Bolivia, la legalización pasa por el reconocimiento jurídico a la Sobometra, pero los criterios para el ingreso a la sociedad se encuentran demasiado laxos, permitiendo la entrada a cualquiera que se nombre curandero, sin el requisito de un examen sobre lo que sabe y lo que ha practicado. Antes los médicos kallawayas tenían un “consejo”, que determinaba el grado de saber y de práctica de los jóvenes terapeutas, a quienes examinaba y decidía su rechazo o su aprobación (Girault, 1987:28). Al parecer este consejo, existente en cada pueblo, ha desaparecido a nivel nacional, y —por desgracia— la Sobometra no exige ni aplica un examen de ingreso a sus asociados. Esto ha conducido a malestar entre los auténticos médicos kallawayas. Dice uno de los dirigentes:

Yo he pensado tomar examen a todos los bolivianos que están curando. A esos quería preguntar como profesor: ¿Cómo se cura tal enfermedad? ¿Cómo se cura tal cosa? ¿Con qué se cura el reumatismo, aire, quebrazón, vesícula biliar, estreñimiento? ¿Cómo puedes curar? Eso quiero preguntar.

Ahora Sobometra recibe [expide] nomás la credencial y ya está. Con eso ya están tranquilo ellos. No hay examen, no hay nada. Sabiendo pueden trabajar nomás, el que no sabe tiene que aprender todavía (...) No conocen la enfermedad (...) tienen que conocer la medicina para curarlo (subrayado nuestro).

En función de que existen individuos que se hacen pasar por médicos kallawayas es importante rescatar el criterio de admisión “consejal”, no sólo a partir de los pueblos de origen, sino de los propios médicos kallawayas

asentados en las zonas urbanas. Uno de los jóvenes e inquietos kallawayas reflexiona sobre los falsos médicos kallawayas:

Eso ahora ya lo hemos tomado en atención. Todos hemos entrado de acuerdo para que se dé examen de toda su sabiduría, de todo lo que él sabe. Entrevistarlos. Los mismos kallawayas. Si sabe o no sabe y por qué motivo está pasándose por kallawayas, en vez de nosotros, en lugar de nosotros. (...) ¡A ver! Preguntarles si son kallawayas que le hablen en quechua y en idioma de kallawayas. Nosotros tenemos el idioma diferente para nuestros rituales, es un secreto para nosotros. Ellos no tienen eso, ese idioma. No son del lugar de Charazani...

Finalmente, se menciona una larga lista de gente que deben ser excluidos: los médicos indígenas que estén relacionados con el narcotráfico, que no tienen conocimientos (aunque sí se acepta el grado de aprendizaje), que se hacen pasar por practicantes indígenas, los que sólo quieren ganar dinero, que saben y no quieren enseñar, que no participan en las organizaciones, que no quieren trabajar en serio, que hacen propaganda, que se burlan de la medicina tradicional y los que engañan.

Los médicos kallawayas añaden que no aceptan a los curanderos mentirosos, rateros y charlatanes, adjetivos que casi coinciden con las enseñanzas dadas por sus antepasados:

Ama sua,	no seas ladrón,
ama llulla,	no seas mentiroso,
ama qhella	no seas flojo.

4. Estrategias para lograr la legalización

En Bolivia se obtuvo la legalización después de un movimiento de corporativización de los diversos grupos de curadores, unos kallawayas, otros aymaras, sin faltar agrupaciones mestizas. Influyó el hecho de que uno de sus principales promotores (presidente de la Sobometra) se involucró en la política partidista y desde su escaño en la Cámara de Diputados impulsó con más fuerza el proceso de legalización.

En México, las organizaciones afiliadas al Consejo Nacional de Médicos Indígenas Tradicionales (Conamit) plantearon lograr la legalización completa mediante diversas y complementarias acciones:

→ Luchar por el reconocimiento comunitario e institucional, dándose a conocer con las autoridades del gobierno federal (especialmente con el Presidente de la República), gobierno estatal, alcaldías y dependencias del sector salud.¹⁵⁸

→ Solicitar asesoría y apoyo económico para lograr la legislación favorable en las cámaras de diputados y senadores.

→ Fortalecer el movimiento organizativo, buscando la unidad.

→ Seguir preservando la costumbre, defendiendo la lengua indígena y enseñándola a **“nuestros hijos, nietos y biznietos para que nunca se pierda la tradición de la medicina y la lengua, ya que fue herencia de nuestros ancestros.”**

→ Demostrar que el trabajo es legítimo y que no está relacionado con la hechicería, **“...que el papel hable que no hacemos brujería”**.

→ Continuar el trabajo curativo cotidiano, intentando la creación de consultorios, boticas y jardines botánicos comunitarios.¹⁵⁹

5. Consecuencias

¿Que modificaciones esperan los médicos indígenas con la legalización?
¿Qué expectativas se han formado al respecto?

En primer lugar, esperan que el Estado apoye y brinde amplias garantías para el ejercicio de la medicina indígena y proteja sus recursos herbolarios.

En segundo lugar, desean que exista una vinculación coordinada con las instituciones de salud, que permita un mejor funcionamiento de sus espacios comunitarios e incluso algunos médicos indígenas plantean la posibilidad de recibir un salario. Estos son ejemplos de esa vertiente:

- **“¿Y por qué no? Hasta un sueldo para trabajar en hospitales que fueran de nosotros mismos”.**

¹⁵⁸ A partir de 1989, pero sobre todo de 1992, el Instituto Nacional Indigenista logró que diversas Secretarías de Estado (equivalente a los ministerios bolivianos) e incluso la Presidencia de la República estuvieran enteradas del movimiento organizativo de los médicos indígenas tradicionales y obtuvieran apoyos concretos para su desarrollo. De hecho, en agosto de 1992, el asesinado candidato a la presidencia y en aquel entonces responsable de la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL), el licenciado Luis Donaldo Colosio Murrieta inauguró el II Congreso Nacional de Médicos Indígenas Tradicionales expresando que: **“...la medicina tradicional como parte de la cultura y el patrimonio de nuestros pueblos, y como fuente de acercamiento a los recursos naturales puede aspirar a establecer una relación moderna con los sistemas de salud y con la sociedad en su conjunto”**.

¹⁵⁹ De estas actividades planteadas en múltiples reuniones entre 1989 y 1992, ya se ha logrado la integración del Consejo Nacional de Médicos Indígenas Tradicionales, la elaboración del programa de trabajo y los estatutos que los rige.

- “A lo mejor, yo digo que ya teniendo la credencial, podíamos exigir un pago, aunque fuera mínimo”.
- “Pos yo sí quisiera un mínimo [pago], pues a veces ni trabajo tenemos [como partera] porque ya la gente aquí... las mujeres ya están planificando, algunas hasta operándose para ya no tener hijos”.
- “Pos yo creo que nos pueden ayudar en algo, para una emergencia, porque nosotros somos pobres”.
- “Si quiere el gobierno ayudar a los médicos indígenas tradicionales, si quieren darle un poco de sueldo, sí se puede trabajar [aunque] no es necesario”.

No obstante la opinión de algunos médicos indígenas, otros defienden sólo una compensación por los gastos que implica el proceso organizativo: pasajes, alimentación, papelería, trámites, llamadas telefónicas, etcétera, sin que aparezca la forma salarial. Aquellos que han tenido un mayor contacto con los servicios médicos académicos no dudan en ofrecer sus servicios en los centros de salud ya establecidos, pero otros no desean ni quieren estar encerrados:

No estamos acostumbrados, no se puede uno mover, es como un esclavo, no tiene salida, ni pasear. (...) Tengo mis animales, mi trabajo, mi milpita. [En cambio] los médicos no salen. Yo estoy viendo [que] están enjaulados, aunque quieren salir pero no pueden salir, hasta ni comer puede. ¿Que hora voy a tener de pasear, de salir?

Por otra parte, la vigente legalización en Bolivia ha colmado las expectativas que tenían los médicos kallawayas acerca del proceso. Ya hemos referido en páginas anteriores que se ha suspendido la explotación que los policías e inspectores del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública ejercían en forma cotidiana sobre los médicos kallawayas. Ahora existen convenios con el Ministerio y las Unidades Sanitarias que aprueban y autorizan el trabajo curativo de los practicantes indígenas. Las alcaldías cobran sus respectivos impuestos. Se han abierto consultorios en las principales ciudades del país (que disminuye la itinerancia tradicional de los kallawayas). También se han implementado cursos de capacitación, donde asisten exclusivamente kallawayas:

...yo quiero que aprendan los jóvenes, que conozcan cómo curamos de medicina kallawaya. No llamamos a ese curso a gente ajena, puro kallawaya. Todos los kallawayas tenemos secreto de kallawaya, nosotros nomás hablamos, otro día de otra enfermedad, otro día de otra enfermedad. Yo he hecho eso. Tres veces he hecho cursos. Bien, bien han salido. Asisten, preguntan. [Los profesores son los] más mayores, tienen experiencia. Machulas somos...

Ya se ha mencionado que existen perspectivas de apoyos financieros gubernamentales con el Fondo de Inversión Social (FIS) y que considera recursos para cursos de capacitación y educación en salud comunitaria, empleo de recursos botánicos en puestos y centros de salud, así como proyectos de infraestructura en zonas de “extrema pobreza” (regiones con alta mortalidad infantil, elevado analfabetismo y ausencia de servicios).

Sin embargo, a partir de la legalización, se ha observado una proliferación incontrolable de curanderos (por ejemplo, aquellos que están ubicados en los mercados de Ceja El Alto) que no pertenecen a la Sobometra y que ejercen de manera libre sin ninguna supervisión, ni de las autoridades sanitarias o de la Sobometra. Algunos machulas han expresado la necesidad de actualizar los estatutos y el reglamento de la sociedad, así como realizar labores de control pero la dirección se ha resistido a intervenir, pues esperan que se constituya una Subsecretaría de Medicina Tradicional que se encargue de tal tarea.¹⁶⁰

6. El problema de la subordinación

Con el objetivo de explorar el grado de subordinación o independencia de los médicos indígenas, con respecto a los médicos académicos, en la entrevista estructurada incluimos información acerca de la vigente legislación chiapaneca sobre la medicina tradicional (expuesta al principio de este capítulo) y después les preguntábamos si estaban o no de acuerdo con dicha ley y por qué.

¹⁶⁰ A finales de 1992 se hizo la siguiente petición al Ministerio de Previsión Social y Salud Pública: “La H. Cámara de Diputados vería con agrado la creación de la Subsecretaría de Medicina Tradicional para el control de los médicos alternativos y hacer cumplir la Resolución Suprema, la Ley y resolución Ministerial, y la promoción e investigación de la Medicina Tradicional”.

El Ministerio contestó en los siguientes términos: “La creación de una Subsecretaría de Medicina Tradicional (...) merecerá un análisis dentro del marco de la descentralización de los Servicios de Salud que constituye la línea de fuerza de la presente gestión, y que más bien pretende la desburocratización de los niveles centrales.” Finalmente se crearía el Viceministerio o sub-secretaría en el 2006 con el gobierno de Evo Morales.

Las respuesta fueron heterogéneas, pero en su gran mayoría fueron de abierto rechazo a que a los médicos indígenas se les considere como “auxiliares de salud”, subordinados al poder del médico académico.

Los partidarios de la impugnación

En las cuatro regiones donde hicimos el trabajo de campo hubo una patente y rotunda oposición a que las relaciones con los médicos académicos sean en términos de sujeción.

En Sinaloa, uno de los *jit'téberis* que forma parte de la mesa directiva de la organización señala con energía:

Muy mal [la ley de Chiapas] porque uno de por sí ya conoce. Y uno no puede ser mandadero de otro. Un médico de bata blanca pos sabrá lo que tiene en sus conocimientos pero también tiene sus limitaciones. Y nosotros por naturaleza también somos limitados...

En Michoacán es donde existió una mayor vehemencia para rechazar la subordinación, quizá explicado porque en 1990 allí en Pátzcuaro se dio a conocer por primera vez el contenido de la referida ley chiapaneca, y porque ellos han estado tan interesados en el tema que realizaron al año siguiente un curso-taller especial para revisar el asunto de la legalización.

Una de las participantes en el curso sobre legalización explica:

Nosotros queremos ser legalizados pero no gobernados [subordinados], nosotros queremos trabajar con ustedes [médicos académicos], queremos asistir (...) Nomás coordinación, no subordinación. Si me gustaría lo de “auxiliar de salud” pero en ese caso ya no seríamos tradicionales, ya perteneceríamos a lo mismo de ellos... de salud, que sí somos de salud porque curamos los niños y hacemos el bien pero ya no seríamos médicos tradicionales, ya seríamos otra cosa.

Otra que es de un pueblo lacustre se pregunta: “¿Auxiliares? Yo creo que no. Que ¿nosotros vamos a ir a ayudarle a los doctores?”

La “médico del campo”, especialista en las limpias, no quiere ser sirvienta de los médicos académicos:

No, eso es siempre lo que nosotros queremos ser libres, no más nosotros. Que no nos traigan como mandaderos por allí, sí tener pláticas, pero no como sirviente, porque yo he pasado mucho tiempo de ser sirviente [y] uno no descansa. Va allá y va acá y ni un ratito, ni un momento de descanso, siempre rapidito. No, ya pasé eso, he pasado yo de andar de gatita.

Una de las más carismáticas dirigentes de la Organización de Médicos Indígenas Purépechas (OMIP), con elocuencia y claridad, argumenta a favor de la coordinación no subordinada:

...en la OMIP estamos dispuestos a tener una coordinación con las dependencias como el Seguro Social, Centro de Salud [SSA], así como otras dependencias. Nos gusta trabajar con ellos juntos, pero lo que la Organización no quiere es tener subordinación, estar por abajo y ser mandados por ellos los doctores: “Oiga ¡Tráigame esto! ¡Arríname esto! y ¡Corre y tráeme a la enferma fulana de tal!”

Eso es lo que la Organización no quiere. Coordinación sí, subordinación no. La Organización quiere ser libre y trabajar tal como somos: médicos tradicionales y no ser subordinados. Pero como el trabajo de ellos y los pensamientos de nosotros son iguales: servirle a la nación, a la gente indígena y no indígena, pero eso es lo que ellos quieren y nosotros también. Las ideas de ellos coinciden con las nuestras. Es necesario trabajar juntos porque llevamos un mismo camino, con las mismas ideas pero no subordinados. (...)

Los doctores sí saben que sí sirve uno, nada más que porque nosotros somos indígenas, se ponen la corbata y dicen: “¡Pos sólo yo, porque tengo corbata!” Yo siempre he dicho que la corbata de ellos vale lo que el rebozo de nosotras. Ustedes estudiaron, tienen su título, yo tengo mis conocimientos de mis antepasados, yo los conservo y vale igual. Claro que en ocasiones por eso es necesario tener coordinación con ellos, porque ellos saben operar, nosotros sabemos salvar a la gente. Con nosotros no hay operación, hay plantitas que evitan operaciones ¿Diga si no es muy necesario

tener coordinación? Si no sirven las plantitas que le hagan una operación para salvarle la vida en cuanto sea necesario.

Por último, el líder de la OMIP reconoce el valor de la medicina moderna u occidental, pero sin desmerecer lo propio:

Nosotros vamos a valorar que [los doctores] son chingones también con su medicina y también ellos van a valorizar que nosotros también somos chingones para curar gente. Ahora, cuando nosotros no podemos mandamos al hospital, a Salubridad o al Seguro Social. Cuando ellos no pueden “un [mal] de ojo”, un espanto “¡Vaya con los médicos tradicionales!”

En la Península de Yucatán, la percepción es similar, con escasas variaciones.

En cuanto a los médicos kallawayas entrevistados, todos están en contra de la figura subordinada del médico indígena.

El machula Antonio Álvarez Mamani, con su enorme experiencia política, responde:

No, está bien eso para sus domesticados del médico. [Los médicos indígenas] deben ser autónomos y luego también tener claro contacto con los médicos científicos porque el médico científico no cura al modo kallawaya y el kallawaya tiene que recomendar al médico científico para que haga las operaciones porque el kallawaya no sabe.

Luego con una implacable lógica remata:

¿Cómo yo voy a poner a un académico que sabe de cirugía bajo mis órdenes si no soy cirujano? ¿Qué cosa puedo enseñarle? Tiene que ser cada uno en su rama.

El presidente de los médicos kallawayas paceños insiste en la coordinación igualitaria, pues ambos tienen saberes pero las enfermedades pueden ser tributarias de tratamientos diferentes.

Un ejemplo lo brinda otro médico kallawaya:

Yo puedo estar “enfermo de la Tierra”. No sabe el doctor, no sabe de qué estoy enfermo. “De tal cosa” nos dice el doctor, pero no es. Yo puedo estar “enfermo por la Tierra”. “La Santa Tierra me ha agarrado”. Eso no sabe [el doctor] pues necesito curación de la Tierra, de susto.¹⁶¹

Los partidarios de la subordinación

Únicamente contamos con dos informantes de Campeche que estuvieron de acuerdo con la ley chiapaneca.

Uno de ellos dijo: “No puede ser igual, porque ellos están bien estudiados, en cambio nosotros no. Es diferente. No puede [el médico indígena] igualar. El otro es el que se autonombra “doctor de las modernas”, porque aprendió en un hospital de Mérida y que acepta con gusto tal posición subordinada: “Pues sería bueno [ser auxiliar de salud], así sería bueno tener un acuerdo de trabajo.”

Los indecisos

En este caso sólo aparecen tres informantes que no supieron responder a la pregunta sobre la subordinación. Una no supo qué contestar y me retornó la interrogante: “**¿Pos cómo cree usted? ¿Cómo ve? Yo también le tomo opinión**”. A otra no le importaba: “**Para mí es igual**” y un último dijo: “**Yo por mi parte, lo que digan los demás**”.

OTROS DATOS PERTINENTES

Es importante mencionar que ninguno de los informantes entrevistados expresó la demanda de la legalización en el contexto de la problemática indígena general. En el Seminario de Legalización de Pátzcuaro, en 1990, participó Margarito Ruiz, un dirigente político indígena, quien propuso la necesidad de considerar el proceso de legalización en el marco de la lucha global por las reivindicaciones de los derechos humanos de los pueblos indios, en cuanto a territorio, lengua, indumentaria, servicios y la misma medicina tradicional. Además de luchar por la autodeterminación de los pueblos indios y consolidar las prácticas culturales indígenas.

¹⁶¹ En el susto o espanto el alma de la persona es atrapada por los dueños de la tierra, en este caso la Pachamama, y es necesario realizar rituales apropiados para que ésta retorne el alma a la persona enferma. Por supuesto, esto ni lo sabe ni lo trata el médico académico.

Quizá por el carácter oficial de la reunión se eliminó del documento la propuesta de autodeterminación de los pueblos indios y se expresó con tibieza lo relativo a las reivindicaciones históricas, pues toca un problema fundamental: la legalización de la medicina indígena no es separable del conjunto de demandas generales de los pueblos indios.

Desde este punto de vista, en el II Congreso Nacional y I Continental de Médicos Indígenas Tradicionales (agosto de 1992), Yolanda Nahuelcheo, representante del pueblo indígena mapuche, que vive en la austral República de Chile, menciona la necesidad de que la sabiduría de los médicos indígenas americanos sea nuevamente valorada y considerada porque:

Toda acción en salud, cualquiera sea su ámbito: preventivo, educativo o de rehabilitación, debe planificarse, ejecutarse, respetando y considerando nuestra cultura. Cada cultura tiene una manera propia de entender la salud. En la cultura mapuche se ha tratado de introducir un concepto de salud uniforme, [donde] se rechaza la experiencia de los pueblos y se monopoliza el conocimiento y la verdad por la cultura dominante.

Consideramos que la salud, que es el resultado de una adecuada distribución de los bienes básicos como son alimentación, tierra y vivienda, etc. Para lograr el equilibrio y bienestar físico y psicológico es necesario tener la oportunidad de crear, de ser sujeto protagonista de la historia.

Para los mapuches, la salud es un elemento más en la lucha por mantener nuestra identidad cultural que permita la continuación de un orden social más justo. Por ello, (...) manifestamos que continuamos en la lucha a los sentimientos de identificación cultural y de recuperar el lugar que nos corresponde en nuestra historia. Nos une las ansias de una mejor vida y de quitarnos de encima todos los yugos que nos están sometiendo.



Este capítulo es pieza fundamental de esta obra, pues constituye el alegato de los médicos indígenas para obtener su legitimidad jurídica para las actividades que han venido realizando de una generación a otra desde hace cientos de años.

La exposición de argumentos favorables es enorme en comparación con las desventajas percibidas, y lo más importante: la presente investigación comparativa entre México y Bolivia permite concluir que la legalización ya lograda en el país andino (aunque todavía inconclusa) *sí ha tenido los efectos deseados*.

No basta el reconocimiento comunitario ni tampoco el institucional, la legalización boliviana demuestra que la garantía y protección jurídica a los médicos indígenas *sí ha funcionado*. Es un instrumento social que no únicamente ha penetrado e influido en los interesados, sino también en el Estado y la sociedad civil, de tal modo que ha logrado la revaloración de las medicinas tradicionales y su papel en el proceso salud-enfermedad de amplias capas sociales, en especial de los grupos indígenas que habitan en las zonas rurales y de aquellos que han migrado a las ciudades.

Más que un avance particular, el proceso de legalización debe ser entendido dentro de un proceso global de autonomía de los pueblos indios en un espacio donde se expresa la multiétnicidad y la pluriculturalidad de los pueblos que conforman la nación.

La legalización boliviana y la solicitud de un estatus semejante en México deben ser entendidas como un diálogo inicial entre los médicos indígenas y las autoridades gubernamentales en la búsqueda de nuevas formas de relación basadas en el mutuo respeto y la auténtica coordinación. Esto permitirá el avance del proceso de legitimación jurídica en la máximas leyes de nuestras naciones, es decir en las Constituciones, códigos y reglamentos respectivos. Pero lo más importante es que se cumplan.

CAPÍTULO 10

CONSIDERACIONES SOBRE EL PROCESO DE LEGALIZACIÓN DE LA MEDICINA INDÍGENA EN MÉXICO Y BOLIVIA (HASTA 1995)

PRIMERA PARTE

El criollo no creó ninguna clase de medicina. Pero decide cuál es la forma legal de curar, cuál remedio debe proscribirse y cuál prescribirse. Persigue el conocimiento más antiguo sobre plantas, animales y minerales medicinales. (...)

La sociedad criolla oculta la utilidad y uso actual de la medicina qheswaymara. Se avergüenza de ella y casa [sic] con sus policías a nuestros médicos, llamándoles hechiceros. Aunque en casos desesperados los busquen en silencio. (...)

Los médicos de universidades son simples agentes de ventas de las fábricas de drogas. Las máquinas no producen alimentos, tampoco producen salud. (...)

Los hospitales andinos son copias de los europeos y norteamericanos. (...)

Mientras las universidades andinas aprenden y enseñan la medicina natural, qheswaymaras y criollos deben tener derecho a elegir públicamente cómo quieren curarse. Si con la medicina nuestra, natural, inocua, probada. O con la medicina ajena, artificial, agresiva, probándose.

(Wankar, 1980: 294-295)

Quizá el radical discurso indígena contemporáneo, enunciado por el pensador boliviano Ramiro Reynaga con el nombre de Wankar —asumiendo su identidad como indígena quechua-aymara (“qheswaymara”)— no sea sino la expresión de un rechazo extremo a todo aquello que ha sido impuesto por el depredador hombre blanco y mestizo a los pueblos indios de América.

El despojo territorial, el dominio político y económico, la explotación laboral, la imposición de la religión católica, la exigencia de emplear el idioma español y la obligada aceptación de una legalidad construida por el invasor y colonizador, son la fuente de resistencia y repudio a las políticas hegemónicas occidentalizadas de los actuales gobiernos nacionales de América.

El proyecto indio contemporáneo es desdeñado, relegado y menospreciado por una sociedad nacional que está inmersa en un proyecto neoliberal, donde no caben los “atrasados”, “molestos” e “ignorantes” movimientos indígenas que solicitan y exigen nuevas formas de relación política con el Estado, y donde el indigenismo gubernamental sólo ofrece “parches” o soluciones parciales a los derechos históricos de los pueblos indios.

En este sentido, la afirmación de H. Díaz-Polanco (1992:42) sobre las políticas indigenistas expresa una notable verdad:

Los indigenismos implican políticas concebidas y diseñadas por los no indios, para ser aplicadas a los otros; no suponen una consideración del punto de vista y los intereses de esos otros, sino una negación rotunda de que éstos tengan algo que opinar sobre sus propios asuntos.

Sin llegar al extremo del separatismo, ni a la creación de extraterritorialidad, algunos movimientos indígenas aspiran a un trato igualitario basado en el reconocimiento de su autonomía¹⁶² como pueblos con plena madurez y responsabilidad en sus actos. Exigen una relación diferente con el Estado nacional, en la cual se respeten y garanticen sus derechos individuales y colectivos.

Retornando al discurso de Wankar, creo que en el dilema propuesto por él entre medicina indígena y medicina académica subyace un recurso retórico

162 Por autonomía se entiende “...régimen especial que configura un gobierno propio (autogobierno) para ciertas comunidades integrantes, las cuales escogen así autoridades que son parte de la colectividad, ejercen competencias legalmente atribuidas y tienen facultades mínimas para legislar acerca de su vida interna y para la administración de sus asuntos” (Díaz-Polanco, 1991:151). El término no implica extraterritorialidad, ni la formación de un Estado dentro de otro, sino la autodeterminación de los pueblos indios para gobernarse a sí mismos dentro del espacio nacional. Un excelente análisis donde se discute el concepto de autonomía, su aplicabilidad y sus perspectivas es la que ofrece el antropólogo Héctor Díaz -Polanco.

para plantear y exigir la legalidad plena de la primera, y la libertad para elegir la segunda. Sólo así podemos entender que los indígenas mexicanos y bolivianos continúan empleando sus recursos y métodos curativos propios, a la vez que demandan la instalación y presencia de clínicas médicas rurales. No se trata de una traición a sus ancestrales usos y costumbres, sino el reconocimiento a los límites de la medicina practicada por sus curadores locales, y la incuestionable eficacia de la tecnología médica foránea, que incluye vacunas, cirugía, medicamentos de patente, etc. En última instancia, lo importante es que disminuya la elevada morbilidad y mortalidad presente en los pueblos indios, que éstos cuenten con la posibilidad de seleccionar el servicio curativo que más les convenga, de acuerdo con sus particulares necesidades.

Con nuestra investigación sobre el proceso de legalización en México y Bolivia nos hemos adentrado en el campo de las relaciones de poder que los médicos indígenas han sostenido con diversas autoridades sanitarias, civiles y sacerdotales. A continuación brindaremos algunos comentarios finales sobre tales vinculaciones.

A. RELACIONES CON LOS MÉDICOS ACADÉMICOS

En nuestra investigación encontramos que todos los doctores y autoridades sanitarias regionales reconocen la existencia de los médicos indígenas, tienen conocimiento directo e indirecto de sus actividades; sin embargo, su conocimiento es vago, superficial e insuficiente en cuanto a su número, función, trascendencia, influencia, alcances, limitaciones y grado de eficacia en el manejo de enfermedades. Prueba de lo anterior es que ninguno de ellos sabía de la existencia de las *organizaciones* médicas indígenas.

Históricamente, las relaciones que se han establecido entre los doctores y los médicos indígenas en América Latina han sido ambiguas, conflictivas y adversas hacia los practicantes de la medicina indígena.

Pese a esta historia desfavorable, un proyecto gubernamental como el iniciado por el Instituto Mexicano del Seguro Social en zonas rurales ha logrado influir en médicos académicos e indígenas, al construir nuevas y positivas formas de interacción, caracterizadas por un acercamiento mutuo.

Según nuestras indagaciones con los médicos del IMSS-Solidaridad que trabajan en las regiones indígenas de Sinaloa, Michoacán y Campeche, existe una actitud más respetuosa y comprensiva de la medicina tradicional, que se diferencia de la actitud estigmatizante de los médicos pertenecientes a

otras instituciones que no mantienen un programa específico de interrelación. Esto es fundamental porque involucra la formación y capacitación de los doctores en las escuelas de medicina y en los centros de trabajo.

En este sentido, es deseable que la propia Secretaría de Salud en México y el Ministerio de Previsión Social y Salud Pública en Bolivia establezcan un programa similar en beneficio de ambas agrupaciones y, en última instancia, de los enfermos que los consultan.

También es necesario que las escuelas de medicina incluyan en sus planes de estudio algunos temas referentes a las medicinas indígenas tradicionales que, sin duda, ayudarán a que el futuro doctor tenga una mejor relación con el curandero y que, en su práctica cotidiana con los enfermos de clases populares, reconozca y respete sus concepciones y creencias.

La legalización es una medida justa, razonable y necesaria, que exige del Estado y de las asociaciones médicas-académicas el compromiso de establecer un diálogo y una convivencia basados en la pluralidad y la tolerancia, sobre todo cuando las tendencias políticas actuales señalan a la autonomía como el camino idóneo para el reconocimiento de los derechos históricos de los pueblos indios.

La legalización de los médicos indígenas confirmaría el reconocimiento comunitario que ya tienen, les permitiría salir del clandestinaje, brindaría protección y seguridad en sus actividades laborales y podrían coordinarse con los doctores en la atención de los enfermos.

La legalización también significa un serio compromiso para los médicos indígenas, que se verían obligados a buscar nuevas formas de normatividad interna, a reglamentar sus actividades e iniciar transacciones con las autoridades del sector salud.

B. RELACIONES CON LAS AUTORIDADES CIVILES

Es indudable que la legalización de la medicina indígena (como ha sucedido en Bolivia) atenúa los antagonismos con las diversas autoridades locales, estatales (o departamentales) y federales (o centrales). La ausencia de la misma, en México, permite el incremento de los abusos en contra de los médicos indígenas. En este sentido, el reconocimiento institucional (aunque no jurídico) otorgado por las dependencias federales como el INI (hoy CDI), la Dirección General de Culturas Populares y el IMSS, producen un efecto protector a la medicina indígena, al facilitar la promoción, difusión, desarrollo y

organización de los curanderos, dando legitimidad a ciertas técnicas y recursos. La concesión de constancias, diplomas, credenciales y otros documentos similares no constituyen la solución, pero sí dispensan una relativa garantía al médico indígena.

Por otra parte, cuando la autoridad civil comparte el mismo origen indígena que el curandero, disminuyen de manera notoria los obstáculos ante el saber y la práctica del terapeuta. Por el contrario, una autoridad de extracción mestiza, por más respetuosa que se presente, mantendrá una distancia insalvable, mediada por su desconocimiento de los usos y costumbres indias.

Tampoco porque se trate de una autoridad nativa el médico indígena puede encontrar una inmunidad completa, pues también en las comunidades indígenas se manejan cuotas de poder y de intereses personales, y la denuncia, real o ficticia, de hechicería puede constituir un excelente pretexto para el despojo y la rapiña de los bienes del curandero y su familia.

Casi todas las autoridades civiles entrevistadas para esta investigación están de acuerdo con la legalización, sin embargo, dado que viven cotidianamente el problema que significa la hechicería en sus demarcaciones, sugieren que el proceso de legalización excluya a los hechiceros.

Por supuesto, el problema que representa la hechicería no es un asunto intrascendente. Si partimos de la premisa teórica de que la hechicería no existe, es obvio que no se transforma en duda: es cosa (pre)juzgada, es un incuestionable no-problema. A contracorriente, una serie de estudiosos de la cultura, empezando por James George Frazer (autor de *La rama dorada*), pasando por el médico y fisiólogo norteamericano Walter Bradford Cannon, y los antropólogos Claude Levi-Strauss y Ernesto de Martino, han descubierto que la magia y la hechicería constituyen fenómenos reales, tanto que pueden originar la muerte de la persona hechizada.

Visto así el acertijo, la hechicería deja de ser una entelequia y se convierte en un severo problema de control social, que se ve potenciado por la presencia de envidia, celos y codicia de los bienes ajenos en las comunidades campesinas y urbanas de América Latina.

Es evidente la necesidad de que los propios médicos indígenas, junto con sus organizaciones, las autoridades y la comunidad en general, sean los que resuelvan sobre este complejo, espinoso y delicado asunto.

Consideramos que en México existe un espacio político-social propicio para la aceptación legal de la medicina indígena, en especial de sus expertos más técnicos (hierbateros, parteras, sobadores, hueseros, etc.) y no tanto para los especialistas que apelan a recursos simbólicos

o rituales, pues con facilidad son confundidos con los ejercitantes de la hechicería.

En el caso boliviano, si bien no hay aparentes conflictos con las autoridades locales, sí resulta necesario apoyar oficialmente a los médicos kallawayas itinerantes para que tengan correcta su documentación migratoria, además de algún papel de la organización gremial que sustente su personalidad como médico indígena itinerante en países vecinos, aunado a una legislación bilateral con esas naciones limítrofes que sea favorable a este único y singular proceso migratorio de tipo laboral que realizan los médicos kallawayas desde la etapa precolombina.

C. RELACIONES CON LAS AUTORIDADES RELIGIOSAS

Durante la colonización española en América, la Iglesia, junto con el Estado, jugaron un papel esencial en el reordenamiento de la vida individual y colectiva de los pueblos indígenas conquistados. El poder material e ideológico que acumularon fue inmenso.

En la actualidad, la religión católica continua siendo un importante factor de influencia en la vida cotidiana de los pueblos indios de México, Bolivia y el resto de países americanos que fueron dominados por la Corona española.

De alguna manera nuestro estudio confirma el enorme poder que aún conserva la Iglesia católica a nivel regional y, por ello, sobre las comunidades indígenas. Su fuerza se convierte en un factor de limitación y control sobre los médicos indígenas, al aceptar, promover, difundir los resultados eficaces de los curanderos más técnicos, como el herbolario, el sobador, el huesero y la partera; al tolerar y encogerse de hombros ante la ritualidad católica-popular de algunos curanderos; pero, en todos los casos, rechazar y sancionar a todos aquellos que emplean recursos y procedimientos calificados por ellos como supersticiosos, diabólicos, hechiceriles e incluso idolátricos.

En este sentido, cabe recalcar que médicos, autoridades civiles y los propios sacerdotes están de acuerdo en legalizar la práctica de los médicos indígenas, siempre y cuando no estén contaminados por la ritualidad y el simbolismo *que ellos* no entienden.

Aquí deseamos ser enfáticos al señalar que las medicinas tradicionales no pueden, ni deben, ser entendidas como prácticas fragmentables, donde se puedan aceptar sólo sus componentes empíricos, separados de sus elementos mágico-religiosos. Los médicos académicos dicen que sí al reconocimiento,

pensando únicamente en la herbolaria medicinal y reducen las medicinas tradicionales al empleo de remedios vegetales. Los sacerdotes reconocen a los médicos indígenas pensando en sus virtudes técnicas y excluyen todo contenido ideológico diferente al cristianismo. Es necesario aceptar que las medicinas tradicionales (incluidas las indígenas) son entidades sociales que deben ser entendidas y tratadas como prácticas holísticas y, por tanto, como sistemas integrales e indivisibles.

Por otra parte, ante la creciente penetración de grupos religiosos en pueblos indígenas, la situación se vuelve muy compleja y contradictoria, pues estos nuevos evangelizadores también influyen en la modificación de creencias, valores, normas y comportamientos colectivos de las comunidades; generan conflictos difíciles de resolver, entre los que se cuentan el repudio, la animadversión y la hostilidad hacia los médicos indígenas.



De nuestro trabajo se desprende que, por encima de las diferencias que se tienen con los médicos indígenas, existe consenso de médicos académicos, alcaldes y sacerdotes para reconocer sus aptitudes y aceptar su práctica dentro de las normas legales.

Los propios médicos indígenas reivindican su histórico derecho a expresar sus saberes, sus prácticas y sus creencias. El inacabado proceso de legalización en Bolivia demuestra que sí es posible obtener los cambios legislativos favorables y que sí es un instrumento de protección que ampara a los médicos indígenas. Los reconocimientos comunitarios e institucionales, a través de encuentros, cursos, seminarios, así como la entrega de constancias, diplomas y credenciales, son significativos pero insuficientes.

La legalización de los médicos indígenas tradicionales debe ser un acto de estricta justicia a los cientos de años de persecución y olvido.

SEGUNDA PARTE

...los estados deben asumir realmente su compromiso en lo político y jurídico para la solución de los problemas de nuestros pueblos en materia de derechos humanos, medio ambiente, desarrollo, tierra, educación y salud, entre otros, así como hacer efectivo el respeto a los valores específicos de los pueblos indígenas.

(Rigoberta Menchú Tum, 1994:36, dirigente indígena,
Premio Nobel de la Paz).

...un estado moderno no puede permitirse el ignorar una actividad [médica tradicional] que es tan importante para la vida de sus ciudadanos.

(Gilles Bibeau, 1982: 1848, antropólogo).

En las siguientes líneas comentaremos la pertinencia, factibilidad e implicaciones de la legalización de la medicina indígena tradicional. Esperamos que estos puntos sirvan como ejes de reflexión para las organizaciones de médicos indígenas, para los funcionarios que laboran en los sectores de salud e indigenista, y para todos aquellos interesados en los derechos de los pueblos indios de América.

PERTINENCIA

1. Consideramos que la legalización de la medicina indígena constituye un **derecho histórico inalienable¹⁶³ e imprescriptible¹⁶⁴ de los pueblos que la practican**. No únicamente como una forma de expresión aislada o aislable de la cultura indígena, sino como una manifestación más de la necesaria **autonomía de los pueblos indios** que abarca el rescate y la recuperación de sus territorios, su idioma, su autogestión política, sus costumbres y creencias, sus actividades curativas, entre otros derechos. Todos ellos incluidos en un apartado constitucional que apoye el ejercicio de autodeterminación de los pueblos indios y no únicamente el derecho a practicar —con o sin limitaciones— la medicina indígena tradicional.

Hasta ahora, las instituciones gubernamentales de México, con un enorme y negativo centralismo, han elaborado algunas políticas indigenistas favorables y oportunas (como el apoyo a las organizaciones de médicos indígenas) pero parciales y deficientes en cuanto que promueven la creación de

163 O sea, es un derecho que no se le puede privar a ninguna persona o agrupación.

164 Pues se trata de un derecho que no se extingue ni desaparece con el paso del tiempo.

clientelismo institucional, dependencia económica-administrativa y, sobre todo, falta de autonomía política.

En el caso boliviano, la legalización a las asociaciones de médicos tradicionales (indígenas, populares, “alternativos”, etc.) ha brindado un indudable auxilio en el reconocimiento y protección social de los múltiples y heterogéneos practicantes de las medicinas indígenas del país, sin embargo, aun falta que esta modificación jurídica se introduzca y amplíe en las principales leyes bolivianas, es decir, la Constitución, el Código de Salud, y otras normas de la legislación sanitaria.

2. Consideramos que las medicinas indígenas constituyen un **servicio útil, valioso, trascendente e irremplazable** para las comunidades donde se hayan y no sustituyen ni compiten con el médico académico (generalmente pasante en servicio social o provincial) que allí se encuentra.

Algunos especialistas en salud pública consideran que la medicina indígena puede y debe ser reemplazada por la medicina académica (Roemer, 1980: 108). Sin embargo, en diversas comunicaciones hemos insistido que los curanderos mantienen una especificidad curativa para ciertas enfermedades que los médicos académicos desconocen o que interpretan de una forma que no corresponde con la realidad cultural de los enfermos. Es el caso de los pacientes con “susto”, empacho, tripa ida, hechicería y otras, donde la gente prefiere asistir con sus médicos tradicionales. En pocos casos, ellos atienden enfermedades reconocidas por la medicina académica, pero lo hacen aplicando recursos diferentes a los establecidos por la ciencia médica.

Es conveniente recordar que los médicos indígenas sí están viviendo en la comunidad y están disponibles a toda hora, en tanto que algunos doctores no tienen residencia en la comunidad, salen con frecuencia para resolver asuntos administrativos y su permanencia es transitoria.¹⁶⁵

También hay que reconocer que la medicina indígena ha persistido a través de los siglos porque *sus técnicas, sus recursos y sus procedimientos son*

165 He aquí una florida descripción del servicio social en un alejada comunidad del estado de Puebla: “La estructura de la pasantía raya en el absurdo; cada año se cambia al médico y se interrumpe el proceso, independientemente al parecer del mismo y principalmente del parecer de la comunidad. Sin sueldo suficiente, sin materiales, sin agua en su centro de salud, sin nociones básicas de medicina social, el doctor come huevos fritos en la cocina desierta de su desierto centro de salud, fruto de la conducta del pasante anterior y de la austeridad decretada por lo no austeros responsables del sector; el doctor atiende algunas contadas consultas y partos, y pasa buena parte de su tiempo leyendo novelas que le permiten la evasión de la realidad que le rodea; en la universidad y en el hospital le enseñaron a esperar las enfermedades detrás de su escritorio, y este hombre joven lo hace lo mejor que puede. A un kilómetro del centro de salud subutilizado, la población continúa su vida cotidiana (Hersh, 1989:33).

eficaces y resuelven algunos de sus problemas de salud. En la mayoría de los casos con una visión más global y totalizadora del enfermo.

Mención especial merece la atención del parto en las zonas campesinas e indígenas de nuestros países. Las parteras rurales continúan siendo las principales receptoras de los cuidados materno-infantiles. Las estadísticas oficiales revelan que entre un 50 a 70% de los partos en las zonas indígenas de Guerrero, Oaxaca y Chiapas, son atendidas por estas especialistas.

Más que una competencia profesional debemos considerar las funciones de curanderos y de médicos académicos como actividades complementarias, donde ambos pueden aprender un poco a partir de sus particulares prácticas y orientaciones.

Por otro lado, hay que considerar que la coexistencia de curadores permite a los enfermos y sus familiares acudir con algunos de ellos, en situaciones y circunstancias bien concretas, y decidir la mejor opción de acuerdo con sus concepciones, intereses y posibilidades económicas.

No olvidemos que la relación paciente/curador (sea éste médico académico o terapeuta tradicional) se fundamenta en la confianza que los enfermos depositan en los curadores, y por eso no es nada despreciable el peso del sistema de creencias y la fe en el proceso curativo. Si el enfermo y su familia creen firmemente en la hechicería, y también es una creencia del terapeuta tradicional, es evidente que existe una cosmovisión compartida que ayudará en el ritual de neutralización.

Por último, debemos reparar en el hecho de que algunos médicos indígenas no son únicamente técnicos curadores, sino además se erigen en los custodios y portadores de valores, tradiciones y conocimientos comunitarios. Por ello son muy queridos y respetados, puesto que *representan la sabiduría, el sacerdocio y el liderazgo moral de sus pueblos.*

3. Consideramos que las políticas de los organismos internacionales (OMS, OPS, OIT, UNICEF y otras) favorecen un entendimiento e interrelación positiva entre médicos académicos y tradicionales.

Es indudable que la orientación marcada por la Organización de las Naciones Unidas, a través de su órgano especializado en salud pública, como lo es la Organización Mundial de la Salud, ha influido notablemente en las políticas sanitarias adoptadas por los gobiernos subdesarrollados con respecto a sus medicinas tradicionales, sobre todo en aquellas naciones que poseen (como Bolivia, México y otros países de América Latina) una inmensa riqueza de recursos humanos y materiales tradicionales, no existiendo

una correspondencia entre dicho patrimonio y el reconocimiento legal para tales recursos.

No obstante semejante ausencia, los reconocimientos comunitarios y gubernamentales (institucional, pero no legal), se han visto incrementados por el impacto de las políticas y estrategias promovidas por las organizaciones internacionales. Por ello no extraña que algunas instituciones mexicanas hayan desarrollado con éxito sus programas de interrelación positiva con la medicina indígena.

En el contexto latinoamericano, la Organización Panamericana de la Salud ha mantenido una actitud ambigua acerca de las medicinas tradicionales. Su presencia ideológica ha sido mucho menos influyente que la de la OMS y otras organizaciones internacionales, aunque algunos de sus informes y publicaciones sí han abordado el tema sin llegar a un compromiso significativo.¹⁶⁶

4. Consideramos que el reconocimiento social e incluso legal significa una forma más de institucionalización y profesionalización de las actividades de los médicos indígenas.

En términos socio-antropológicos, la medicina indígena y popular es una institución social para los pueblos que la practican y que se reafirma con el reconocimiento externo de algunos sectores de la sociedad dominante. A propósito decimos algunos, porque ese reconocimiento es dado por unas cuantas organizaciones gubernamentales y no gubernamentales,¹⁶⁷ lo cual demuestra la falta de consenso en los organismos de la sociedad dominante.

La institucionalización de la medicina indígena implica una incipiente profesionalización de sus practicantes, aunque se trata de un proceso gradual, parcial y que, seguramente, quedará incompleto por la vigilancia e intervención limitante y controladora de la medicina académica.

Recordemos que la biomedicina, como modelo médico hegemónico, ejerce un elevado grado de autonomía y exclusividad en su campo de acción técnica

¹⁶⁶ Esta situación ha cambiado a partir de...

¹⁶⁷ Una publicación de la Fundación Mexicana para la Salud intitulada *Economía y Salud. Propuestas para el avance del sistema de salud en México. Informe final* (1994), escrita por un equipo de investigadores relacionados con la salud pública y que propugnan por un "sistema universal de salud" que abata el "peso de la enfermedad" y mejore las condiciones de vida de los mexicanos, desconoce e ignora la existencia de las medicinas tradicionales y la serie de prácticas que establecen los conjuntos sociales. ¡Siempre los cambios paternalistas de los expertos ilustrados a espaldas de los posibles pueblos beneficiados!

Por otro lado, el reconocimiento brindado por las organizaciones no gubernamentales (ONGs) se ha dado en la práctica cotidiana con las comunidades con las que ellos trabajan de manera compartida. Sin embargo, hemos conocido algunas ONGs que apenas han aceptado la importancia de las prácticas médicas tradicionales y de autoatención.

e ideológica. Sin embargo, por sus mismas características estructurales limitantes (en espacial su orientación biologista e individual y su dependencia a la costosa tecnología) puede verse en la necesidad de ceder ciertos espacios y forzado a no ocupar otros. Es decir, que sea obligado a iniciar un conjunto de transacciones, en este caso con los practicantes de la medicina indígena.

Desde la visión teórica de Eliot Freidson, esta tendencia de los médicos indígenas a la profesionalización indicaría los primeros pasos de una transformación laboral “gratuita” a una actividad cada vez más referida a la adquisición de una remuneración por el servicio médico brindado. Donde ellos, además, esperan un cierto derecho a regular sus tareas y a determinar sus propias funciones. Obviamente tal autonomía resultará muy relativa, pues tiene ante sí el monopolio y la hegemonía de la medicina académica.

A pesar de la monopolización, resulta revelador el que todos los médicos universitarios entrevistados en México y Bolivia expresen su convencimiento de la legalización de los médicos indígenas. Es posible que por su conocimiento de los problemas rurales de salud, encuentren plausible tal reconocimiento y vislumbren sus ventajas.

Se puede explicar este avance social de la medicina indígena —en los términos de Andrew Abbott— por un reacomodo de jurisdicción profesional en aquellas regiones indígenas alejadas, donde la medicina académica no puede penetrar, o que son abandonadas por insuficiencia de recursos. Ya sabemos que esto suele suceder por los efectos de las cíclicas crisis económicas que sufre el sistema capitalista neoliberal.

FACTIBILIDAD

1. Sí es factible la legalización en México, porque ya se ha realizado en otros países con procesos histórico-culturales semejantes.

En aquellas naciones, donde las culturas nativas han sobrevivido a los embates de los invasores y colonizadores europeos (los llamados Pueblos Testimonio de Darcy Ribeiro), como la India, China, Nepal, Pakistán, Bangladesh, Sri Lanka, Burma, Tailandia, Corea del Norte y varios países africanos, sus medicinas tradicionales han sido reconocidas legalmente por sus gobiernos, aceptándose que forman parte de su cultura milenaria y que es una herencia social e histórica imposible de renunciar.

En América, las agrupaciones de médicos indígenas de Bolivia y México ya tienen una personalidad jurídica, donde se les reconoce como asocia-

ciones civiles sin finalidades de lucro. En Perú y Chile existen departamentos de medicina tradicional al interior de los respectivos ministerios de salud, que buscan la promulgación de leyes que reconozcan la medicina de los pueblos aymaras, quechuas y mapuches. Todo lo anterior demuestra que hay una tendencia hacia un reconocimiento que debe de madurar en legalización.

La vigente ley estatal de Chiapas que reconoce (limitadamente) a los médicos indígenas es la mejor demostración de que sí es factible legislar sobre la medicina tradicional, y nos enseña que toda ley debe ser antes analizada y discutida con los involucrados, es decir, que debe ser hecha con la participación de los médicos indígenas y no como una concesión graciosa o caprichosa de las autoridades de gobierno.

2. Sí es factible porque existe un sustento comunitario que respalda a los practicantes de las medicinas tradicionales.

Precisamente porque las medicinas tradicionales constituyen una herencia cultural de los pueblos indígenas, sus depositarios y usuarios forman parte de las mismas comunidades indígenas y, por tanto, existe una identidad común entre el médico y el paciente.

Por otro lado, las autoridades de tipo tradicional (cuando no han modificado sus creencias)¹⁶⁸ continúan brindando apoyo a sus terapeutas y son excepcionales las fracturas entre las autoridades tradicionales y los médicos indígenas de la localidad.

3. Sí es factible porque hay programas de interrelación entre médicos académicos y tradicionales.

Las experiencias gubernamentales emprendidas en México, por el INI y el IMSS-Solidaridad, han logrado interesantes y valiosas vinculaciones con los médicos indígenas, que pueden servir de base para una revisión y posible ampliación del programa de interrelación a otras dependencias de gobierno. Proyectos semejantes pueden establecerse con sus particularidades en el resto de América, siempre y cuando establezcan relaciones de coordinación no subordinada con los médicos indígenas locales.

Si bien la interrelación es una realidad palpable y positiva, la integración de las medicinas indígenas con la medicina académica en América Latina

168 Recuérdese que en algunas comunidades indígenas de México, (en especial, Oaxaca), las autoridades se han convertido al evangelismo, y desde esa posición de poder han obstaculizado las actividades cotidianas de los médicos indígenas.

aún resulta un proceso delicado, complicado y lejano.¹⁶⁹ Sin embargo, el proceso de legalización es un paso que ayudaría en ese sentido.

IMPLICACIONES

¿Qué consecuencias puede tener la legalización de las medicinas indígenas en América Latina?

1. Habría una institucionalización de las medicinas indígenas en el contexto nacional, que obligaría al resto de la sociedad civil (en especial los doctores) a un intercambio serio, respetuoso y formal de puntos de vista. Semejantes encuentros permitirían una recíproca colaboración y propiciarían un mejoramiento de las condiciones de vida y de salud de la población que vive en las zonas campesinas.

2. Habría una limitada y gradual profesionalización de los médicos indígenas.

Ello los obligaría a crear una normatividad interna que regule su práctica curativa; a concebir una instrucción mínima, que les permita superarse y aumentar su capacidad de resolución de problemas sin que pierdan su especificidad curativa; a imponerse un código ético de trabajo que impida los abusos y engaños propios del charlatán;¹⁷⁰ y a luchar por la ampliación de su espacio jurisdiccional de trabajo, así como obtener una autonomía relativa en cuanto a sus actividades.

Por supuesto, esta profesionalización de los médicos indígenas causaría cierta rivalidad y competencia —mal entendida— con los médicos académicos poseedores de un título profesional.¹⁷¹ La legalización no significa que

169 Por integración entendemos la plena interacción *igualitaria* de las diversas prácticas médicas, no sólo en términos operativos sino también ideológicos y legales. Debemos de recordar que en ausencia de esta integración formal de servicios, los conjuntos sociales hacen un uso combinatorio y sintetizador de los recursos humanos y materiales, sin importar origen, desarrollo y posibles contradicciones.

170 Aquí entendemos por charlatán a todo aquel individuo (con o sin título) que engaña al paciente con supuestos conocimientos, y lo defrauda aplicando tratamientos que no conducen a la curación sino al persistente cobro de honorarios. En nuestros países existen doctores y curanderos que se hacen publicidad en los periódicos ofreciendo tratamientos “curativos” de cáncer, sida, diabetes y otras enfermedades incurables que no buscan más que el propio beneficio económico.

171 Un ejemplo de esta absurda rivalidad fue el rechazo de algunos doctores que se escandalizaron cuando los curanderos indígenas de México y de toda América se apropiaron por tres días del espacio “sagrado” del actual Palacio de la Medicina en el II Congreso Nacional de Médicos Indígenas Tradicionales y I Continental (agosto de 1992). Esos indignados doctores no soportaron que el lugar fuera invadido y empleado por aquellos que precisamente están en la búsqueda de nuevas forma de cooperación y coordinación con los médicos académicos. Resulta un hecho paradójico y significativo que ese hermoso

los médicos indígenas tengan un documento similar sino que puedan ejercer actividades curativas con los derechos y obligaciones inherentes, con los alcances y limitaciones que su conciencia, conocimiento y corporativización les impongan.

3. Habría un mayor control estatal sobre los médicos indígenas tradicionales.

La legalización implicaría una intervención y control de varias dependencias de gobierno sobre los médicos indígenas: secretarías o ministerios de salud y hacienda, autoridades departamentales o estatales, autoridades municipales, entre otras.

Un peligro siempre latente sería una excesiva normatividad externa a los médicos indígenas, que ahogara e inhibiera sus legítimas iniciativas de trabajo. Al contrario podría generar una laxitud extrema que estimule la proliferación de charlatanes. Consideramos que una autoridad ejercida en forma rígida es tan dañina como una autoridad que exhibe debilidad e inconsistencia.

Con respecto a los impuestos, el ejemplo boliviano nos demuestra que un cobro no excesivo, e incluso ausente, es la mejor solución para los médicos indígenas, que en su mayoría tienen ingresos exiguos e irrisorios.

Por último, existe la amenaza de una manipulación gubernamental hacia el médico o los médicos indígenas para captarlos y utilizarlos para los programas considerados como prioritarios para el Estado, como es el caso del control natal y otros. La legalización tiene ese riesgo, sin embargo debemos aceptar que los médicos indígenas no son ingenuos, ni están aislados. Serán sus compañeros, organizaciones y asesores los responsables de analizar, discutir y decidir sobre las estrategias políticas adecuadas para relacionarse con el gobierno y con otras instituciones no gubernamentales.

4. La legalización y el apoyo a la medicina indígena tradicional podría derivar en un contexto de crisis económica en el abandono del Estado a sus responsabilidades relacionadas con la salud de la población indígena.

El reconocimiento institucional y legal a las medicinas indígenas no debe significar la descarga del Estado de sus obligaciones concernientes a la atención médica primaria, con apoyo hospitalario que debe proporcionar en las poblaciones campesinas.

e histórico lugar haya sido el asiento de la Santa Inquisición (que persiguió durante el virreinato a los novohispanos acusados de hechicería) y que de 1854 a 1956 albergara las aulas de la Escuela Nacional de Medicina, semillero de los mejores médicos mexicanos y de uno que otro perseguidor de curanderos.

Queremos insistir que la coexistencia de varios sistemas curativos proporciona una protección complementaria en las comunidades, siendo deseables que sus practicantes busquen la asociación, más que la mutua exclusión o el unilateral abandono.

5. Con la legalización pueden presentarse modificaciones, quizá irreversibles, de algunas concepciones, saberes, prácticas y recursos de la medicina indígena tradicional.

Recordemos que la medicina tradicional no es un conjunto invariable de costumbres y tradiciones, tampoco es una serie de recursos destinados al museo de las rarezas, y menos un fenómeno cultural fijo e inalterable.

Las medicinas indígenas de hoy no son iguales a las de hace 25, 100, o 500 años. Conservan una matriz básica o núcleo fundamental de origen, pero tienen un dinamismo pragmático que les hace desprenderse de ciertos elementos y apropiarse de otros, en un esquema de persistente movimiento. Hay pérdidas y ganancias de elementos secundarios, pero se conserva lo primario, lo distintivo y lo diferencial.

Pensamos que eso que es fundamental se encuentra en la cosmovisión de los pueblos indígenas de América, en la manera que cada comunidad india concibe el universo, dioses, mitos de creación, valores grupales, la concepción de sus vidas y cuerpos.

Ciertamente existe el peligro del olvido, extravío, de la conversión, pero también la legalización puede recuperar la luz de la memoria de aquello que se mantenía en la oscura clandestinidad. De nuevo es la colectividad india la que puede salvar y defender sus valores comunitarios de las acechanzas modernizadoras. No se trata de oponer tradicionalidad contra modernidad, sino de establecer las estrategias y mecanismos adecuados que permitan que los niños indígenas no mueran por desnutrición, por enfermedades infecciosas, ni tampoco mueran o sufran de espanto o mal de ojo.

COMENTARIOS FINALES

1. La legalización de las medicinas indígenas debe ser parte de la revaloración y reafirmación de las culturas indígenas americanas.

La aceptación incuestionable de la pluralidad cultural y la multietnicidad de las naciones latinoamericanas es la condición previa para el reconocimiento, defensa y protección legal del patrimonio cultural indígena, que

abarca su territorio, lengua, conocimientos, lugares sagrados, medicinas y demás expresiones de vida colectiva.

No es posible admitir las formas racistas que permiten, alimentan y toleran que los indígenas sean discriminados y relegados en sus países de origen, en función de su peculiar cultura. La legalidad del “hombre blanco” es una creación de la civilización occidental que ha sido impuesta en los pueblos indios, por eso en la actualidad éstos tienen el derecho a manifestar sus prácticas médicas tradicionales, reafirmando con ello sus valores, normas y costumbres adquiridas por generaciones, y es justo que este derecho también aparezca en las leyes, códigos y reglamentos vigentes.

2. La legalización de la medicina indígena y su respectiva reglamentación debe ser realizada con la participación directa y activa de los propios pueblos indios.

Ellos deben ser los protagonistas del proceso legislativo y no meros beneficiarios pasivos de concesiones y políticas estatales paternalistas. En el pasado, las instituciones oficiales han promovido y organizado la agrupación de médicos indígenas, hasta lograr la formación del Consejo Nacional de Médicos Indígenas Tradicionales (Conamit), sin embargo, la fortaleza del movimiento corporativista radica en el grado de autodeterminación y autonomía que logre con respecto a sus promotores iniciales. Por el momento, las casi sesenta organizaciones regionales de médicos indígenas y el Conamit aún permanecen orgánicamente articulados al Estado, y sólo la OMIECH mantiene vínculos más o menos independientes de la tutela gubernamental.

En el caso boliviano no existe tal tutelaje oficial pero la legalización de la medicina indígena todavía está incompleta, la reglamentación no se cumple y su principal agrupación —la Sociedad Boliviana de Medicina Tradicional— ha tomado un rumbo incierto donde subsiste el peligro constante de divisiones y fragmentaciones por especialidad o por identidad étnica.

3. Dentro del proceso de legalización, la regulación operativa de la práctica indígena debe ser responsabilidad de los médicos indígenas y sus organizaciones, en tanto que la regulación jurídica estara sujeta a la *coordinación* con las autoridades sanitarias, evitándose la subordinación.

Esto quiere decir que serán las propias organizaciones de médicos indígenas quienes deberán reglamentar y regular la práctica curativa en sus zonas de influencia, poniéndose de acuerdo con las diversas autoridades sanitarias acerca de las formas y contenidos jurídicos de regulación legal de la práctica médica indígena. De ninguna manera un médico académico podrá contro-

lar y supervisar una actividad que no conoce en profundidad, como tampoco un médico indígena intentará regular el ejercicio curativo de los médicos académicos. Por esto, la Ley de Salud del Estado de Chiapas debe ser modificada para otorgar al médico indígena el derecho a ser considerado como tal y no como un simple auxiliar del médico académico.

4. La legalización de la medicina indígena dentro del régimen de autonomía no resuelve per se el problema de las relaciones hegemonía/subordinación.

Si bien la medicina indígena puede elevar su rango de legitimidad social, bajo la forma de práctica legalizada, todavía la medicina académica mantendrá la exclusión ideológica considerándola como una actividad inferior, tal como sucede en la actualidad con la homeopatía en nuestro país, que se aprende en centros de estudios superiores aceptados por el Estado, que está reconocida legalmente por la Secretaría de Salud, pero que es secundarizada e infravalorada por los médicos académicos alópatas, e incluso por las mismas autoridades sanitarias, que se supone deberían ser neutrales e igualitarias en el manejo de los recursos y de los presupuestos, que obviamente son menores para las instalaciones homeopáticas.

5. Con autonomía los pueblos indígenas y sus médicos deberán establecer un código ético que evite la mala práctica e incluso el ejercicio de la hechicería.

Ninguna entidad externa deberá dictaminar sobre los casos de práctica curativa deficiente, mercantilista o inmoral. Serán las autoridades indígenas, y los líderes de las organizaciones médicas, quienes evalúen, enjuicien y dictaminen sobre los casos concretos que se han presentado en sus comunidades. En caso de muerte por supuesta negligencia, ellos deben ser los primeros en ser enterados y en caso necesario, podrán solicitar apoyo y asesoría de alguna autoridad sanitaria competente.

Por otro lado, hay que recordar que la medicina indígena —como cualquier otra práctica curativa— ejerce algún tipo de control social en relación al individuo enfermo, pero también se extiende a los familiares e, incluso, a la comunidad.



No obstante los avances logrados en los años recientes por las medicinas indígenas de México y Bolivia, es indudable que las medicinas académicas en los dos países conservan una vigorosa hegemonía, que escasamente se verá

afectada con los reconocimientos legales que les han otorgado sus gobiernos a las prácticas médicas subalternas. Por otra parte, si esas modificaciones en las leyes nacionales y resoluciones internacionales no son reivindicadas, retomadas y profundizadas por los pueblos indios, dentro de un esquema de progresiva autonomía, no dejarán de ser graciosas concesiones de Estados benefactores a los que, en última instancia, poco o nada les interesa la cultura particular de los pueblos indios, dejando el pluriculturalismo y la multietnicidad sólo en el engañoso y vacío discurso.

Hasta aquí lo expresado en y para el periodo 1990-1995. En los últimos 15 años, dos caminos políticos muy diferentes han tenido México y Bolivia. En el primero se produjo la caída del Partido Revolucionario Institucional (PRI) y el arribo (y continuidad) del Partido Acción Nacional (PAN), de clara orientación neoliberal y derechista. En el caso boliviano, el paso de gobiernos neoliberales a una democracia con enorme componente indígena y una orientación que reconoce diversidades, autonomías e interculturalidad. En el siguiente y último capítulo describiremos las consecuencias en el proceso de legalización de sus medicinas originarias.

CAPÍTULO 11

AVANCES, ESTANCAMIENTOS Y RETROCESOS EN LA LEGALIZACIÓN DE LAS MEDICINAS INDÍGENAS DE MÉXICO Y BOLIVIA (1996–2014)

Nuestras naciones nacieron mentidas. La independencia de los países americanos fue desde el principio usurpada por una muy minoritaria minoría.

Todas las primeras constituciones, sin excepción, dejaron afuera a las mujeres, a los indígenas, a los negros y a los pobres en general.

Eduardo Galeano¹⁷²

No le falta la razón a Galeano cuando argumenta que la nación boliviana fundada en 1825 se hizo a espaldas de los indígenas, y que ahora con la asunción —desde enero de 2006— de Evo Morales al poder presidencial que lo convierte en el primer mandatario indígena de Bolivia, crece la esperanza de una renovada fundación nacional con la presencia activa de los pueblos indígenas que constituyen mayoría en el país. Su primera tarea fue la conformación de una Asamblea Constituyente que diera origen a una nueva Constitución Política del Estado que reconociera y dignificara la diversidad

¹⁷² *La Jornada*, 9 de febrero de 2006:38)

étnica del país, y por ende, en el terreno de las medicinas indígenas, reconociera los saberes y las prácticas rituales y curativas de sus pueblos originarios. También tiene validez lo dicho por Galeano, para el caso mexicano, donde el movimiento neo-zapatista logró el establecimiento de un diálogo con el gobierno federal que culminó con la firma de los Acuerdos de San Andrés (febrero de 1996), que serían la base de una futura e inmediata reforma constitucional seguida de una reforma política y social del propio Estado. Finalmente, el temeroso presidente Ernesto Zedillo (del PRI) no aceptaría el cambio,¹⁷³ y el gobierno conservador de Vicente Fox (del PAN), establecería en 2001 una reforma constitucional al artículo segundo, pobre e insuficiente, que desde el principio fue impugnada por muchos de los pueblos indígenas del país, e incluso, catalogada como una simulación y una variedad más de contra-reforma constitucional.

En el campo de la salud, esta reforma —de manera ambigua— hace alusión a la medicina indígena tradicional, en términos dubitativos y dependientes de las instituciones estatales. Y en la realidad operativa, las instituciones le dan la espalda al no crear planes, programas y estrategias estatales coherentes y permanentes para el desarrollo autónomo de los pueblos indígenas y el reconocimiento a sus conocimientos y sus prácticas ancestrales.

En las siguientes líneas realizaremos una exposición referente a lo sucedido en los últimos 20 años sobre la legalización de las medicinas indígenas en México y Bolivia, los movimientos corporativos de médicos indígenas y las políticas gubernamentales emprendidas por los respectivos países.

MÉXICO

“La Nación Mexicana es única e indivisible” dice la primera afirmación del artículo 2º. constitucional, para luego particularizar:

La nación tiene una composición pluricultural sustentada originalmente en sus pueblos indígenas que son aquellos que descienden de poblaciones que habitaban en el territorio actual del país al iniciarse la colonización y que conservan sus propias instituciones sociales, económicas, culturales y políticas, o parte de ellas.

¹⁷³ En su momento argumentó que no deseaba dividir (“balcanizar”) el país, incumpliendo los Acuerdos de San Andrés firmados por su gobierno.

Más adelante, compromete y obliga a las autoridades federales, estatales y municipales a:

“promover la igualdad de oportunidades de los indígenas y eliminar cualquier práctica discriminatoria...” y

“Asegurar el acceso efectivo a los servicios de salud mediante la ampliación de la cobertura del sistema nacional, aprovechando debidamente la medicina tradicional...” (subrayado nuestro).

De esta manera, en la reforma constitucional generada en agosto del 2001, queda plasmado, por primera vez, el reconocimiento a las medicinas indígenas del país.

No obstante, como se puede observar, se trata de un reconocimiento restringido, limitado, subordinado y sujeto a las interpretaciones unilaterales de los funcionarios de diversos niveles.

El 19 de septiembre de 2006, aparece la Ley General de Salud, (véase parte del documento en el anexo 2 sección E), donde se dice que el Estado, mediante su sistema nacional de salud, promoverá “**el conocimiento y desarrollo de la medicina tradicional indígena y su práctica en condiciones adecuadas**” (artículo 6to. fracción VI bis) y en particular, el artículo 93 establece que se “**reconocerá, respetará y promoverá el desarrollo de la medicina tradicional indígena...**”.

En cuanto a la interculturalidad, ésta no es mencionada en forma explícita pero se asume el uso de las lenguas indígenas para la asesoría sanitaria y la planificación familiar en regiones indígenas (artículo 54, 67 y 113), e incluso los programas de atención primaria en dichas comunidades deberá hacerse tomando en cuenta “su estructura social y administrativa, así como su concepción de la salud y de la relación del paciente con el médico, respetando siempre sus derechos humanos” (artículo 93).

En junio de 2011 se modifica el artículo 1º constitucional que siendo antes de las garantías individuales se transforma en el reconocimiento de los derechos humanos y aquellos contenidos en los tratados internacionales firmados por el gobierno mexicano. Y con ello refuerza la observancia del Convenio 169 de la OIT, así como el Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales cuya Observación General 14 donde se asume el derecho a la salud, y al reconocimiento de las culturas indígenas que incluye la medicina tradicional.

Estos cambios jurídicos constitucionales y de la Ley General de Salud con alcance federal, han significado el fundamento para la modificación (favorable a la medicina indígena) de la mayoría de constituciones y leyes estatales. Sin embargo, no se observa el cumplimiento al no establecerse la correspondiente normatividad que contemple su obligatoriedad y las sanciones en caso de inobservancia (Argueta *et al*, 2012:244-246). En este sentido, dichos autores recalcan que:

Es importante ver reflejado un discurso más comprensivo y respetuoso hacia los pueblos indígenas en los instrumentos de políticas públicas para la atención a la salud (derechos indígenas, derechos humanos, interculturalidad, multiculturalidad, etc.) lo cual representa un avance si [...] se traduce en acción pública y no queda únicamente en el nivel discursivo. (*Ibid*, 248)

Este discurso es el que aparece en el Plan Nacional de Salud 2007-2012 del gobierno calderonista, donde se establece la “Promoción de políticas interculturales de respeto a la dignidad y derechos humanos de las personas” que incluye la formación y capacitación con enfoque intercultural del personal de salud, así como la adecuación operativa de los servicios de salud a las poblaciones culturalmente diferentes; la “Promoción del estudio y validación científica de las medicinas tradicionales y complementarias” que abarcaría la incorporación oficial de la medicina indígena tradicional al sistema nacional de salud, la enseñanza e investigación de la misma en centros de estudios superiores, entre otros temas. (*Ibid*, 247)

Igual, se supone que el reglamento interior de la Secretaría de Salud asigna a la Dirección de Planeación y Desarrollo en Salud, y a su Dirección General de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural el “Diseñar, proponer y operar la política sobre medicina tradicional...” (Secretaría de Salud, s/f:22) pero hasta ahora sólo se hace presente en la incorporación de algunos elementos interculturales en las unidades fijas (“centros de salud”) o móviles (“caravanas”) que atienden población indígena, en la promoción del parto vertical; y en ofrecer indicaciones sobre el adecuado trato intercultural a los pacientes en las unidades médicas (*Ibid*:24-28) pero nada específico sobre los médicos indígenas y sus organizaciones, ni el apoyo económico a sus proyectos, ni siquiera la propuesta de una reglamentación y registro de quienes son, donde están, que actividades realizan y la manera concreta de apoyarlos.

En este orden de ideas, salvo los hospitales mixtos ya existentes en Puebla y Nayarit, otro en Querétaro y dos en Chiapas, la situación de las medicinas indígenas se encuentra estancada pues no existe un programa nacional específico, y los apoyos políticos, sociales y financieros brillan por su ausencia.

Cabe mencionar que el hospital ubicado San Andrés Larráinzar en los Altos de Chiapas, cuenta con médicos académicos que hablan el tzotzil y el tzeltal, pero una buena parte del personal es foráneo, que espera cambios sindicales a sitios más urbanos. La sección de medicina tradicional se encuentra disminuida por ausencia de curanderos de la región a excepción de la participación subordinada de parteras locales y el temazcal es una equívoca construcción inventada por arquitectos e ingenieros que ni idea tienen de sus características físicas y funcionales¹⁷⁴. Y por otra parte, el flamante “Hospital de las Culturas”, en San Cristóbal de Las Casas, inaugurado en mayo del 2010, presume de tener una unidad de medicina tradicional, sin embargo, funciona de manera muy deficiente, sin atención de partos (pese a tener una área específica para dicho fin), un temazcal igualmente inservible, ausencia de facilitadores o intermediarios interculturales y haberse construido una parte del hospital por encima de un antiguo cementerio usado a mediados del siglo pasado para enterrar a muertos de una epidemia acaecida en la región.¹⁷⁵

En estos últimos veinte años, los médicos indígenas y sus organizaciones han vivido un intenso proceso de recomposición, desintegración, estancamiento y mera sobrevivencia. Las más consolidadas siguen funcionando en Chiapas y Oaxaca¹⁷⁶. Otras se se han dividido y desintegrado como en El

¹⁷⁴ El área de medicina indígena tradicional (“Snai’l ilbanejetik”) se encuentra a un lado del hospital. Tiene una habitación para expedir las medicinas, varios consultorios incluyendo una para la atención del parto, un salón destinado a rituales con dos cruces y un cuadro grande de la virgen de Guadalupe en la pared y una mesa sencilla con un cuadrillo del Cristo crucificado y una veladora. En el patio central trasero se encuentra un mega-temazcal, cuya entrada nos permite el paso casi parados, por dentro tiene un techo abombado con una salida de humo o vapor de aprox. 40 cm de diámetro, y en la parte opuesta a la entrada una ventana que se comunica con el espacio donde se calienta el temazcal. Es conocido que no debe haber comunicación diferente que la entrada principal, que además es de pequeñas dimensiones para que no se pierda el calor generado por el vapor, y que el calentamiento de la pared es externa para que el temzalero(a) arrojen el agua fría a la pared interna calentada y generar el vapor. Si existiese un agujero de escape de vapor debe ser también pequeño. (Diario de campo, 2009)

¹⁷⁵ Pese al ordenamiento del Convenio 169 de la OIT sobre la consulta previa a pueblos originarios sobre programas o proyectos que les afecten (o incluso les beneficien), no hubo ninguna reunión donde se les informara sobre el diseño, el proceso y la ejecución de la obra hospitalaria. Pocas semanas antes de su inauguración se le invitó a un grupo de indígenas a que lo visitaran y se fueran... Por supuesto, los pueblos originarios nunca hubieran aceptado emplazar el hospital por encima de un panteón por considerarse un sitio ritualmente sagrado (Diario de campo 2012).

¹⁷⁶ En Chiapas, la Organización de Médicos Indígenas de Chiapas (OMIECH) sigue siendo la asociación más relevante con apoyos financieros de instituciones nacionales e internacionales. Mantiene oficinas, jardín botánico, almacén e incluso el Museo de medicina maya. Se orienta más a la medicina herbolaria

Fuerte, Sinaloa y Calkiní, Campeche. Unas más viven de los exigüos apoyos de las instituciones de gobierno.

La Organización de médicos mayos-yoremes del Norte de Sinaloa, tuvieron una época de auge, esplendor y solidez con la construcción y operación del Centro de Desarrollo de la Medicina Indígena en El Fuerte, después vendrían conflictos y rivalidades interpersonales, ruptura grupal, falta de apoyo económico del Instituto Nacional Indigenista y divisiones fomentadas por el IMSS-Oportunidades¹⁷⁷. Ahora, la organización fragmentada, languidece.

Sobre la legalización, conocen de la reforma constitucional pero a nivel del estado no se ha reconocido nada:

...para que tengamos apoyo —como indígenas— que en la ley de Sinaloa debemos estar registrados. No hay nada. La ley, nosotros estuvimos trabajando en ella, y la entregamos el 4 de mayo de hace 2 años [2004] y todavía está estancada. Participamos como médicos indígenas y la medicina también va incluida dentro del proyecto de ley. Que según de nuevo se iba a revisar...”

La organización mayo yoreme en Sonora, que nació en 1993 con el padrinazgo de sus vecinos sinaloenses, está en un proceso similar de paralización por falta de recursos públicos¹⁷⁸.

que a los aspectos religiosos, por influencia de sus asesores médicos académicos (Ayora-Díaz, 1999:212) y ha establecido fluctuantes e irregulares relaciones con las instituciones gubernamentales (Freyermuth, 1993:112). Para una historia completa y detallada del origen y desarrollo de la OMIECH en el contexto sanitario chiapaneco, véase el libro de Jaime Tomás Page Pliego: *“Política sanitaria dirigida a los pueblos indígenas de México y Chiapas 1857-1995”* (2002)

¹⁷⁷ Dicho programa estableció apoyo económico a una mesa directiva que luego fue desconocida. Según un funcionario de la Comisión para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI), el IMSS-O “se los jaló” para capacitarlos, y únicamente les reconoce la herbolaria pero no los aspectos rituales. De acuerdo a las observaciones de campo de Ayora-Díaz en Chiapas: “aún cuando existe cierta heterogeneidad en las medicinas locales de la región, entre todas las formas de conocimiento, el sistema médico con componente religioso dominante (llamado chamanístico) se encuentra en el lugar más alto de la jerarquía médica local. Las plantas medicinales ocupan una posición secundaria” (1999:212). Durante octubre del 2005 el IMSS-O, realizó un encuentro en Chihuahua, donde se profundizó la división de la organización mayo-yoreme. Además un dato revelador: según nuestros entrevistados, 7 de los médicos tradicionales invitados para ese evento regresaron con instrumental médico. “Les dieron aparatos para medir la presión y cosas que ya sabemos que tal vez al médico de bata blanca le entiendan y les haga falta pero a nosotros...no. Están haciendo cosas que no deben hacer...nos están perjudicando”.

¹⁷⁸ Su principal dirigente, a quien entrevistamos en Etchojoa, Sonora (enero, 2006), afirma saber del reconocimiento pero “todo sigue igual”. Se “tiene que estar bien legalizado, por que si no, hay riesgos... hay gente que puede matar a la gente. Aquí preparamos cápsulas...y tenemos ya experiencia”

En Michoacán, la Organización de Médicos Indígenas Purépechas también se encuentra debilitada y dividida. Mantiene dos centros. Uno ubicado al lado del Hospital Regional de la Secretaría de Salud en Pátzcuaro y otro en el muelle San Pedrito a las orillas del lago. El primero funciona bajo el amparo del hospital que realiza el mantenimiento. La relación es irregular. Existían cuatro consultorios de medicina indígena tradicional, ahora menos porque el hospital ha invadido algunos espacios para establecer la farmacia alópata) y las actividades curanderiles en general van en declive. El segundo se encuentra semi-abandonado, y sólo se utiliza un consultorio dos veces a la semana.¹⁷⁹

En Campeche, la situación es semejante. El Centro de Desarrollo de la Medicina Indígena ubicado en Calkiní se encuentra cerrado y abandonado. El que se encuentra en Hopelchén está abierto y funciona. Se trata de las instalaciones del Consejo Local de Médicos Indígenas de los Chenes (COLMICH). Hay diversos especialistas durante toda la semana. Tienen su jardín botánico aunque por el momento siembran más frijol que plantas medicinales. Hay conflictos y divisiones por el liderazgo de la organización. Para el CDI sólo hay de 10 a 15 médicos indígenas en activo, y ellos han registrado más o menos 100 médicos indígenas en la región que no participan del COLMICH.

Para ellos la legalización es letra muerta, pese a la existencia previa de la Ley Estatal de Pueblos Indígenas aprobada en el 2002, que reconoce la cultura, usos y costumbres, pero que no particulariza sobre la medicina indígena. En el caso de Yucatán, la legalización se encuentra “truncada” y no existe una ley estatal específica.¹⁸⁰

El Consejo Nacional de Médicos Indígenas Tradicionales (CONAMIT), fundado en 1991, en un inicio funcionó como verdadero apoyo técnico e ideológico a los médicos indígenas pero fue quedando en manos de asesores

¹⁷⁹ Este centro ha sido motivo de conflictos y desavenencias porque según la directiva de la OMIP, el médico tradicional que ahora lo usa pretendió ocuparlo con todo y su familia, por ello se le restringió a dos días de la semana.

¹⁸⁰ Un médico tradicional maya entrevistado por D.L. Arjona en la Feria X'matkuil (noviembre de 1999) refiere el libre transporte de plantas medicinales como una de las ventajas de la legalización: “si está legalizada la medicina tradicional, [a] cualquier lugar podemos llevarla. Así podemos hacer intercambio de ideas con [médicos indígenas de] otros estados, sin legalización no podemos. Al cruzar la frontera nos llaman la atención. Si hay problema porque te agarra la policía y te dice: “lo que llevas es marihuana”. Lo conocen, no lo conocen, ahí te dicen que es lo que llevas. Si tenemos (...) esa ley, en cualquier estado podemos transportar la medicina. Llevarla aquí, traerla acá en el jardín botánico. esa es la idea para que se nos reconozca y nos da la legalización de la medicina tradicional, para poder transportar medicamentos” (2001:118-119)

no indígenas en extremo paternalistas y manipuladores,¹⁸¹ convirtiendo al Consejo en un grupo de delegados indígenas subordinados y dependientes. Cometiéndose abusos y manejos oscuros e inadecuados que obligaron más tarde, a la salida de algunos de los delegados (de Michoacán, de Yucatán¹⁸² y otros estados) y al distanciamiento con las instituciones gubernamentales.¹⁸³

A nivel de gobierno federal, el manejo de la medicina tradicional ha sido disperso y heterogéneo.

El Instituto Nacional Indigenista (INI) ya transformado en la Comisión para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI), que había sido hasta el 2000 el principal promotor de la medicina indígena y de sus organizaciones en todo el país, decidió —de manera abrupta y unilateral— suspender el programa de apoyo, con lo cual llevó a la ruina a varios Centros de Desarrollo de la Medicina Indígena impulsados en años previos. Así en Sinaloa, las instalaciones se encuentran en el más absoluto abandono pues la Organización de Médicos Mayos-Yoremes del Norte de Sinaloa, no tuvieron recursos económicos para solventar los gastos mínimos referentes a la electricidad, el agua potable, pago de impuestos, etc..

Durante un trabajo de campo (a principios de 2006), pudimos observar un gran terreno de aproximadamente 3 1/2 hectáreas, alambrado, con una amplia edificación que contiene 6 consultorios, una sala de recuperación (?), cocina, comedor, biblioteca, auditorio, farmacia y capilla. Todo empolvado y habitado por arañas y avispas. El huerto medicinal seco y abandonado. Un edificio convertido en un “elefante blanco”, que es usado una mañana de cada jueves por Don F, un sobador de un pueblo cercano. La demanda es mínima pues esa mañana sólo asistió un enfermo cuando antes se abarrotaba de personas demandantes del servicio.

Cabe mencionar, que ante la desaparición del programa de medicina tradicional, algunas coordinadoras estatales del CDI, han apoyado a los médicos indígenas en forma subrepticia, asignando recursos de otros programas institucionales de “fortalecimiento” y de “capacitación”. No faltan las voces autocríticas sobre el desempeño en sexenios pasados: **“nosotros tuvimos la culpa porque los acostumbramos...los hicimos muy dependientes”**.

¹⁸¹ De hecho, eran trabajadores con licencia del Instituto Nacional Indigenista. Al parecer, y de acuerdo a informantes indígenas, se apropiaron de la casa de los curanderos del CONAMIT ubicada en Azcapotzalco, D.F., alegando salarios no cobrados.

¹⁸² Un funcionario del CDI, en febrero del 2006, me aseguró que la expulsión del representante de la Organización de Médicos Indígenas de la Península de Yucatán fue literalmente a “**punta de pistola**”.

¹⁸³ En 1995 fui promotor y testigo de la firma del convenio IMSS-CONAMIT, después con asombro asistí como funcionario del IMSS a más de 15 reuniones con el CONAMIT representado por sus asesores mestizos y **ninguna** participación indígena. La relación institucional se debilitó y desvaneció.

Dentro de estos aislados esfuerzos, el CDI de Nayarit logró en septiembre de 2010 la organización y realización del denominado “Encuentro Nacional de Medicina Indígena Tradicional” en la ciudad de Tepic, Nayarit, con la participación de representantes de muchas de las organizaciones de médicos indígenas del país, la mayoría quejándose de que a pesar de la legalización ya obtenida, existe ausencia de apoyos políticos, económicos y administrativos por parte de autoridades municipales, estatales y federales.

El IMSS–Solidaridad, ahora IMSS–Oportunidades, continuó la inercia de su programa de interrelación con la medicina tradicional establecido desde 1983, añadiendo sólo apoyos financieros a las organizaciones que se lo sollicitasen. Continuó con políticas clientelistas, e incluso, divisionistas como en el norte de Sinaloa y además, medicalizadora, con la entrega de baunamómetros en la sierra de Chihuahua, con fines “modernizadores”.¹⁸⁴ Mantenía hasta hace pocos años algunos curadores dentro y fuera de sus instalaciones como en Hecelchakán, Campeche, donde un curandero atendía a los enfermos y a falta de salario u honorarios, éste podía vender sus productos medicinales. Por recientes informes, los cursos para parteras y parteros, siguen manteniendo una orientación medicalizadora y son en este momento los únicos especialistas de la medicina tradicional que continúan sus actividades (subordinadas) con apoyo institucional.

Por su parte, la Secretaría de Salud hasta 1994, mantuvo una política errática, aislada y fragmentada. Uno de sus funcionarios confesó en una reunión internacional en la ciudad de Antigua, Guatemala que las dependencias de la SS trabajaban cada una por su cuenta, e ignoraban compromisos del gobierno mexicano en ese campo:

...aunque en este momento ya no es perseguida [la medicina tradicional], tampoco es respetada y, con motivo del narcotráfico, a muchos médicos tradicionales se les ha llevado a la cárcel con el pretexto de que usaban determinado tipo de plantas (peyote, hongos, etc.)

Ya esto ha llevado a que en algunos programas de salud exista una vertiente que permite trabajar con la Medicina Tradicional. No nos dicen cómo ni dónde ni se estipula lineamientos de acción. Pero eso no se había hecho antes en

¹⁸⁴ Una situación parecida es descrita por Ayora-Díaz, en el hospital público de Comitán, Chiapas, perteneciente a la Secretaría de Salud, donde tres médicos tradicionales tojolabales recibieron bata blanca y estetoscopio para “distinguirlos de cualquier otro campesino” (1999:209)

ningún programa nacional de Salud Pública. Ahora hay cuatro Direcciones Generales involucradas en alguna forma con la Medicina Tradicional: la División de Servicios de Salud, donde yo trabajo [Dr. Hernández], actúa como coordinadora con la Dirección General de Planificación Familiar, la Dirección General Materno-infantil y la Dirección General de Salud. Antes ninguna de estas Direcciones se habían interesado por estas cosas.

Sin embargo, en la Reunión de Winnipeg, México firmó la Resolución V que se refiere a la colaboración de cada uno de los Gobiernos con los planes de Medicina Tradicional. Pero yo que soy el coordinador no sabía de su existencia hasta que vine aquí a Guatemala. (Hernández, 1995:185)

Con el gobierno foxista, se crea la Dirección General de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural en el 2002, que se ha interesado más por la capacitación a médicos y enfermeras de las escuelas universitarias y en la presencia mediática a través de su página de internet que incluye artículos propios y ajenos sobre el tema intercultural, e impulsando con vehemencia el empleo del parto vertical en las unidades médicas.

Pero su trabajo con las organizaciones de médicos indígenas ha sido distante. Por ello ha recibido muestras de rechazo por los médicos indígenas de Oaxaca¹⁸⁵ y en especial, las severas críticas de las organizaciones de médicos indígenas independientes, que signan la llamada Declaración de Cherán (abril de 2002) porque:

el Gobierno Federal sigue diseñando propuestas de legislación y políticas con relación a la medicina tradicional sin tomar en cuenta la palabra de los actores que poseen el conocimiento y la práctica milenaria con un reconocimiento de las propias comunidades a las que pertenecen.¹⁸⁶

Por eso demandan el cese de actividades relacionadas con la legalización de la medicina tradicional, la desaparición del decreto de 1999 que prohíbe

¹⁸⁵ Véase la opinión desfavorable de los médicos indígenas de Oaxaca: "Demandan reconocimiento legal a la medicina tradicional" en: <http://www.cimacnoticias.com/noticias/02dic/s02123103.html>

¹⁸⁶ Declaración de Cherán "En defensa de la medicina tradicional" <http://www.biodiversidadla.org/article/articleview/1183>

el uso de mas de 70 plantas medicinales, y las investigaciones de bioprospección y biopiratería por instituciones nacionales y extranjeras.¹⁸⁷

Finalmente, desde la esfera no gubernamental, el movimiento neo-zapatista ha sido desde 1994 un detonador de intensos procesos político-sociales y culturales a nivel local y nacional. En el campo de la salud, el discurso de los Acuerdos de San Andrés se orientaba hacia una legislación que tomara en cuenta la pluriculturalidad:

Los pueblos y comunidades indígenas, con la participación de los gobiernos estatal, federal y municipal, se comprometen a fortalecer una cultura en materia de salud y bienestar social que permita aceptar auténticamente una cosmovisión humanista y plural del proceso salud-enfermedad-ecosistema. Con este propósito se crearán espacios para la práctica de la medicina tradicional indígena, otorgándole recursos útiles para su desarrollo sin menoscabo de la obligación del Estado de ofrecer los servicios institucionales de salud (Hernández-Navarro y Vera, 1998:94).

Que se respetaran, reconocieran, valoraran y promovieran los:

saberes tradicionales de los pueblos indígenas [pues] constituyen un acervo importante de su cultura, y son esenciales para el desarrollo de la humanidad en muchísimos ámbitos, como el de la medicina. (Ibid,1998:93)

Y reiteraban la indicación de lograr la:

Creación de espacios para la práctica de la medicina tradicional indígena y otorgamiento de recursos suficientes, sin que esto supla la obligación del estado de ofrecer una atención adecuada en los tres niveles del sistema nacional de salud (Ibid, 1998:93)

¹⁸⁷ Este último tema ha sido amplia y certeramente defendido por la OMIECH y otras organizaciones no gubernamentales, pues existía un programa en la selva y Altos de Chiapas donde se pretendía el estudio unilateral de plantas medicinales por parte de universidades y empresas farmacéuticas transnacionales.

En las regiones dominadas por el neo-zapatismo aun existe una política dominante a favor de la promoción y desarrollo de los saberes y prácticas médicas locales, en especial de la herbolaria medicinal. Múltiples planes, estrategias, capacitaciones, cursos y talleres se han implementado en los territorios que pertenecen a las bases zapatistas. Y en igualdad de circunstancias los temas han sido sobre aplicación de vacunas, medicamentos de patente y enfermedades diarreicas, que de plantas curativas, microdosis y enfermedades “tradicionales”.¹⁸⁸

No obstante, que las políticas neo-zapatistas de salud son incluyentes en cuanto al empleo de los recursos curativos locales (parteras, curanderos, promotores de salud, plantas medicinales, etc.), se sabe de una localidad que ha expulsado al médico tradicional por representar —dicen los pobladores— un signo de atraso.¹⁸⁹ Un análisis en 2009 revela mejoras sustanciales en las condiciones de vida de las comunidades zapatistas sin mencionar lo referente a la medicina tradicional.¹⁹⁰

Podemos concluir afirmando la presencia de avances legales que reconocen la medicina tradicional, la manifestación de incipientes políticas públicas sobre el tema y el incumplimiento a las leyes que ordenan respetar, proteger, promover y desarrollar la medicina tradicional indígena de México.

BOLIVIA

Por la Resolución Suprema 198771 del 18 de enero de 1984 por vez primera se reconocía la personalidad jurídica de la Sociedad Boliviana de Medicina Tradicional (Sobometra) y tres años más tarde, el 13 de marzo de 1987, apa-

¹⁸⁸ En el 2004 en una de las clínicas zapatistas ubicada en las cercanías de Ocosingo pudimos constatar que lo mismo recibían capacitación sobre el uso del microscopio, que sobre los medicamentos de patente útiles para el tratamiento de parasitosis, y el empleo de la guía médica *Donde no hay doctor*. Mientras en otras localidades zapatistas se brindaba capacitación alrededor de la atención adecuada del parto, el reconocimiento y uso de plantas curativas, o bien, sobre el destino de la basura y las excretas comunitarias.

¹⁸⁹ Ayora-Díaz presenta el caso de un médico tradicional de origen tojolabal a quien se le prohibió dar consulta en su comunidad, por lo que tuvo que emigrar a Comitán, siendo invitado a trabajar en el hospital público, que a su vez ofrecía trabajo a los médicos tradicionales por la presión política coyuntural de los *Acuerdos de San Andrés*. (2002:92)

¹⁹⁰ El epidemiólogo P. González-Casanova refiere: “Las CZ [comunidades zapatistas] impulsan producción colectiva, escuelas autónomas, promotores-maestros, clases en leguas mayas, historia local y política, currículo “oficial”; más clínicas autónomas rebeldes, salud y nutrición. Con escasos recursos y prevención, cuidado ambiental e higiene, abaten más diarreas, resfríos, tuberculosis, dermatosis. El éxito, por el cambio en el manejo de la salud. Otra vida es posible con otro espíritu, otras luchas. (...) En mi experiencia (2000-2003 y 2008), han logrado más organización: ya tenían.” (*La Jornada*, 24 enero 2009:17)

recería la Resolución Ministerial 0231, que contiene el “Reglamento de la Práctica de la Medicina Naturista Tradicional”.

Con el primer decreto, que no ley, se brindaría exclusividad a los miembros iniciales y afiliados posteriores a la Sobometra, lo cual significó un crecimiento y desarrollo inusitado de la agrupación, que se expandió en la mayoría de los departamentos de la república.

Pese a ser considerado como limitado y excluyente, permitió la protección a los asociados, pero también al resto de terapeutas no corporativizados.

Dentro de la Sobometra se iniciaron procesos divisionistas que condujeron a inconformidades y separaciones, con lo que se multiplicaron las organizaciones por todo el país como Inbometra, Anarbol, Amenat, Abomenat, Conmik, Amntra y otras asociaciones de curadores naturistas, alternativos, aymaras, kallawayas y otros.

Con el segundo decreto se pretendía la regulación de las medicinas indígenas y alternativas, pero no funcionó, debido a la exigencia de presentar un “certificado” de formación en medicina tradicional, y por otro al carácter hegemónico de la biomedicina que a través del Colegio Médico de Bolivia y del propio Ministerio de Salud obligaban a los médicos indígenas y alternativos a que estuvieran avalados en sus acciones por algún médico académico. Ni los doctores se arriesgaron a brindar apoyo, ni los terapeutas tradicionales estuvieron dispuestos a esta situación de subordinación y dependencia. (Antezana y Díaz, 2005)

No obstante, en el 2002 una revisión de los médicos tradicionales y naturistas acreditados ante el Ministerio de Salud, a quienes sólo se les solicitaba cédula de identidad, carnet sanitario, afiliación a Sobometra, capacitación y un arancel, arrojó cifras disímolas sobre el número de terapeutas acreditados. Mientras las Secretarías Departamentales de Salud (SEDES) —sin contabilizar los departamentos de Tarija y La Paz, que no entregaron información— manifiesta alrededor de 360 médicos tradicionales, Sobometra calcula 1130 —sin contar Tarija—, ofreciendo datos globales de 1600 afiliados en todo el país. (Giménez, 2002:16-17)

El subregistro ministerial fue una expresión del incumplimiento de la reglamentación. La falta de datos exactos y confiables de Sobometra también mostraron una notable debilidad directiva y organizacional.

Por otra parte, algunos sectores de la medicina académica, se opusieron a la reglamentación de 1987 por la flexibilidad administrativa gubernamental que se unía a la amplia laxitud en los criterios de ingreso de Sobometra. De hecho, invocan la vigencia de los artículos 218 del Código Penal, que

sancionan el ejercicio ilegal de la medicina¹⁹¹, así como la abierta oposición del Colegio Médico de Bolivia que en sus estatutos convalidados por la Resolución Ministerial 0728 de agosto de 1993, se manifiesta en contra del ejercicio ilegal de la medicina, el charlatanismo, el curanderismo y “toda forma de medicina empírica”. (Costa-Arduz, 1995:22)

Lo anterior muestra las políticas ambivalentes y contradictorias al interior del propio Ministerio de Salud —en la década de los noventas—, que por una parte pretende (en forma fallida) la regulación y control de la medicina tradicional y por otra, la aceptación de presiones por parte de los médicos profesionales que desean el monopolio legal del ejercicio curativo con exclusión de cualquier otra práctica médica.

Ahora bien, un tercer decreto, aprobado por el Ministerio de Salud y Deportes, bajo la Resolución Ministerial 0902 con fecha 20 de diciembre de 2004, pretendió tres objetivos:

- Incorporar a los médicos tradicionales al Sistema Nacional de Salud.
- Institucionalizar el reconocimiento de los médicos tradicionales al Sistema Nacional de Salud y sus programas prioritarios de salud, con aval de las organizaciones indígenas.
- Establecer las normas para el ejercicio de la medicina tradicional.

Define el ámbito territorial del reglamento (todo el país), el concepto operativo de medicina tradicional, los especialistas que se incluyen, los requisitos de acreditación, el proceso administrativo propio y la formulación de los derechos y obligaciones de los médicos tradicionales.

Ahora los criterios de acreditación establecen la afiliación a una agrupación legalmente reconocida (ya no necesariamente Sobometra), tener 5 años de experiencia curativa, certificación comunitaria de tener prestigio a nivel local o regional, asistencia certificada a talleres y cursos de “sistematización” de la medicina tradicional, certificación de alguna organización legalmente constituida, presentarse ante un denominado Consejo de Acreditación, y por último, para los médicos que ejercen prácticas “complementarias”, una certificación expedida por alguna institución con reconocimiento legal.

La respuesta contundente de las organizaciones de terapeutas tradicionales sería en términos negativos. Reunidos en Cochabamba, en septiembre de

¹⁹¹ “Será sancionado con reclusión de tres meses a dos años o multa de treinta a cien días: 1). El que sin título ni autorización ejerciere una profesión médica, sanitaria o análoga. 2). El que con título o autorización anunciare o prometiére la curación de enfermedades a término fijo o por medios secretos e infalibles. 3) El que con igual título o autorización prestare su nombre a otro que no lo tuviere, para que ejerza las profesiones a que se refiere el inciso 1). 4) El que efectuare intervención quirúrgica o tratamiento médico innecesario.” (Costa Arduz, 1995:16)

2005, en el *Primer Diálogo Nacional de Medicina Tradicional y Naturista*, el taller especializado en el tema de la legalidad determinaron por unanimidad “rechazar totalmente” la Resolución Ministerial 0902, por considerarla contraria a “los intereses de la Medicina Tradicional y Naturista de Bolivia” sin que se establecieran detalles concretos relativos a la afectación (DGMTI, 2005:3)

En cambio, establecen la ratificación de un proyecto previo presentado ante el Ministerio de Salud en junio de 2004, piden la cancelación de los cursos de postgrado de salud intercultural “porque atentan contra los médicos tradicionales”, solicitan la creación de un Ministerio de Medicina Tradicional que funcione como “sistema de salud paralelo con trato igualitario” y la creación de una universidad indígena donde se imparta la carrera de medicina tradicional. (*Ibid*:4)

En otros espacios públicos, se estaría insistiendo en la formulación de un marco jurídico amplio. En este sentido, Toribio Tapia, señala la necesidad impostergable de “Elaborar la ley del ejercicio profesional de médicos tradicionales y naturistas para ser amparados.” (2005:187)

Con respecto a las instancia gubernamentales encargadas o responsables del reconocimiento, desarrollo y promoción de las medicinas indígenas tradicionales en Bolivia, cabe mencionar la creación de dos entidades que han influido en planes y proyectos estatales en los últimos años. Se trata del Ministerio de Asuntos Indígenas y Pueblos Originarios (MAIPO) y la Dirección General de Medicina Tradicional e Interculturalidad (DGMTI) que depende del Ministerio de Salud.

El MAIPO se funda en agosto de 2003, y establece un Programa de Salud Intercultural, convalidado por el Ministerio de Salud, cuya meta es la de establecer una política nacional de salud “con identidad para los pueblos indígenas y originarios” (MAIPO, 2005). Entre sus acciones estarían las de desarrollar mecanismos jurídicos de reconocimiento de los médicos tradicionales, su inclusión en las políticas de salud, y por tanto en los programas operativos ministeriales, generando proyectos de salud para pueblos indígenas. La orientación del MAIPO se basa en el modelo de atención intercultural que busca una aproximación, diálogo y acuerdos con los pueblos indígenas en un ambiente de respeto y valoración de las culturas originarias. (*Ibid*)

Este proyecto de salud del MAIPO, junto con el propio Ministerio de Salud, y organizaciones civiles indígenas establecerían en el 2004 las bases de una convocatoria pública para elegir al director de una nueva entidad de gobierno que se ocupe, sobre todo, de elaborar el “marco normativo para la Medicina Tradicional, incluyendo los estándares para la acreditación y certificación”

así como incorporar la medicina tradicional en las políticas nacionales de salud. El resultado fue la creación, en abril de 2005, de la Dirección General de Medicina Tradicional e Interculturalidad, dependiente del Ministerio de Salud y Deportes, con el médico naturista Walter Mamani como director.¹⁹²

Para el tema jurídico que nos ocupa, es de relevancia mencionar que dicha Dirección General, en la reunión denominada Mesa de Interculturalidad (La Paz, diciembre de 2005) manifestó como primera prioridad la de lograr una Ley de reconocimiento de la medicina tradicional, y en segundo lugar, establecer un Reglamento de Acreditación, debidamente consensada con las organizaciones de terapeutas, en función de los resultados del Primer Diálogo Nacional, mencionado en líneas previas. (DGMTI, 2005)

En toda esta reseña de acontecimientos bolivianos de las dos últimas décadas, emerge un concepto y una práctica de articulación entre la medicina académica y las prácticas médicas indígenas, populares y alternativas. Se trata de la interculturalidad en salud.

A finales de los noventas, se inicia en América Latina, esta orientación teórico-práctica para la comprensión, respeto y articulación de las diversas prácticas curativas bajo un modelo de diversidad y pluralismo cultural.

En Bolivia, un trabajo pionero será el de Gerardo Fernández, antropólogo de la Universidad de Castilla-La Mancha, quien escribiría un texto, hoy imprescindible para la comprensión de las relaciones entre la biomedicina y la medicina indígena, y más específicamente entre los médicos académicos y sus pacientes de origen aymara. Su título es *Médicos y yatiris. Salud e Interculturalidad en el Altiplano Aymara*. (1999)

El autor —con un sólido trabajo de campo en comunidades aymaras— señala la necesidad de sensibilizar y capacitar a los trabajadores de salud en el conocimiento de la lengua local, en teorías, conceptos y aplicabilidad de la antropología médica, en la aproximación amistosa con los médicos y enfermos indígenas. Igualmente que la comunidad esté informada mediante asambleas sobre los planes gubernamentales de salud mediatos e inmediatos, que el personal tenga una permanencia en la comunidad, no menor de 3 años, que se establezca la figura institucionalizada del médico rural con “formación pertinente y el reconocimiento social preciso”, que se brinde apoyo a los auxiliares locales de salud (pues constituyen el enlace entre la medicina tradicional y la asistencia clínica occidental), la adopción de un enfoque intercultural bilingüe, y por último, considerar las dimensiones sociales de

¹⁹² Las organizaciones solicitaban un rango político-administrativo más elevado, es decir un viceministerio más que una dirección general.

las enfermedades donde se deben considerar las percepciones de calidad de vida de las comunidades indígenas, “frente a las soluciones en extremo organicistas y tecnológicas de los equipos sanitarios” (Fernández, 1999:202-211)

En el año 2000 se inaugura la primera oficina de facilitadores Interculturales denominada “Willaqkuna” en el Jatún jampina Wasi u Hospital Daniel Bracamonte de la ciudad de Potosí, que será apoyada por la formación académica de postgrado en Salud Intercultural brindada por la Universidad Pública Tomás Frías y la Universidad Nacional Autónoma de México (Campos-Navarro y Citarella, 2004:93-106) con resultados promisorios que han garantizado su continuidad departamental y su réplica por la SEDES en la Paz.¹⁹³

Otro esfuerzo intercultural es el que se desarrolla en la región kallaway de Curva, donde ha sido inaugurado un espacio clínico donde se ofrece consulta biomédica y atención curativa kallaway. Su evaluación está por presentarse. Uno de sus impulsores, el Dr. José Luis Baixeras, establece que el eje de articulación es la interculturalidad entendida como un proceso:

de validación y negociación cultural entre usuarios de servicios y profesionales (...) La validación cultural consiste en aceptar la legitimidad del modelo de salud y enfermedad del usuario. La validación cultural no significa que el profesional comparta el mundo simbólico del usuario sino que comprenda, respete e incluso integre algunos elementos culturales que considere relevantes para el proceso de atención de usuarios (2005:197)

Aquí conviene apuntar las conclusiones de los trabajos sobre Salud Intercultural incluidos en la segunda fase del Diálogo Nacional de Salud (mayo de 2005), donde los participantes adoptan la llamada “complementaridad intercultural” de los modelos de atención de acuerdo a “la identidad

¹⁹³ Siendo que uno de sus objetivos es el de respetar y promover las medicinas indígenas, resulta extraña la petición de los médicos tradicionales que solicitaron en Cochabamba su prohibición por atentar contra los intereses de la mismas medicinas nativas, sobre todo, cuando en los módulos teórico-prácticos se han presentado terapeutas tradicionales agrupados en la Organización de Médicos Tradicionales de Potosí, con participación, entre otros, de médicos kallawayas residentes en el Departamento. En diciembre del 2005, como parte de las actividades docentes del diplomado que se desarrolla en La Paz, tuvimos la oportunidad de compartir experiencias, saberes y alimentos con médicos y amautas aymaras, y médicos kallawayas procedentes de la clínica establecida en Curva. En ningún momento, se relataron dudas, sospechas o comentarios negativos. Por el contrario, desde la mañana participamos de la ritualidad andina de ofrendas a las divinidades, con un absoluto y completo respeto de los doctores, enfermeras y algún otro personal de salud hacia don Rufino P’axsi, quien dirigió la ceremonia.)

cultural de la Bolivia multiétnica y multicultural”, solicitan el desarrollo de la medicina tradicional con la debida acreditación de los médicos tradicionales, y una “formación de médicos y parteras tradicionales [que] debe ser concertada, normada y reglamentada” (Ministerio de Salud y Deportes, 2005:17 y 18)

Con la llegada de Evo Morales a la presidencia de la República se han cumplido las expectativas de una nueva Constitución Política del Estado, donde aparecen los derechos colectivos de los pueblos originarios, y el reconocimiento a las medicinas tradicionales.¹⁹⁴

Al iniciarse el periodo presidencial se realizaron importantes reajustes ministeriales. El MAIPO fue cancelado porque:

“los indígenas y las mujeres serán ministros, por tanto, no hay por qué crear un ministerio de la mujer o un ministerio indígena... sería como crear un ministerio de k'aras (blancos)” (*La Jornada*, 20 de enero 2005).

El Ministerio de Salud y Deportes es asumido por Nila Heredia —una médica comprometida con la salud intercultural— quien de inmediato —con la autorización presidencial— eleva el rango de la DGMTI a Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad (marzo de 2006), nombrando como titular al reconocido médico naturista Jaime Zalles Asín, quien —por desgracia— ya no pudo disfrutar el reconocimiento constitucional a la orientación intercultural del Estado boliviano ni el pleno reconocimiento y protección legal a las medicinas originarias.¹⁹⁵

Con la Constitución boliviana aprobada el 9 de febrero de 2009 se establece el carácter plural, diverso e intercultural de la nación, reconoce oficialmente todas las lenguas originarias a la par que el castellano, y en el terreno sanitario establece que el sistema único de salud será **“universal, gratuito, equitativo, intracultural, intercultural, participativo, con calidad, calidez y control social”** (artículo 18-II) e incluye la medicina tradicional (artículo 35-II); que es derecho de los pueblos indígenas

¹⁹⁴ Cabe mencionar que la constitución pionera en el reconocimiento de la medicina tradicional (artículo 122) corresponde a la República Bolivariana de Venezuela, publicada en diciembre de 1999 con el mandato del presidente Hugo Chávez. www.constitucion.ve/constitucion.pdf

¹⁹⁵ Él falleció en el 2007 pero durante su gestión, el Viceministerio organizó foros donde participaron médicos indígenas de todo el país, incluyendo el oriente boliviano; apoyó el Modelo de Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural que es el actual eje de la política estatal del Ministerio de Salud; y realizó propuestas a la Asamblea Constituyente reunida en Sucre que condujeron a la redacción de artículos favorables a las medicinas originarias. Ver anexo 2 sección G.

“que sus saberes y conocimientos tradicionales, su medicina tradicional, sus idiomas, sus rituales y sus símbolos y vestimentas sean valorados, respetados y promocionados” (artículo 30 fracción II inciso 9);

y que será el propio Estado el responsable de:

“promover y garantizar el respeto, uso, investigación y práctica de la medicina tradicional, rescatando los conocimientos y prácticas ancestrales desde el pensamiento y valores de todas las naciones y pueblos indígena originario campesinos”

añadiendo la protección intelectual a dichos saberes y recursos naturales (artículo 42).

En el terreno de la diversidad cultural se establece el concepto de interculturalidad como:

“el instrumento para la cohesión y la convivencia armónica y equilibrada entre todos los pueblos y naciones” con “respeto a las diferencias y en igualdad de condiciones” (artículo 98-I),

y se establece que las mujeres tendrán el derecho a la atención del embarazo, parto y puerperio de acuerdo a una “visión y práctica intercultural”, es decir, tomando en consideración sus preferencias culturales.

Se trata de una constitución nueva y revolucionaria, que es completamente congruente con la también novísima *Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas* (2007), cuyo artículo 23 establece el “derecho a participar activamente en la elaboración y determinación de los programas de salud...” y el artículo 24 al derecho que tienen a tener “sus propias medicinas tradicionales y a mantener sus prácticas de salud, incluida la conservación de sus plantas, animales y minerales de interés vital desde el punto de vista médico...” (Véase anexo 2 sección F)

Casi cinco años más tarde (13 de diciembre de 2013) se logra —por fin— la anhelada Ley 459 sobre la Medicina Tradicional Ancestral Boliviana que regula la práctica de los médicos tradicionales. En ella se establece con claridad los mecanismos de regularización, articulación, promoción, fortalecimiento y desarrollo de la medicina tradicional boliviana en el sistema nacional de salud:

1. Establece su objeto, alcances y ámbito de aplicación (artículos 1 a 3).
2. Marca los principios ético-sociales que la fundamentan, define términos como medicina tradicional ancestral boliviana, médicas y médicos tradicionales ancestrales, guías espirituales, parteras o parteros tradicionales, naturistas, etc., que por otra parte los incluye en el rubro de “prestadores de servicios”, y deja para una reglamentación posterior los requisitos para ser reconocidos como tales (artículos 4 a 7);
3. Instituye sus derechos y deberes (artículos 8 y 9);
4. Crea el Registro Único de médicos tradicionales —RUMETRAB— (artículos 10 y 11);
5. Determina la forma de articulación de la medicina tradicional dentro del Sistema Nacional de Salud, la participación en las estadísticas nacionales, el financiamiento estatal requerido y su enseñanza de acuerdo a usos y costumbres (artículos 12 a 20);
6. Crea el Consejo Nacional de Medicina Tradicional Ancestral Boliviana —CONAMETRAB— con la participación de todos los consejos departamentales del país (artículos 21 a 23);
7. Origina la Comisión Nacional Permanente de Guías Espirituales y establece su funcionamiento (artículos 24 y 25);
8. Instauro los elementos protectores de la biodiversidad relacionada con la curación (flora, fauna y minerales medicinales), los registros sanitarios pertinentes y las condiciones para la compra y venta de productos medicinales en herboristerías y centros de consulta (artículos 26 a 32);
9. Finalmente, determina como *ejercicio ilegal* el no registrarse en el RUMETRAB, la mala práctica como acciones u omisiones que perjudiquen a los pacientes, clarifica los derechos y deberes de los usuarios, y termina imponiendo sanciones a los infractores de la presente Ley mediante “inhabilitación, suspensión, multas pecuniarias o trabajo comunitario” (artículos 33 a 36). (Véase la sección H del anexo 2).



Los caminos políticos de México y Bolivia en el siglo XXI se han diferenciado, e incluso, distanciado. Por un lado, los gobiernos conservadores del PAN han conducido a decisiones políticas cupulares con enmiendas y remiendos a la Constitución Política de la República Mexicana generada en 1917. El reconocimiento constitucional a la medicina tradicional, es una aceptación condicionada, restrictiva, utilitarista y unilateral que concede a

las autoridades sanitarias de gobierno, la facultad de decidir sobre los recursos humanos y materiales de la medicina tradicional e indicar sobre el uso debido o indebido de tales recursos sin que los actores fundamentales del sistema médico indígena puedan tener una ingerencia activa e incluyente.

Desde “arriba”, es decir desde las elevadas esferas políticas, se decide sobre las estrategias de promoción y desarrollo de la medicina tradicional (como lo señala la Ley General de Salud del 2006) pero no se considera la participación de los dueños de los saberes y de las prácticas médicas indígenas tradicionales.

No tiene caso una legalización de las medicinas indígenas, como un hecho aislado desde las cúpulas estatales, si no constituye un reflejo o una expresión autonómica de los conjuntos sociales directamente involucrados. La lección del neo-zapatismo sigue siendo válida. No se trata sólo de atención con medicina estatal ni tampoco sólo de asistencia curativa con medicinas locales. Y mucho menos, la conversión de médicos académicos en curanderos, ni los médicos indígenas en doctores de “bata blanca y estetoscopio”.¹⁹⁶ El diálogo intercultural se construirá desde las propias comunidades que vivan su calidad de autonomía política-cultural, con sus médicos indígenas ligados o no a organizaciones y con instituciones de gobierno que respeten y apoyen dicho proceso.

En este sentido, la Ley General de Salud también resulta ser una reforma parcial e incompleta porque el reconocimiento de la medicina tradicional es genérico, y no señala el papel, las funciones, los derechos y las obligaciones de los terapeutas indígenas, ni menciona la defensa de los recursos herbolarios, que en un mundo globalizado, se ven amenazados por la apropiación pirata de las empresas transnacionales unidas a ciertas universidades del extranjero y nacionales que persiguen sólo objetivos lucrativos y mercantilistas.

Y sobre todo, remarcamos su unilateralidad y paternalismo, pues dicha adición a la Ley General de Salud, no es el resultado de una convocatoria participativa sino de una vertical concesión del Estado a las “comunidades y pueblos” indígenas.

Además, la reforma no establece instancias, ni instituciones, ni estrategias concretas para indicar donde, cuando, cómo y con qué se va a reconocer, respetar y promover el desarrollo de la medicina tradicional indígena. En todo caso, después aparecerá un centro o una institución “nacional” de medicinas

¹⁹⁶ G. Freyermuth considera que “No es aceptable que las políticas de salud encaminadas a la interrelación pretendan incluir a los terapeutas indígenas en programas que les son ajenos, como igualmente difícil sería pretender que los médicos aprendieran y utilizaran como elementos curativos la herbolaria, los ritos y los rezos” (1993:113)

tradicionales, dirigida y controlada por “indigenistas”, es decir, por gente no indígena, que de nuevo estará decidiendo por los terapeutas indígenas.

E Insistimos en su carácter unilateral, alejado de la participación ciudadana y de las demandas de los pueblos originarios, ya que estas reformas legales se elaboraron sin el impulso, promoción y consenso de los pueblos indígenas involucrados, y en este contexto, es contrario a las indicaciones muy precisas del artículo sexto del Convenio 169 de la OIT que establece que todo plan, programa o proyecto de ley debe elaborarse con la consulta y plena participación de los pueblos indígenas a quienes están dirigidos.¹⁹⁷

Por todo lo anterior, consideramos que estas reformas legales son más bien discursivas y declarativas que generadoras de obligatoriedad para los funcionarios estatales a quienes están dirigidas. No sancionan ni penalizan su falta de cumplimiento, es decir, se deja a la buena voluntad de las autoridades gubernamentales.

Finalmente señalar, que estas reformas forman parte de un claro-oscuro de gobiernos conservadores obligados por las demandas indígenas a conceder algunos derechos a los pueblos indígenas, sin comprometerse a fondo con un cambio más radical favorable a su autonomía política, administrativa, económica y cultural.

Por el contrario, la recién aprobada Constitución Política del Estado boliviano, establece decisiones desde “abajo”, es decir desde las bases comunitarias indígenas presentes en la Asamblea Constituyente, y la Constitución establece normas tácitas de protección, respeto y valoración del patrimonio cultural médico de los pueblos originarios. No sólo reconociendo los saberes y las prácticas sino también reforzando una protección específica y significativa sobre la propiedad intelectual de sus recursos naturales.¹⁹⁸

El carácter plural, intercultural y autonómico de la constitución boliviana garantiza la participación activa de los pueblos originarios, y de los destinos de sus recursos humanos, materiales y simbólicos. Así la Ley 459 de la Medicina Tradicional Ancestral Boliviana, profundiza en aquellos aspectos que la similar mexicana lo hace en forma sumamente superficial e insuficiente. La Ley boliviana reconoce, respeta y dignifica el trabajo curativo de sus médicos tradicionales, establece los derechos y deberes tanto de ellos

¹⁹⁷ El Convenio 169 de la OIT establece que se debe: “consultar a los pueblos interesados, mediante procedimientos apropiados y en particular a través de sus instituciones representativas, cada vez que se prevean medidas legislativas o administrativas susceptibles de afectarles directamente”

¹⁹⁸ Si lo pensamos en función de la coca y de las plantas medicinales usadas por los médicos indígenas de todo el país, la tarea apenas comienza.

como de los usuarios, los obliga al registro de su ejercicio como terapeutas¹⁹⁹, protege la flora y la fauna empleadas en la curación, y finca responsabilidades cuyo incumplimiento genera sanciones a los infractores.

La legitimidad de las medicinas indígenas es un hecho cotidiano, y ahora la legalización es un fundamento para la recuperación, desarrollo y consolidación de las medicinas de nuestros pueblos amerindios. Por supuesto, con normas constitucionales, leyes y reglamentos que se emitan y que se cumplan.

Finalmente Eduardo Galeano deberá modificar su opinión, pues con la aprobación y vigencia de la constitución boliviana, por primera vez en América latina, quedaron **dentro** “las mujeres, los indígenas, los negros y los pobres en general”. Ya no hubo usurpaciones ni engaños. Y en el campo de la salud indígena es la constitución latinoamericana más avanzada por su contenido incluyente e intercultural. Sin embargo, hay todo un sendero por caminar...

¹⁹⁹ En la página web del Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad aparece ya un registro de médcas y médicos tradicionales –en orden alfabético– que abarca todo el país, indica tipo de curador, especialidad y Departamento al que pertenece, Ver: <http://www.vmti.sns.gob.bo:81/reportes/especificos/vermedico/>

BIBLIOGRAFÍA

Abbott, Andrew

1988 *The System of Professions*. Chicago University Press. Chicago

Abecia, Valentín

1905 *Algunos datos sobre la medicina y su ejercicio en Bolivia*. s/ed. Sucre, Bolivia.

Aguirre Beltrán, Gonzalo

1963 *Medicina y Magia. El proceso de aculturación en la estructura colonial*. Instituto Nacional Indigenista (INI). Serie de Antropología Social n° 1, México.

1980 *Programas de salud en la situación intercultural*. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Col. Salud y Seguridad Social, México.

1982 *El proceso de aculturación*. Ediciones de la Casa Chata n° 15 Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS), México.

Akerele, Olayiwola

1983 "Perspectivas de la medicina tradicional" en *Salud Mundial*. Junio. Ginebra, Suiza.

Albó, Xavier y Josep M. Barnadas

1990 *La cara india y campesina de nuestra historia*. Ed. UNITAS/CIPCA, La Paz, Bolivia.

Albó, X.; K. Liberman, A.; Godínez, y F. Pifarré

1989 *Para comprender las culturas rurales en Bolivia*. Ed. Ministerio de Educación y Cultura/Centro de Investigación y Promoción del campesinado, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, (UNICEF). La Paz, Bolivia.

Antezana, Raúl y Lucio Díaz

2005 "Legislación y legalización de la medicina naturista y tradicional" en *Primer Diálogo Nacional de la Medicina Tradicional y Naturista*. Cochabamba, 26-28 de septiembre.

Archivo Histórico de la Secretaría de Salud (Ejercicio de la medicina)

1932 Oficio con fecha 1º de abril de 1932 del Dr. Francisco Vela González (Delegado de la Secretaría de Salubridad en Nuevo León) dirigido al jefe del Departamento Jurídico del Consejo de Salubridad, México, D.F.

1932 Oficio con fecha 28 de abril de 1932 del Delegado de la Secretaría de Salubridad en Torreón, Coahuila, dirigido al jefe del Departamento Jurídico del Consejo de Salubridad. México.

Argueta, Arturo y colaboradores:

1994 *Atlas de las plantas medicinales de los grupos indígenas de México*. INI. México.

Argueta, Arturo; Carlos Zolla; Soledad Mata; Iskra García; Rocío Becerra; Jimena Pérez; Daniel Altabach y Anel Martínez

2012 "La medicina tradicional indígena de México: el largo camino para su legalización y reconocimiento". Arturo Argueta, y Navia Gómez-Salazar (coords.) Conocimiento tradicional, innovación y reapropiación social. Siglo XXI Editores/Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), México.

Arjona, Diana Laura

2001 "Cultura y derecho: la legalización de la medicina tradicional" en *Aproximaciones a la Antropología Jurídica de los Mayas Peninsulares* E. Krotz (coord.). PNUD / Universidad Autónoma de Yucatán (UADY). Mérida.

Atlas de las plantas medicinales de la medicina tradicional mexicana.

1994 Instituto Nacional Indigenista. Col. Biblioteca de la Medicina Tradicional Mexicana. México. www.medicinatradicionalmexicana.unam.mx

Avila, María Rosa

1990 "Antecedentes del Tribunal del Protomedicato en Nueva España" en *Historia general de la medicina en México*. Tomo II: Medicina novohispana. Siglo XVI. G. Aguirre-Beltrán, y R. Moreno de los Arcos. (coords.). Academia Nacional de Medicina, UNAM, México.

Ayora-Díaz, Steffan Igor

1999 "Medicinas locales en Chiapas: globalización y luchas por el reconocimiento". *Temas Antropológicos* 21 (2): 196-226.

2002 *Globalización, conocimiento y poder. Médicos locales y sus luchas por el reconocimiento en Chiapas*. Facultad de Ciencias Antropológicas, (UADY)/Plaza y Valdés Editores. México.

Baixaieras, José Luis

2005 "Salud intercultural en Bolivia a inicios del tercer milenio" en *Salud Pública Boliviana* (Órgano de la Sociedad Boliviana de Salud Pública). año XLV (58), agosto, 190-198.

Balcázar, Juan Manuel

1956 *Historia de la Medicina en Bolivia*. Ediciones Juventud. La Paz, Bolivia.

Banerji, D.

1981 "The place of indigenous and western systems of medicine in the health services of India" en *Soc. Sci. Med.* 15A:109-114.

Bannerman, R.H.

1983 "The role of Traditional Medicine in Primary Health Care" en *Traditional Medicine and Health Care Coverage. A reader for health administrators and practitioners*. WHO. Geneva.

Barrera, Estanislao

s/f *La Cannabis en la medicina tradicional otomí. (Una compleja correlación ideológica)*. Mimeo, s/l.

Bastien, Joseph

1978 *Mountain of the Condor. Metaphor and Ritual in an Andean Ayllu*. West Publishing, Estados Unidos de América.

1981 "Metaphorical relations between sickness, society and land in Qollahuaya ritual" en *Health in the Andes*, J. Bastien y J. M. Donahue, American Anthropological Association.

1982 "Exchange between Andean and Western medicine" en *Soc. Sci. Med.* 16(7): 795-803.

1987 *Healers of the Andes. Kallawaya herbalists and their medicinal plants*. Universidad de Utah Press. Salt Lake City, Estados Unidos de América.

Berlin, Brent

1974 *Principles of Tzeltal plant classification*. Academic Press. Nueva York.

Bibeau, Gilles

1982 "New legal rules for an old art of healing. The case of zairan healers' associations" en *Soc. Sci. Med.* 16: 1843-1849.

Bonfil Batalla, Guillermo (comp.)

1981 *Utopía y Revolución. El pensamiento político contemporáneo de los indios en América Latina*. Ed. Nueva Imagen, México.

1990 *México profundo. Una civilización negada*. Coedición CNCA-Grijalbo. México.

Botelho, V.; J. Rios; R. Monasterio; E. Aparicio

s/f "*La medicina tradicional y el cuidado de la salud*" (Informe de la Comisión de Estudio de la Medicina Tradicional del Colegio Médico de Bolivia). Impreso s/e. s/l.

Brown, Richard

1983 "El que paga la música: fundaciones, profesión médica y reforma de la educación médica" en *Salud e imperialismo* Vicente Navarro (comp.) Siglo XXI editores. México.

Campos-Navarro, Roberto

1979 *“La medicina popular-tradicional y automedicación en familias asistentes a la clínica 25 del IMSS”*. Tesis para obtener la especialidad de Medicina Familiar. IMSS/UNAM

1990 *“Nosotros los curanderos...” Aproximación antropológica al curanderismo contemporáneo en la Ciudad de México*. Tesis de maestría en Antropología Social. Escuela Nacional de Antropología e Historia (ENAH).

1993 “Los alux’ob en la vida ceremonial maya” www.mayas.uady.mx/articulos/art_03.html

1994 “La relación médico-paciente: ¿Una relación de poder y subordinación?” en *Medicina y Cultura. Hacia una formación integral del profesional de la salud*. Rosa María Lara, (ed.) Ed. Plaza y Valdés, México.

1994 “La rivalidad entre médicos y curanderos durante el siglo XIX”.

http://bvs.sld.cu/revistas/his/his_102/his06102.html

Campos-Navarro, Roberto y Luca Citarella

2004 “‘Willaqkuna’. Un programa de formación en salud intercultural en Bolivia” en *Salud e Interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas* Gerardo Fernández (Coord.). Ediciones Abya-Yala / Agencia Bolhispana / Universidad de Castilla-La Mancha. Quito, Ecuador, 2004.

Cannon, Walter Bradford

1942 “Voodoo Death” en *American Anthropologist* 44(2):169-181.

Cardoza y Aragón, Luis

1976 *Guatemala: las líneas de su mano*. Fondo de Cultura Económica (FCE). Col. Popular n° 66. México.

CEPAL/CELADE

2014 Sistema de Indicadores Sociodemográficos de Poblaciones y Pueblos Indígenas. En: <http://celade.cepal.org/redatam/PRYESP/SISPPI/>.

Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS)

1987 *El futuro de la medicina tradicional en la atención a la salud de los países latinoamericanos*. CIESS, México.

Cisneros, Diego de

1618 *Sitio, Naturaleza y propiedades de la Ciudad de México*. México. Código de Salud de la República de Bolivia y disposiciones reglamentarias.

1990 Ministerio de Previsión Social y Salud Pública. La Paz, Bolivia.

Código Penal para el Distrito Federal

1988 Ed. Porrúa. México.

Coe, Rodney

- 1973 *Sociología de la medicina*. Alianza Editorial. Madrid,
- Colegio Médico de Bolivia
1987 Documento del seminario-taller sobre “Las bases para la creación de un servicio único de salud” / (MIMEO)
- Collado, Rolando y José E. García-Torres
1975 “La actitud de los médicos en México respecto a los curanderos” en *Sal. Publ. Méx.* XVII(4):459-469.
- Consejo Nacional de Médicos Indígenas Tradicionales [México]
1992 Programa Nacional
- Constitución de la República Bolivariana de Venezuela
www.constitucion.ve/constitucion.pdf
- Constitución Federal de los Estados Unidos Mexicanos
1857 (Sancionada y jurada por el Congreso General Constituyente el día 5 de febrero de 1857). México.
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos
1994 Ed. Alf, México.
2014 <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/htm/1.htm>
- Constitución Política del Estado
2009 Editorial e Imprenta CJ Ibañez, La Paz, Bolivia.
- Costa Arduz, Rolando
1994 *Medicina tradicional en el contexto del Estado en Bolivia*. s/e. La Paz, Bolivia.
- Chen, Paul
1981 “Traditional and modern medicine in Malasya” en *Soc. Sci. Med* 15A:127-136.
- Declaración de Alma-Ata
1978 Conferencia Internacional sobre atención primaria a la salud. Organización Mundial de la Salud-UNICEF, Alma-Ata, Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas.
- Declaración de Cherán
2002 “*En defensa de la medicina tradicional*”
<http://www.biodiversidadla.org/article/articleview/1183>.
- Declaración de Oaxtepec sobre medicina indígena
1992 Documento final del I Congreso Nacional de Médicos Indígenas. INI/DGCP, Oaxtepec, Morelos (1989). En *II Congreso Nacional y I Encuentro Continental de Médicos Tradicionales Indígenas*. Ed. Instituto Nacional Indigenista/SEDESOL.

Declaración tzotzil sobre salud

1983 [1974] Ponencia en el I Congreso Indígena, San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, en *La Medicina Invisible*, Lozoya y Zolla (eds.) Folios Ediciones, México.

De Martino, Ernesto

1985 *El mundo mágico*. Universidad Autónoma Metropolitana, México.

Díaz-Polanco, Héctor

1988 *La cuestión étnico-nacional*, Ed. Fontamara, México.

1989 "Etnias y democracia nacional en América Latina" en *América Indígena* XLIX(1):35-55, enero-marzo.

1991 *Autonomía regional. La autodeterminación de los pueblos indios*. Siglo XXI editores/UNAM, México.

1995 "Introducción. Los pueblos indios en los Estados nacionales" en *Etnia y nación en América Latina*. Díaz-Polanco, (comp.) Col. Claves de América. Consejo Nacional para la Cultura y las Artes (CONACULTA), México.

Diccionario Enciclopédico de la Medicina Tradicional Mexicana.

1994 INI. Col. Biblioteca de la Medicina Tradicional Mexicana. México.

www.medicinatradicionalmexicana.unam.mx

Dirección General de Medicina Tradicional e Interculturalidad (DGMTI)

2005 *Memorias del Primer Diálogo Nacional de Medicina Tradicional y Naturista*. Cochabamba, Bolivia.

2005b Presentación en la Mesa de Interculturalidad. La Paz, Bolivia. 12 de diciembre.

Documento de Pátzcuaro

1992 Emitido en el Palacio de Huitziméngari, Michoacán (1990). En *II Congreso Nacional y I Encuentro Continental de Médicos Tradicionales Indígenas*. Ed. INI-SEDESOL. (El documento se incluye en el anexo)

Duarte-Gomez, María Beatriz; Viviane Brachet-Marquez; Roberto Campos-Navarro y Gustavo Nigenda.

"Políticas nacionales de salud y decisiones locales en México: el caso del Hospital Mixto de Cuetzalan, Puebla" en *Salud Pública Méx.* 2004, v. 46, n. 5, pp. 388-398.

Eliade, Mircea

1986 *El chamanismo y las técnicas arcaicas del éxtasis*. Ed. FCE. México.

Fassin, D. y E. Fassin

1988 "Traditional medicine and the stakes of legitimation in Senegal " en *Soc. Sci. Med.* 27(4):353-357.

Fernández, Gerardo

1998 *Los kallawayas: medicina indígena en los Andes bolivianos*. Universidad Castilla, La Mancha. Cuenca, España.

1999 *Médicos y yatiris. salud e interculturalidad en el Altiplano Aymara*. Ministerio de Salud y Previsión Social / Equipo de Salud Altiplano / Organización Panamericana de la Salud-OMS / CIPCA. La Paz, Bolivia.

Fernández del Castillo, Francisco

1959 *Bibliografía General de la Academia Nacional de Medicina (1836-1956)*. Editorial Fournier. México.

Flora Medicinal Indígena de México.

1994 Instituto Nacional Indigenista. Col. Biblioteca de la Medicina Tradicional Mexicana. México.

Frazer, James George

1994 *La rama dorada. Magia y religión*. FCE. México.

Freidson, Eliot

1978 *La profesión médica. Un estudio de sociología del conocimiento aplicado*. Ediciones Península. Barcelona, España.

Freyermuth, Graciela

1993 *Médicos tradicionales y médicos alópatas. Un encuentro difícil en los Altos de Chiapas*. CIESAS y el Instituto Chiapaneco de Cultura. Tuxtla Gutierrez, Chiapas.

Fundación Mexicana para la Salud

1994 *Economía y salud. Propuestas para el avance del sistema de salud en México*. Informe final. México.

Galeano, Eduardo

2006 "La segunda fundación de Bolivia", en *La Jornada*, 9 de febrero / p. 38.

Garay, Adrián de

1904 "El charlatanismo" en *La Escuela de Medicina*, Tomo XIX, N° 19:433-440, México.

García-Icazbalceta, Joaquín

1981 *Bibliografía mexicana del siglo XVI*. Ed. FCE, México.

Gil Olmos, José

La Jornada, el lunes 16 de mayo, pag. 41.

Giménez, Alberto

2001 *Perfil de la situación actual de la medicina tradicional y complementaria en Bolivia*. OPS/OMS. La Paz, Bolivia.

Girault, Louis

1987 *Kallawayá. Curanderos itinerantes de los Andes*. UNICEF-OPS-OMS. La Paz, Bolivia.

1989 *Kallawayá. El idioma secreto de los incas*. UNICEF-OPS/OMS. La Paz, Bolivia.

Gisbert, Teresa; Silvia Arze y Martha Cajías

1984 "Los textiles de Charazani en su contexto histórico y cultural" en *Espacio y tiempo en el mundo callahuaya*. (Varios autores) Instituto de Estudios Bolivianos. Facultad de Humanidades. Universidad Mayor de San Andrés. La Paz, Bolivia.

Gómez, Magdalena

1990 "La defensoría jurídica de presos indígenas" *Entre la ley y la costumbre. El derecho consuetudinario indígena en América Latina*. R. Stavenhagen y D. Iturralde (comps.) Instituto Indigenista Interamericano / Instituto Interamericano de Derechos Humanos. México.

González, Laura Rosa

1993 *El programa IMSS-Solidaridad y la interrelación con la medicina tradicional*. IMSS. México.

González, Román

2002 Demandan reconocimiento legal a la medicina tradicional en <http://www.cimacnoticias.com/noticias/02dic/s02123103.html>

González-Casanova, Pablo

2009 "El zapatismo avanza ante el desastre" en *La Jornada* 24 enero, p. 17.

González-Chávez, Lilián y Paul Hersch-Martínez

1993 "Aportes para la construcción del perfil epidemiológico socio-cultural de una comunidad rural" en *Sal. Pub. Mex.* 35(4):393-401.

Guerra, Francisco

1976 *Las medicinas marginales. Los sistemas de curar prohibidos a los médicos*. Alianza Editorial. Madrid, España.

Hernández, José Luis

1995 "Medicina tradicional en México" en *Medicina tradicional. Legislación y relaciones políticas en el área azteca, maya y andina*, Fernando Cabieses (ed.). Instituto Nacional de Medicina Tradicional. Ministerio de Salud. Lima.

Hernández-Navarro y Vera Herrera, Ramón (comps.)

1998 *Acuerdos de San Andrés*. Editorial Era. México.

Hersh, Paul

1989 "Una propuesta para la investigación en medicina tradicional" en *La medicina tradi-*

cional en sistemas formales de salud. Van der Hoogte Roersch y Tavares, (comps.) Centro de Medicina Andina. Cusco.

IDRC

Traditional medicine in Zaire: present and potential contribution to the health services. IDRC, Ottawa. Canada.

Iglesia católica

1992 *Catecismo de la Iglesia Católica*. Asociación de editores del catecismo, Madrid.

Illich, Iván

1996 *Némesis médica. La expropiación de la salud*. Barral Editores. Barcelona

Iturralde, Diego

1992 “Los pueblos indígenas y sus derechos” en *Primer encuentro mesoamericano. Modelo alternativo de salud para pueblos indígenas*. pp. 109-122. San José, Costa Rica.

La Jornada

2006 “Anuncia Morales que desaparecerá ‘por racista’ el Ministerio de Asuntos Indígenas (MAIPO)” *La Jornada*, 20 de enero.

Laning, John Tate

1985 *The Royal Protomedicato. The regulation of the Medical Profession in the Spanish Empire*. Universidad de Duke University Press. Durham, Carolina del Norte, Estados Unidos de América.

Lastres, Juan

1951 *Historia de la medicina peruana*. Vol. I *La medicina incaica*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima.

Lee, Rance

1981 “Chinese and western medical care in China’s rural commune: a case study” en *Soc. Sci. Med.* 15A:137-148.

Levi-Strauss, Claude

1980 “El hechicero y su magia” en *Antropología estructural*. EUDEBA, Buenos Aires.

Ley 459 de Medicina Tradicional Ancestral Boliviana

2013 Asamblea Legislativa Plurinacional. (Consulta en junio de 2014)
en <http://gacetaoficialdebolivia.gob.bo/normas/listadonor/10/page:2>

Ley Estatal de Salud del Estado de Chiapas

1990 *Diario oficial del Estado de Chiapas*. n° 101, 30 de octubre.

Ley General de Salud

1984 *Diario Oficial de la Federación*, 7 de febrero. México.

2004 Editorial Sista, México.

2006 *Diario Oficial de la Federación* 19 septiembre 2006.

López-Austin, Alfredo

1967 "Cuarenta clases de magos del mundo náhuatl" en *Estudios de Cultura Náhuatl*. VII: 87-117. México.

1975 *Textos de medicina náhuatl*. UNAM. México.

1981 *Cuerpo humano e ideología. Las concepciones de los antiguos nahuas*. Instituto de Investigaciones Antropológicas (IIA). UNAM. México.

1984 "Cosmovisión y salud entre los mexicas" en *Historia General de la medicina en México*. Tomo 1. *México Antiguo*. Alfredo López-Austin y Carlos Viesca (Coords) Academia Nacional de Medicina, UNAM.

1992 *Los mitos del tlacuache. Los caminos de la mitología mesoamericana*. Alianza Editorial. México.

Loza, Carmen Beatriz

2004 *Kallawayá. Reconocimiento mundial a una ciencia de los Andes*. Viceministerio de Cultura / Fundación Cultural del BCB/ UNESCO.

Lozoya, Xavier y Carlos Zolla (eds.)

1983 *La medicina invisible. Introducción al estudio de la medicina tradicional de México*. Folios Ediciones, México.

Lozoya, X.; G. Velázquez-Díaz y A. Flores

1988 *La medicina tradicional en México. Experiencia del Programa IMSS-COPLAMAR 1982-1987*. IMSS. México.

Macklin, Barbara June

1967 "El Niño Fidencio: un estudio del curanderismo en Nuevo León" en *Anuario Humánitas*. P. 529-563. (Centro de Estudios Humanísticos. Universidad de Nuevo León). Monterrey, Nuevo León, México.

Martínez Manatou, J. (ed.)

1986 *Planificación familiar, población y salud en el México rural*. IMSS, México.

Martínez Ruiz, Francisco Javier; Clavera Ortiz, María Jesús

1999 Defendamos las Etno-medicinas del neocolonialismo "científico". <http://free-news.org/etnome01.htm>

Medina, Andrés

1983 "Los grupos étnicos y los sistemas tradicionales de poder en México" en *Nueva Antropología* 5(20) enero.

- 1992 "La identidad étnica: turbulencias de una definición" en *Seminario sobre identidad*. Leticia Irene Méndez (comp.) IIA. UNAM. México.
- Medina, Andrés y Carlos García Mora
1983 *La quiebra política de la antropología social en México*. UNAM, México.
- Mellado, Virginia, C. Zolla, X. Castañeda y A. Tascón
1989 *La atención al embarazo y el parto en el medio rural mexicano* CIESS México.
- Menchú, Rigoberta:
1994 "Mensaje a la Convención Nacional Indígena" en *La Jornada*, 17 de diciembre, pág. 36 (nota periodística de Rosa Rojas).
- Mendoza, Zuanilda
1994 *De lo biológico a lo popular: el proceso salud/enfermedad/atención en San Juan Copala, Oaxaca*. Tesis de maestría en Antropología Social. ENAH. México.
- Menéndez, Eduardo:
1990 *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*. CONACULTA y Alianza Editorial Mexicana. México.
- Ministerio de Asuntos Indígenas y Pueblos Originarios (MAIPO)
2004 *Presentación en Mesa de Interculturalidad*, La Paz, 12 de diciembre.
- Ministerio de Previsión Social y Salud Pública
1987 *Reglamento para la práctica de la medicina naturista-tradicional de Bolivia*. Resolución Ministerial 0231. 13 de marzo de 1987.
1990 *Código de Salud de la República de Bolivia y disposiciones reglamentarias*. La Paz, Bolivia.
- Ministerio de Salud y Deportes
2001 *Resolución Ministerial 0902 Reglamento para el ejercicio de la medicina tradicional*, 20 de diciembre
2002 *Diálogo nacional de Salud. Segunda fase. Salud, un derecho y una responsabilidad de todos*. Serie: Documentos de Políticas, La Paz, Bolivia.
2014 Lista de médicos registrados. (Consulta en junio de 2014)
<http://www.vmti.sns.gob.bo:81/reportes/especificos/vermedico/>.
- Miranda, Mario (comp.)
1993 *Bolivia en la hora de su modernización*. UNAM. Serie: Nuestra América.
- Nash, Manning
1959 "Witchcraft as social process in a tzeltal community", ponencia presentada en la Central States Anthropological Society. Mayo 13-15

Oppong, Amma

1989 "Healers in transition" en *Soc. Sci. Med.* 28(6):605-612.

Organización de Naciones Unidas

2006 Declaración de Naciones Unidas sobre los derechos de los Pueblos Indígenas.

Organización Internacional del Trabajo

1989 *Convenio n° 169 sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes*. Serie: Documentos 89/1

Organización Mundial de la Salud

1978 *Promoción y desarrollo de la medicina tradicional*. Serie de informes técnicos n° 122. Ginebra, Suiza.

Organización Panamericana de la Salud

2002 Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas. Lineamientos estratégicos y líneas de acción 2003-2007. También ver en:
http://www.nacionmulticultural.unam.mx/acervo/monografia/mon_006/mon_006_01.pdf

Organización Panamericana de la salud / Universidad Nacional Autónoma de México

2010 Pueblos indígenas e indicadores de salud. OPS/UNAM, México.

Osorio, Rosa María

1994 *La cultura médica materna y la salud infantil. Síntesis de representaciones y prácticas sociales en un grupo de madres defamilia*. Tesis de maestría en Antropología Social, ENAH. México.

Page Pliego, Jaime Tomás

2002 *Política sanitaria dirigida a los pueblos indígenas de México y Chiapas 1857-1995*. Universidad Autónoma de Chiapas / Instituto de Estudios Indígenas / UNAM. México.

Pearce, Tola Olu

1982 "Integrating western orthodox and indigenous medicine. Professional interests and attitudes among university trained nigerian physicians" en *Soc. Sci. Med.* 16:1611-1617.

Peláez, Margarita y Fernando Uribe

1986 "La gran ilusión de la objetividad. Integración de la medicina tradicional a los planes de salud" en *Boletín de Antropología*. Universidad de Antioquía (Colombia) 6(20):163-178.

Pozas, Ricardo e Isabel Horcasitas de Pozas

1971 *Los indios en las clases sociales de México*. Siglo XXI Editores. México.

Quezada, Noemí

1989 *Enfermedad y maleficio. El curandero en el México colonial*. IIA, UNAM. México.

Ranaboldo, Claudia

1987 *El camino perdido. Biografía del líder campesino kallawayá Antonio Álvarez Mamani*. Unidad de Comunicación y Capacitación SEMTA. La Paz, Bolivia.

Recopilación de Leyes de los Reynos de las Indias

1681 Imprenta de Julián de Paredes, Madrid, España.

Reissland, Nadja y Richard Burghart

1989 "Active patients: the integration of modern and traditional obstetric practices in Nepal" en *Soc. Sci. Med.* 29(1):43-52.

Rendón, Juan José

1992 "Notas sobre identidad, lengua y cultura" en *I Seminario sobre identidad*. Leticia Irene Méndez (comp.) IIA. UNAM. México.

Resolución Suprema 198771 (Presidencia de la República. Bolivia)

1984 "...sobre reconocimiento de personalidad jurídica y aprobación de sus estatutos" de la *Sociedad Boliviana de Medicina Tradicional por parte del Presidente de la Republica* (fotocopia de copia legalizada proporcionada por Sobometra).

Resolución Ministerial 0231 (Ministerio de Previsión Social y Salud Pública)

1987 *Reglamento para la práctica de la medicina naturista-tradicional de Bolivia* (fotocopia de copia legalizada proporcionada por Sobometra).

Restrepo, Luis Carlos:

1995 *El derecho a la ternura*. Arango editores. Bogotá, Colombia.

Ricco, Sergio

1993 "Lo étnico/nacional boliviano. Breves reflexiones" en *Bolivia en la hora de su modernización*. (Mario Miranda Pacheco, comp.). Universidad Nacional Autónoma de México. Serie Nuestra América.

Ribeiro, Darcy

1977 *Las Américas y la civilización*. Ed. Extemporáneos. México.

Riva Palacio, Antonio

1993 Participación del gobernador de Morelos en la IV Semana de Solidaridad. Mimeo.

Rodríguez, Mariángela

1986 *Entre el sol y la luna. La etnohistoria de los mayos*. Premiá Editora. México.

Rodríguez, Martha Eugenia

1990 "La real y Pontificia Universidad y las cátedras de medicina" en *Historia General de la Medicina en México*. Tomo II Medicina novohispana. Siglo XVI G. Aguirre-Beltrán, y R. Moreno de los Arcos (coords.) Academia Nacional de Medicina-UNAM, México.

Rodríguez, Nemesio y Stefano Varese

1981 *Experiencias organizativas indígenas en América Latina*. Secretaría de Educación Pública (Dirección General de Educación Indígena). México.

Roemer, Milton

1980 *Perspectiva mundial de los servicios de salud*. Siglo XXI Editores. México.

Rösing, Ina

1990 *Introducción al mundo callawayaya. Curación ritual para vencer penas y tristezas. Tomo I: Introducción y documentación*. Ed. Los amigos del libro. Cochabamba, Bolivia.

1991 *Las almas nuevas del mundo callawayaya. Análisis de la curación ritual callawayaya para vencer penas y tristezas. Tomo II: Datos y análisis*. Ed. Los amigos del libro. Cochabamba, Bolivia.

1992 *La mesa blanca callawayaya. Una introducción*. Ed. Los amigos del libro. Cochabamba, Bolivia.

Rostworoski, M.

1992 *Historia del Tahuantinsuyu*. Ed. Instituto de Estudios Peruanos. Lima, Perú.

Rubel, Arthur O'Neill, Carl y Rolando Collado Ardón

1989 *Susto. Una enfermedad popular*. FCE. México.

Saignes, Thierry

1984 "Quienes son los callahuayas. Notas sobre un enigma etnohistórico" en *Espacio y tiempo en el mundo callahuaya*. (Varios autores) Instituto de Estudios Bolivianos. Facultad de Humanidades, Universidad Mayor de San Andrés. La Paz, Bolivia.

Schendel, Gordon

1980 *La medicina en México, de la herbolaria azteca a la medicina nuclear*. IMSS. México.

Schoop, Wolfgang

1984 "Intercambio de productos y 'movilidad regional' en el Valle de Callahuaya" en *Espacio y tiempo en el mundo callahuaya*. (Varios autores) Instituto de Estudios Bolivianos, Facultad de Humanidades, Universidad Mayor de San Andrés. La Paz, Bolivia

Secretaría de Salubridad y Asistencia

1976 "Reglamento de parteros empíricos capacitados". *Diario Oficial de la Federación*, 25 de octubre de 1976.

Secretaría de Salud

1988 *Norma Técnica nº 21 para la prestación de servicios de atención primaria a la salud*. 27 de junio (mecanoscrito).

1999 "Acuerdo por el que se determinan las plantas prohibidas o permitidas para tés, infusiones y aceites vegetales comestibles. 7 de diciembre." *Diario Oficial de la Federación*, 7 de diciembre de 1999

s/f “Marco legal de la medicina tradicional y las medicinas complementarias” en Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud / Dirección de medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural. (Consulta en junio de 2014)
http://www.dgplades.salud.gob.mx/descargas/dmtdi/taller_inter/Marco_Legal.pdf

Sigerist, Henry

1987 *Civilización y enfermedad*. Instituto Nacional de Salud Pública y FCE. Col. Biblioteca de la Salud. México.

s/a

1931 “Resultados de la Tercera Convención de Sindicatos Médicos celebrada en Pachuca, Hidalgo” en *Medicina* (suplemento) 144(11):1-3.

s/a

1985 “Culturas médicas tradicionales” (Reseña) en *Bol. Of. Sanit. Panam.* 98(4):373-377.

Steppan, J.

1983 “Patterns of legislation concerning traditional medicine” en *Traditional and health Care Coverage*. R.H. Bannerman, *et al.* OMS, Geneva.

Tapia, Toribio

2001 “Perfil del proyecto de medicina tradicional naturista. Articulación con medicina académica occidental oficial. Seguro social de salud integral: altiplano andino y valles interandinos y amazónicos” en *Salud Pública Boliviana* (Órgano de la Sociedad Boliviana de Salud Pública). año XLV (58), agosto, pp. 183-189.

Urrea, Fernando

1993 “Culturas médicas populares y conformación de prácticas de salud en el suroccidente colombiano” en *Mimeo*. Universidad del Valle, Cali, Colombia.

Valdés, Luz María

1989 *El perfil demográfico de los indios mexicanos*. Siglo XXI Editores UNAM/CIESAS. México.

Vargas, Luis Alberto

1981 *¿Qué debo saber sobre medicina tradicional durante mi servicio social?* Ed. Seminario del hombre en su totalidad. México.

Velimirovic, Boris (ed.)

1978 *La medicina moderna y la antropología médica en la población fronteriza mexicano-estadounidense*. Organización Panamericana de la Salud. Publicación científica 359. Washington, Estados Unidos de América.

Venegas, Carmen

1973 *Régimen hospitalario para indios en la Nueva España*. Instituto Nacional de Antropología e Historia. Departamento de Investigaciones Históricas. México.

Viesca, Carlos

1990 "Los médicos indígenas frente a la medicina europea" en *Historia General de la Medicina en México*. Tomo II Medicina novohispana. Siglo XVI G. Aguirre-Beltrán, y R. Moreno de los Arcos (coords.) Academia Nacional de Medicina, UNAM, México, D.F.

Villa Rojas, Alfonso

1985 *Estudios etnológicos. Los mayas*. IIA. UNAM. México.

Vivó, J., P. Kirchhoff, G. Willey, J. Litvak y A. Kroeber

1992 *Una definición de Mesoamérica*. IIA, UNAM. México.

Wankar

1980 *Tawantinsuyu (cinco siglos de guerra Qheswaymara contra España)*. Editorial Nueva Imagen, México.

Weber, Max

1974 *Economía y Sociedad. Esbozo de una sociología comprensiva*. FCE. México.

Wilbert, Johannes

1987 *Tobacco and Shamanism in South America*. Universidad de Yale Press. Estados Unidos de América.

World Health Organization

1999 *Legal Status of Traditional Medicine and Complementary/Alternative Medicine*. WHO. Geneva.

Zalles, Jaime

1990 *Flora medicinal boliviana*. Editorial Los amigos del Libro. La Paz, Bolivia.

2005 "Análisis de la situación actual de la medicina naturista y tradicional en Bolivia. Hitos principales en un proceso" en *Primer Diálogo Nacional de la Medicina Tradicional y Naturista*. Cochabamba, 26-28 de septiembre.

Zolla, C., S. Del Bosque, A. Tascón, V. Mellado, y C. Maqueo

1988 *Medicina tradicional y enfermedad*. CIESS, México.

ANEXO 1

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS INFORMANTES Y LAS TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

En 1990 nuestro inicial universo de trabajo incluía doce regiones indígenas de México, sin embargo por la falta de infraestructura necesaria, éstas de redujeron a tres: una en el norte del país (Sinaloa), otra en el centro (Michoacán) y una tercera en el sur (Campeche).²⁰⁰ A finales de 1992, al obtenerse una beca de apoyo económico, se eligió una cuarta región, pero esta vez —con fines comparativos a nivel internacional— en Bolivia.

¿Con base en qué criterios fueron seleccionadas estas zonas de trabajo? En primer lugar que se abarcaran regiones geográfica y culturalmente diversas y distantes del país. En segundo lugar que existiera alguna asociación u organización de médicos indígenas tradicionales con la que pudiéramos trabajar con una garantía mínima de auxilio local, sin que esto significara que dejáramos de entrevistar a informantes no afiliados a tales organizaciones.

Cabe mencionar que por un acuerdo con casi todos los informantes se decidió respetar su anonimato, por lo que los nombres han sido modificados, al igual que los municipios en que residen y trabajan. Esto se hizo en función del manejo de información delicada para las relaciones interpersonales y aquí nos referimos de manera concreta al problema que significa la hechicería que se encuentra presente en todas las regiones estudiadas.

Bolivia fue incluida en la muestra porque era en 1990 —el único país de América Latina— donde la medicina denominada “tradicional” gozaba de un generalizado reconocimiento social y su principal organización, la Sociedad Boliviana de Medicina Tradicional (Sobometra) tenía desde 1984 una areditada personalidad jurídica.

En el cuadro n° 1 se muestran los lugares seleccionados:

CUADRO N° 1
LUGARES SELECCIONADOS

PAIS	ESTADO O PROVINCIA	MUNICIPIO O ALCALDIA
	SINALOA	CARAPOA
MEXICO	MICHOACÁN	CAMPÍCUARO
	CAMPECHE	TUNKULCHÉN
BOLIVIA	BAUTISTA SAAVEDRA	ANTARA

Fuente: Información antropológica, México y Bolivia, 1991-1994.

²⁰⁰ El proyecto original era colectivo. Participaban cuatro investigadores y un coordinador general. El proyecto abarcaba zonas indígenas de Chihuahua, Sinaloa, Durango, Jalisco, Michoacán, Querétaro, Puebla, Morelos, Oaxaca, Veracruz, Chiapas y Yucatán. Por diversas circunstancias el proyecto no fue apoyado por el Instituto Nacional Indigenista, y sólo el que suscribe continuó la investigación como parte de sus estudios de doctorado en la Facultad de Filosofía y Letras de la UNAM, con el auxilio financiero del Seminario de Estudios de Cultura (Conaculta) y la propia Facultad.

Entre 1990 y 1994 se realizaron doce salidas de trabajo de campo que sumaron 79 días efectivos, de los cuales poco más de dos terceras partes (57) fueron en México y el resto en Bolivia. En Sinaloa estuvimos en octubre de 1991, enero y mayo de 1993, octubre de 1994; en Michoacán durante septiembre de 1993 y noviembre de 1994; en Campeche los meses de agosto de 1991, marzo de 1993 y noviembre de 1994; por último en Bolivia en junio y julio de 1993. Si a esto sumamos los días de encuentros, reuniones y talleres, calculamos 109 días efectivos de trabajo de campo.

En cada región permanecemos el tiempo suficiente para lograr las entrevistas a los diversos informantes, cuyos datos generales se detallarán más adelante. La mayoría de las entrevistas a informantes- clave, se realizaron en sus casas, pocas veces en el local de las organizaciones de médicos indígenas, y en el caso de médico y autoridades civiles en instalaciones gubernamentales. Los sacerdotes en sus respectivas oficinas parroquiales, excepto uno que nos visitó en el lugar en que nos hospedábamos.

La entrevista era grabada, observándose que esto no significó un obstáculo para el buen desarrollo de la misma y únicamente el sacerdote de Campícuaro tuvo reticencias iniciales para la grabación. A todos se les avisaba que la entrevista era confidencial y que se les respetaría el anonimato, en especial cuando se refirieran a problemas personales concretos. Las entrevistas duraban un promedio de media hora, pero si el informante aportaba datos de importancia para el tema de legalización, ampliábamos la duración del diálogo. A continuación se transcribe el contenido de las dos guías de entrevista utilizadas:

Guía de entrevista a médicos indígenas

Nombre
 Edad
 Sexo
 Lugar de trabajo
 Grupo étnico
 Lengua(s)
 Ocupación principal
 Escolaridad
 Cargo comunitario
 Forma de aprendizaje
 Evento iniciático
 Itinerarios de trabajo curativo
 Especialización
 Pertenencia a organización médica indígena. Cargo.
 Tipo de reconocimiento a su actividad curativa (oficio, credencial, constancia, otro documento)
 Años de experiencia curativa
 Enfermedades que cura
 Que otras personas se dedican a la curación en su comunidad.
 Qué curan.
 Relaciones con cada una de ellas.
 Opinión sobre otras formas de curar.

Relaciones con el médico académico más cercano.
 Opinión sobre sus formas curativas.
 Opinión en general de la medicina académica.
 Relaciones concretas con el IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social), SSA (Secretaría de Salud), INI (Instituto Nacional Indigenista), organizaciones no gubernamentales y otras instituciones y asociaciones relacionadas con la salud campesina.
 Relaciones con el cura.
 Relaciones con las autoridades civiles y militares.
 Problemas en general por la práctica de sus actividades curativas.
 Problemas en particular referentes a la ilegalidad (denuncias, persecuciones, amenazas, restricciones, multas, chantajes, obstáculos, impedimentos, golpes, encarcelamiento, etc.). Con quién y por qué (descripción detallada).
 Autoridades involucradas.
 Resoluciones concretas a dichos problemas.
 Posibles soluciones a los problemas generales y particulares.
 Significado de “legalización”, “reconocimiento”, “incorporación”, “integración”, “capacitación”.
 ¿Es necesaria la legalización? Por qué
 Posibles beneficios de la legalización
 Posibles desventajas de la legalización.
 Tipos de curanderos que deben ser legalizados y porqué.
 Tipos de curanderos que no deben ser legalizados y porqué.
 Existencia de curanderos de maldad, ¿deben ser legalizados?
 Si hay legalización, ¿qué debe hacer el gobierno y las autoridades sanitarias?
 Si hay legalización, ¿qué modificaciones pueden ocurrir en la práctica de la medicina indígena?
 Percepción social de las organizaciones de médicos indígenas (importancia, funciones, objetivos, ventajas, etc.).
 Disposición para colaborar con las autoridades médicas académicas locales y estatales.
 Posición ante la Ley Estatal de Salud en Chiapas que reconoce legalmente a los curanderos como auxiliares de salud. Opinión sobre la negativa de los curanderos chiapanecos.

Guía de entrevista a médicos académicos, autoridades y sacerdotes

Nombre
 Institución
 Cargo
 Funciones
 Universidad, escuela o lugar de formación
 Principales problemas epidemiológicos en la región
 Recursos médicos oficiales para la resolución de dichos problemas
 Recursos médicos tradicionales
 Políticas estatales (INI, IMSS-Solidaridad, Secretaría de Salud) que operan localmente con los médicos indígenas. Política diferencial según tipo de curandero (partera vs. otros).

Actitudes individuales ante los curanderos indígenas: ¿Cuál cree que debería ser la política nacional de salud respecto a los curanderos? (sustitución por médicos rurales, sanción por sus actividades consideradas como ilícitas, desautorización y erradicación, limitarlos, aceptarlos, prepararlos y orientarlos, etc.).

Tipo de relaciones establecidas con los curanderos

Conocimientos de las leyes sanitarias y código penal estatal con respecto a los curanderos.

Conocimiento de los problemas que enfrentan los curanderos por su actividad legalmente sancionada.

Conocimiento de las peticiones de legalización externadas por los curanderos indígenas.

Pertinencia de una legalización de la práctica médica indígena (beneficios y desventajas).

Factibilidad del proceso legislativo.

Factibilidad del cumplimiento de nuevas leyes que incluyan la legalización.

Qué curanderos deben legalizarse y quiénes no. Por qué.

Los curanderos de maldad, ¿deben ser legalizados?

Si hay legalización, ¿qué debe hacer el gobierno y las autoridades médicas?

Si hay legalización, ¿qué modificaciones puede haber en la medicina indígena?

Disposición para una colaboración con los médicos indígenas.

Implicaciones para el sector salud: coordinarlos, incorporarlos capacitarlos, financiarlos, asalariarlos, etc.

Posición ante la Ley Estatal de Chiapas que reconoce legalmente a los curanderos como auxiliares de salud.

Conocimiento y posición ante la formación y desarrollo de las organizaciones de médicos indígenas.

(Incluir preguntas específicas a los sacerdotes sobre idolatría, supersticiones, hechicería, posesión diabólica y exorcismo)

Una vez de retorno a la ciudad de México, nos dedicábamos a la transcripción exacta de la grabación, y luego su traslado a fichas de trabajo ordenadas según espacio y tiempo. Se agregaba el fichaje de la información procedente de nuestro diario de campo y que era el resultado de la observación participante. Una vez concluido el trabajo de campo y la transcripción completa del material obtenido, se procedió a la clasificación temática de las fichas de trabajo señalándose con un color específico en la esquina superior derecha la región de procedencia (por ejemplo, anaranjado para los datos provenientes de Campeche), y otro color en la esquina superior izquierda para señalar el tipo de informante (por ejemplo, el color negro asignado para los sacerdotes).

En total se obtuvieron 80 casetes de grabación, y alrededor de 2000 fichas de trabajo. Con este material se inició el análisis comparativo de los datos de campo.

INFORMANTES. En esta investigación participaron 83 informantes, de los cuales 60 se consideraron como principales y 23 secundarios. Entendemos como principales o primarios, aquellos que fueron entrevistados de manera completa, en tanto que se consideraron informantes secundarios cuando sólo brindaron algunos datos parciales, aunque no por ello

menos importantes. No se incluyeron en este listado las personas que proporcionaron datos de manera indirecta sobre el reconocimiento y la legalización de la medicina indígena y en este renglón apuntamos a todas aquellas que participaron en reuniones y encuentros sobre el tema, y también las que expresaron en forma espontánea alguna opinión relevante.

En relación a los informantes principales, éstos fueron: médicos indígenas tradicionales, médicos egresados de recintos universitarios, sacerdotes responsables de una demarcación parroquial, autoridades municipales y por último, “otros” individuos que directa o indirectamente estaban relacionados con el proceso organizativo de los médicos indígenas. Como se observa en el cuadro 2, siempre hubo algún informante en las diversas categorías, aumentando en la de médicos académicos y siendo máxima en la de los terapeutas indígenas tradicionales, alcanzando un 65% de los informantes principales.

CUADRO 2
INFORMANTES PRINCIPALES

ESTADO O PROVINCIA	MÉDICOS INDÍGENAS	MÉDICOS ACADÉMICOS	SACERDOTES	AUTORIDADES TRADICIONALES	“OTROS”
SINALOA (Méx.)	8	3	1	1	-
MICHOACÁN (Méx.)	11	3	1	1	-
CAMPECHE (Méx.)	13	2	1	1	-
BAUTISTA SAAVEDRA (Bolivia)	7	1	1	1	4
subtotal	39	9	4	4	4

TOTAL= 60 Informantes

Fuente: Información antropológica, México y Bolivia, 1991-1994.

CUADRO 3
INFORMANTES SECUNDARIOS

ESTADO O PROVINCIA	MEDICOS INDÍGENAS	MEDICOS ACADÉMICOS	SACERDOTES	AUTORIDADES TRADICIONALES	“OTROS”
SINALOA (Méx.)	7	1	-	3	1
MICHOACAN (Méx.)	3	-	-	-	-
CAMPECHE (Méx.)	-	-	-	-	-
BAUTISTA SAAVEDRA (Bolivia)	6	1	-	-	1
subtotal	16	2	-	3	2

TOTAL= 23 Informantes

Fuente: Información antropológica, México y Bolivia, 1991-1994

Con respecto a los informantes secundarios (cuadro 3) también dominó la categoría de los médicos indígenas tradicionales con un 70% del total. En este sentido reconocemos que nos interesaba mucho la opinión de los terapeutas indígenas, por ser los protagonistas del proceso emergente de asociación y demanda de reconocimiento social y jurídico a sus actividades curativas. No obstante, juzgamos conveniente y adecuado incluir a directivos médicos de instituciones sanitarias, autoridades civiles (tanto constitucionales como las propias de las comunidades) y representantes de la Iglesia católica (todos ellos trabajando en las mismas zonas indígenas), con el fin de ampliar el panorama en que se desenvuelven las actividades cotidianas de los médicos indígenas.

La información indirecta proviene de la observación participante y las relatorías de múltiples eventos locales, regionales, nacionales e internacionales donde ha salido a relucir el tema de la legalización de la medicina indígena. De estas reuniones destacan por su impacto y trascendencia los dos congresos nacionales (1989 y 1992 respectivamente), la de Pátzcuaro en 1990, México, D.F. en febrero de 1992, y a nivel internacional, el encuentro en San José de Costa Rica, el de Santa Cruz de la Sierra (al oriente boliviano) y el continental realizado en la ciudad de México, todos ellos en 1992.

DATOS GENERALES DE LOS INFORMANTES PRINCIPALES

Terapeutas indígenas. Entrevistamos a 39 médicos: 25 hombres y 14 mujeres, todos ellos indígenas, menos siete curanderos descendientes de familias indias que ya no hablaban el idioma nativo, todos los demás eran bilingües, excepto un informante de Campeche quien fue el único con el que tuvimos necesidad de una traductora (su propia hija) pues sólo manejaba su idioma maya. En el otro extremo se ubicaron los médicos kallawayas de Bolivia, quienes dominan por lo menos tres idiomas: el español, el quechua y el idioma “secreto” o “sagrado” de su etnia,²⁰¹ dos de ellos además afirmaron manejar el aymara.

Sus edades fluctuaron entre un máximo de 88 años y un mínimo de 37, siendo el promedio general de 63.5 años.

La escolaridad es baja en general: cinco analfabetas, veintisiete con primaria incompleta, cinco con ciclo primario concluido y dos con estudios secundarios.

Aparte de sus actividades curativas, la mayoría de médicos indígenas realizan sus necesarias labores agrícolas y domésticas, pocos tienen algún oficio (talabartería, carpintería, orfebrería, panadería) y dos son comerciantes. De manera simultánea, veintidós de los informantes cumplían con algún cargo comunitario u organizativo, incluso uno de ellos fue un distinguido político social durante la Reforma Agraria en Bolivia que se desarrolló en 1951; y otro es en la actualidad gobernador tradicional de su comunidad.

De acuerdo con su especialización técnica, existen terapeutas que curan de todo, la mayoría son herbolarios y sobadores, cinco atienden partos y algunos ejercen un trabajo complejo desde el punto de vista ritual. A esta última categoría pertenecen los jit'téberis yoremes, los

²⁰¹ Este idioma denominado por los kallawayas como *machaj juyay* o “lengua de la gente”, está emparentado con el puquina que se usaba en la época colonial y es usado en la actualidad durante los rituales curativos (consúltese las notas introductorias de Thierry Saignes y Xavier Albó en el libro-diccionario póstumo del investigador francés Louis Girault intitulado *Kallawayas. El idioma secreto de los incas*, publicado en 1989).

llamados “doctores del campo” entre los purépechas, los h´menob mayas y los médicos kallawayas.

Con sus excepciones, los médicos indígenas tienen un largo tiempo de experiencia curativa. Treinta y dos de ellos tienen más de veinte años de trabajo especializado, y de éstos poco menos de la mitad (exactamente catorce) llevan más de cuarenta años laborando como terapeutas.

Veintisiete pertenecen a organizaciones de médicos indígenas tradicionales y a doce no les ha interesado —por diversos motivos— el asociarse. En la distribución de los que no pertenecen, siete son de Michoacán (los que no son hablantes del purépecha) y el resto se les encuentra en los otros grupos étnicos: dos yoremes, dos mayas y un kallawayas.

Todos son católicos, excepto dos mujeres purépechas que se identifican como cristianas evangelistas y una partera maya que pertenece a los Testigos de Jehová.

Médicos académicos. Se entrevistaron a nueve médicos universitarios trabajando directamente en zonas indígenas.

Los médicos mexicanos son egresados de la Universidad Autónoma de Sinaloa (3), de la Universidad Nacional Autónoma de México (2), de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo (2) y uno de la Universidad Autónoma de Campeche. El médico boliviano es egresado de la Universidad Mayor de San Andrés que se ubica en La Paz.

Ningún médico académico es de origen indígena, ni hablante del idioma de sus pacientes indios.

En el momento de la investigación, dos de los médicos eran pasantes en servicio social o provincial (uno en Michoacán y otro en Bautista Saavedra), dos especialistas en medicina familiar, y el resto, médicos generales. Todos tenían algún cargo en la institución: ocho eran directores de sus unidades clínicas u hospitalarias y uno era supervisor de unidades rurales.

Sacerdotes. Se entrevistaron a los sacerdotes católicos encargados de las parroquias con servicio a la población mestiza e indígena de las cuatro zonas investigadas. Tres eran egresados de seminarios diocesanos y el cuarto, de una orden misionera. Sus edades fluctuaban entre los treinta y sesenta años, y el tiempo mínimo de permanencia en la región era de tres años, con un máximo de veintidós. Sólo el cura boliviano era hablante del idioma quechua. Los otros tres desconocían el idioma empleado por sus feligreses indígenas.

Autoridades municipales. En cada zona de trabajo se entrevistó a la principal autoridad civil que es el presidente municipal en el caso de México, y el alcalde en Bolivia. Dos tenían estudios universitarios y uno de bachiller. Dos pertenecían a partidos políticos en el poder a nivel nacional (PRI) y los otros dos formaban parte de partidos en la oposición, aunque semanas más tarde el MNR tomó el poder en Bolivia por la vía electoral.

Otros. Por considerarlo de suma importancia para nuestro tema de investigación, se entrevistaron en Bolivia a cuatro personas que directa o indirectamente están involucrados en los procesos organizativos y legales de la medicina indígena. Dos de ellos son dirigentes de la Sociedad Boliviana de Medicina Tradicional, el tercero es un naturista, miembro activo de una organización no gubernamental con trabajo directo en salud rural, y el cuarto, es un médico responsable del área jurídica del influyente Colegio Médico de Bolivia.

RECOPILACION BIBLIO-HEMEROGRAFICO. Dada la amplitud de nuestro tema de investigación, en un inicio pretendimos una búsqueda y revisión muy ambiciosa de documentos históricos depositados en diversos archivos de la ciudad de México, que nos pudieran proporcionar elementos para la comprensión de las actuales relaciones entre la medicina académica, el Estado y la medicina indígena, pero al percatarnos de nuestro abundante, riquísimo y complejo material etnográfico, decidimos limitar la búsqueda en los archivos, para concentrarnos en los trabajos hemerográficos contemporáneos a nivel nacional e internacional.

Encontramos que la investigación jurídico-antropológico sobre la medicina tradicional e indígena en nuestros países latinoamericanos apenas se iniciaba, y que ya existían vivencias concretas en África y Asia, con trabajos académicos descriptivos y analíticos que nos brindaban una primera evaluación de esas experiencias donde aparecen las asociaciones de curanderos, sus demandas concretas de legalización, las políticas gubernamentales relativas a la integración de diversas prácticas curativas, entre otros interesantes procesos sociales.

Además de la búsqueda intensiva de estos artículos en revistas especializadas, revisamos y conseguimos hasta donde nos fue posible, la bibliografía regional concerniente a la medicina indígena, así como las leyes, códigos y reglamentos relativos a la salud pública aprobados por los gobiernos de México y Bolivia. Igualmente realizamos una labor de recopilación de los documentos, declaraciones y relatorías elaboradas por las múltiples organizaciones de médicos indígenas y las instituciones que los apoyan, algunos de los cuales -por su trascendencia- son incluidos íntegramente en la sección de anexos.

Esta investigación está basada en la información obtenida en cuatro zonas indígenas, tres de México y una de Bolivia, donde se recolectaron datos acerca de la situación de los médicos nativos, con especial énfasis en las relaciones y articulaciones que establecen con los médicos universitarios, con las instituciones estatales y religiosas, y con sus propios compañeros de oficio. De manera simultánea y complementaria se recabaron materiales documentales relacionados con el proceso de reconocimiento y legalización de la medicina indígena.

ANEXO 2

DOCUMENTOS DE IMPORTANCIA PARA EL PROCESO DE LEGALIZACION

A. DECLARACION DE OAXTEPEC, 1989

Reunidos en Oaxtepec durante tres días, hemos pensado y platicado sobre nuestra medicina. Aquí, donde era un sitio de curación de nuestros grandes abuelos y donde después hubo un famoso hospital que utilizaba plantas medicinales. En este lugar conocido como sitio de “La felicidad de la curación y el descanso”, hemos elaborado este documento para darlo a conocer hoy y que nos sirva para hacer del conocimiento de autoridades, personas interesadas y demás médicos indígenas que no están aquí, todos nuestros pensamientos.

Donde estamos bien

En muchas de nuestras comunidades no existen problemas para el ejercicio de nuestra medicina. En algunas nos apoyan para seguir capacitándonos. Nuestros conocimientos se transmiten y enseñan para hacer el bien. En ellas se considera que la yerbas son más buenas que la medicina de farmacia. Somos bien aceptados y respetados por la comunidad y nuestras autoridades nos apoyan.

Algunos de nosotros hemos aprendido a preparar medicamentos como pomadas y tintura y con esto podemos ayudar más a la comunidad y ya no nos peleamos por el santo trabajo de curar. En otros lugares no se tienen problemas porque mandamos los enfermos a los médicos del IMSS-COPLAMAR, INI, SSA, y otras instituciones, con las que tenemos relaciones.

En algunas regiones los médicos nos invitan a atender partos en las clínicas y nos enseñan a trabajar con ellos.

Hay lugares donde la relación es aún mayor, pues tenemos intercambios y reuniones con médicos de las instituciones, dentro y fuera de nuestras regiones de origen.

Los problemas

Lo que hemos señalado aquí, desgraciadamente no es así en todos lados, algo distinto ocurre al mismo tiempo en otras comunidades.

No se reconoce cabalmente, ni se nos da la importancia debida. Tenemos problemas con Salubridad debido al funcionamiento de nuestras farmacias comunitarias y en otros casos nuestro problema es falta de apoyo para lograr un jardín botánico de plantas medicinales.

También hemos tenido problemas porque han llegado personas disfrazadas de policías y de judiciales e incluso del ejército a hostigarnos porque recolectamos plantas religiosas muy de nosotros, como peyote, hongos, tabaco macuche y otras.

Tenemos problemas con los coyotes y caciques que nos multan por curar y muchas autoridades no nos apoyan, sino que nos critican diciendo que no sabemos nada.

En algunos casos no podemos lograr comunicación con los médicos y estos nos regañan por usar yerbas. En otras ocasiones nos sacan del parto y se lo adjudican o lo reportan como si ellos lo hubieran atendido.

También se da el caso de algunos médicos que nos visitan para que les enseñemos lo nuestro y ellos no nos enseñan nada. Nos perjudican los hermanos evangélicos, Testigos de Jehová, Visión Mundial y otras sectas religiosas o extranjeras, porque no quieren que demos tequio y no admiten nuestras curaciones.

La pérdida que ha habido de la medicina indígena los últimos años en algunas regiones es porque el ILV²⁰² preparó enfermeros que usan medicinas prohibidas en otros países y porque muchas instituciones promueven el uso de medicamentos. Si las autoridades son protestantes no nos apoyan.

No tenemos libertad para ejercer nuestra medicina, en ocasiones lo hacemos a escondidas y es por ello que no tenemos apoyo para trasladar enfermos.

Los ricos nos atemorizan y nos dicen que si nos reconocen se nos cobrarán impuestos, multas y pagos mensuales.

Se nos acusa, por parte de algunas autoridades, de sembrar mariguana y son ellos quienes la cultivan.

Muchas plantas se cultivan en casa, y otras se colectan cada vez más lejos del pueblo y muchas tienen que comprarse cada vez más caras. Nuestras plantas se están acabando por las sequías, quemas, chapeos, desmontes, fumigaciones y el establecimiento de pastizales.

Por otra parte, hay profesionistas que llegan a las comunidades y se llevan las plantas para industrializarlas.

Hay personas en algunas comunidades que creen que sólo curan las inyecciones y si utilizamos plantas medicinales nos acusan de ignorantes.

No tenemos un lugar para nuestras reuniones, las parteras no tienen material suficiente para trabajar, ni nosotros contamos con elementos para preparar nuestros medicamentos.

Tenemos problemas con nuestra familia porque dicen que perdemos el tiempo curando y no obtenemos ninguna recompensa. También ocurre que algunas gentes nos tienen envidia por dedicarnos a curar.

Somos indígenas pobres y las autoridades, cuando son candidatos, nos prometen apoyos, pero cuando llegan a ser electos las cosas siguen igual y cuando solicitamos ayuda nos regañan.

En los hospitales siempre atienden mejor a los ladinos que a los indios.

Cuando algún médico tradicional se le muere algún paciente, nos meten a la cárcel.

Algunas gentes nos dicen brujos y nos culpan de dar yerbas cuando un niño nace mal. Los hechiceros que cobran caro, nos atacan porque cobramos barato, y por eso es que la gente nos prefiere. La verdad es que hay mucha gente que dice curar, pero que no son curanderos, cobran caro y son charlatanes.

Nosotros tenemos hoy un gran problema moral, porque ya se presentan enfermedades nuevas que no conocíamos en nuestras comunidades.

Algunas proposiciones

Hace falta más comunicación con otros médicos indígenas y reuniones como ésta.

La radio y la televisión y periódicos deben estar informados de lo que hacemos aquí en este Primer Congreso, para que también por esos medios se dé la difusión en nuestro idioma.

Deseamos tener una constancia de asistencia y participación de este Primer Congreso para poder presentarnos ante las autoridades de la comunidad, así podremos solicitar apoyo

²⁰² Instituto Lingüístico de Verano.

para realizar asambleas comunitarias, compartir los conocimientos adquiridos en el Congreso y hacer la promoción de nuestra medicina.

Solicitamos se nos apoye para hacer más reuniones como ésta de Oaxtepec, para así poder intercambiar plantas medicinales, experiencias y hacer uso de acuerdos de trabajo.

Para nuestra capacitación y la participación comunitaria

Nos capacitaremos a nosotros mismos y luego a la población, pues sabemos que sólo promoviendo la participación comunitaria puede fomentarse el desarrollo de la salud familiar. Nos acercaremos a los abuelitos para que nos enseñen lo que ellos saben y enseñaremos a los jóvenes y a otras personas que quieran aprender para no perder la costumbre de curar a los enfermos. Encauzaremos a los jóvenes a respetar nuestra medicina, la que podemos y queremos enseñar a quienes tengan voluntad de aprenderla, para que la tradición no se pierda. Todo esto se puede hacer si tenemos apoyo para construir escuelas de medicina y locales para la atención de nuestros pacientes, con el apoyo y asesoría de alguna dependencia o institución.

Atenderemos y cuidaremos a las embarazadas y les enseñaremos la preparación de sueros caseros y suero oral para cuando sus niños se enfermen de diarrea.

Pedimos al Presidente de la República que aparezcan en los libros de la escuela primaria temas sobre medicina indígena, pues creemos que se debe de enseñar lo que sabemos.

Es importante que los libros de medicina indígena los hagamos los médicos indígenas y no sólo los antropólogos pues muchas veces no se sabe con qué fin hacen sus investigaciones.

Mediante asambleas comunitarias haremos la promoción de la medicina indígena y programas de actividades para transmitir nuestros conocimientos en comunidades marginadas donde no hay doctor; ahí se harán juntas para acordar que trabajos haremos y se formarán comités para desarrollar la medicina tradicional.

Para fortalecer nuestra herbolaria

Que se legalice el cultivo de nuestras plantas medicinales y se respeten los lugares sagrados donde algunas de ellas crecen solas. Sembraremos plantas medicinales en nuestras casas y en lugares del pueblo para tener nuestros jardines botánicos de plantas medicinales, para así poder conocer más plantas, identificarlas y con ellas formar farmacias comunitarias de campo, es decir, locales donde puedan resguardarse las plantas, semillas, raíces a disposición de las gentes de las comunidades.

También podrían construirse jardines botánicos comunitarios, con canales de riego e instalaciones que permitan el cultivo de todo tipo de plantas medicinales, para que no desaparezcan nuestras plantas en todo México.

Se nos debe enseñar a utilizar las plantas medicinales que no conocemos y que los doctores nos enseñen otras formas de curar y a utilizar la medicina de patente para los casos de emergencia que se nos presenten. En las farmacias comunitarias de campo, podríamos tener medicinas de plantas y de patente.

Creemos que se pueden imprimir folletos y libros sobre plantas medicinales por lo que solicitamos que cada estado publique la información sobre nuestras plantas medicinales.

Para el reconocimiento y legalización

Que se nos compruebe nuestra capacidad y conocimientos para que el Presidente reconozca nuestro ejercicio dentro de la Constitución Política, para que se legalice la medicina indígena y así seamos reconocidos por Salubridad y los gobiernos estatales. Que se otorguen presupuestos para la medicina indígena, y que el INI, la SSA, el IMSS y otras instituciones reconozcan dentro de sus estatutos a los médicos y a la medicina indígena, para así poder participar con nuestra opinión cuando se hagan los programas de salud a nivel municipal y estatal. No vemos ninguna razón para que en las clínicas de IMSS-Solidaridad o las de Salubridad no seamos bien aceptados, respetando nuestras costumbres y tradiciones.

Necesitamos se nos dé un expediente, certificado, diploma o credencial con el que nos podamos identificar por especialidad para eliminar a charlatanes o suplantadores.

Por otra parte, también queremos que se nos apoye para construir casas de consulta, clínicas y hospitales donde nosotros, por especialidad, atenderemos a los enfermos, con asesoría de alguna dependencia. Que se haga un documento donde se solicite la legalización de la medicina indígena, que consigamos la firma de los representantes de los médicos tradicionales de todo el país y lo entreguemos al Presidente de la República, a los diputados, senadores y gobernadores.

Para nuestra organización

Queremos tener un censo de médicos indígenas para así conocer e invitar a más curanderos a participar con nosotros y que se organice otro congreso nacional para intercambiar conocimientos y consolidar la organización.

Los cursos, congresos, encuentros, reuniones y otros eventos regionales o nacionales deben ser calendarizados.

Nos organizaremos con los pueblos cercanos, donde se deben nombrar representantes avalados con firma y sellos de la comunidad o el municipio.

Convocaremos a más reuniones para consolidar las organizaciones que ya existen y formar otras nuevas, donde nombraremos a nuestros representantes.

Aportaremos una pequeña cantidad de lo que cobramos por curar, para crear el fondo de la organización.

Como parte de nuestros propósitos queremos lograr el reconocimiento y legalización de nuestras organizaciones de nivel local, estatal y nacional; la de mayor nivel, debe procurarse que tenga un comité nacional.

Debemos crear una organización de médicos indígenas que no dependa de nadie y preguntarnos ¿hasta donde es posible que el gobierno apoye a los médicos indígenas sin crear dependencia? Las instituciones deben dar asesoría y recursos económicos de los que tiene el gobierno, pues creemos que debemos tener una compensación por tantos años de trabajo. Todos los curanderos debemos reconocernos como hermanos, para seguir trabajando juntos.

Nosotros que hablamos con Dios para curar, también podemos hablar con el Presidente para plantearle nuestras necesidades y demandas. Vamos a constituir una organización nacional que incluso se relacione con los médicos tradicionales de otros países.

Acuerdos

1. Hacer un directorio o censo de participantes y de todos los médicos indígenas del país, para saber cuantos somos y dónde estamos.

2. Hacer una propuesta de ley ante el Congreso de la Unión que nos apoye jurídicamente para ejercer nuestra medicina.

3. Que se nos apoye en la formación de un Centro de Desarrollo de la Medicina

Indígena Nacional, que debe ser un centro que responda a las propias organizaciones y que sirva para comunicarnos y fortalecernos, así también formar varios Centros Regionales para el desarrollo de nuestra medicina.

Tenemos que formar una comisión de integrantes de este Primer Congreso para llevar este documento resolutivo final firmado por todos, al Presidente de la República, con copia a la Secretaría de Salud. Este documento ya firmado será nuestra arma para defendernos, así comprobaremos nuestra participación y organización en este congreso.

Oaxtepec, Morelos, 6 de diciembre de 1989

B. DOCUMENTO DE PATZCUARO, 1990

Reunidos en Pátzcuaro, Michoacán, a cincuenta años del Primer Congreso Indigenista Interamericano, celebrado en esta misma ciudad, y a un año del Primer Congreso Nacional de Médicos Indígenas, realizado en Oaxtepec, Morelos, los abajo firmantes, representantes de más de 23 organizaciones y grupos de médicos indígenas, instituciones y personas en los individual, hemos desglosado y debatido el tema del *Reconocimiento y Legalización de la Medicina Tradicional*, convocados por el Instituto Nacional Indigenista.

A medio siglo del debate que marcó el inicio de la política indigenista en todo el continente, y a un año del primer congreso que ha logrado reunir el número más alto de médicos indígenas que se haya registrado, marcando una nueva etapa en la discusión de los problemas de salud en el país así como en la participación de los médicos y la medicina tradicional, deseamos hacer de su conocimiento.

Quiénes somos

Que las organizaciones de médicos indígenas somos asociaciones de servicio y atención a la salud en nuestras comunidades y regiones, y que agrupamos hoy a un total aproximado de dos mil personas que estamos en la búsqueda de la consolidación, asociación y apoyo en la formación de nuevas agrupaciones, ahí donde todavía no existen.

Que tenemos el reconocimiento y apoyo de nuestras autoridades municipales y tradicionales así como el de nuestra comunidad para atender los problemas de enfermedad, alcanzando algunos de nosotros un reconocimiento a nivel nacional.

Pero entonces, ¿por qué los médicos tradicionales necesitamos hoy ser reconocidos? ¿No acaso hemos dicho que gozamos del reconocimiento de nuestras comunidades y de nuestra gente? Sí, pero al mismo tiempo, el conocimiento científico médico de las universidades y el sistema nacional de salud han venido a desprestigiar nuestras prácticas, lo que ha provocado que la planificación y el desarrollo se lleven a cabo sólo en función de la medicina oficial, ignorando, desplazando o marginando a la medicina tradicional y a la medicina doméstica.

Que una de las tres resoluciones del Primer Congreso Nacional de Médicos Indígenas en Oaxtepec, fue la de luchar por el reconocimiento y la legalización, lo cual hemos tratado de profundizar y avanzar en este seminario.

Que en todas nuestras organizaciones se están llevando a cabo diferentes actividades que redundan en la salud y el bienestar de nuestros pueblos. Con esto nos referimos a la formación de jardines botánicos, viveros, farmacias comunitarias, casas de salud, clínicas, preparación y conservación de medicamentos, colectas botánicas y recetas, así como el registro de padecimientos tratados por los agremiados.

Independientemente de la disposición de los servicios médicos oficiales, las parteras siguen atendiendo la mayoría de los nacimientos en las comunidades y rancherías, lo que da testimonio de la utilidad de nuestras prácticas médicas y de la eficacia de las plantas.

Nuestro interés es hacerle saber al gobierno y a las instituciones de la urgencia de atender nuestras necesidades para el cuidado de la salud de nuestros pueblos, por lo que:

Solicitamos

Contar con una mayor participación así como con apoyo económico para fomentar la producción de plantas medicinales a nivel comunitario, ya que pretendemos gestionar créditos para la comercialización e incluso exportación de nuestras plantas y, desde luego, la elaboración de nuestros propios medicamentos.

Restringir el uso de plaguicidas y herbicidas en los cultivos y detener la destrucción de los bosques y la contaminación de los ríos y manantiales que están acabando con nuestros recursos naturales, deteriorando la salud física y mental de nuestros pueblos.

Evitar el saqueo de nuestras plantas medicinales y de otros recursos naturales, por extranjeros que las utilizan para la elaboración de productos químicos.

Reducir la tasa de los impuestos, considerando que atendemos a una población de escasos recursos.

Otorgar permisos para transportar y utilizar algunas plantas que se consideran prohibidas pero que son muy necesarias en nuestras prácticas de curación, apelando al Artículo 235 de la Ley General de Salud.

Contar con locales para llevar a cabo las prácticas de curación y tener ahí mismo farmacias comunitarias y, por último, abrir centros de capacitación en salud, a nivel nacional, donde podamos recibir nuevos conocimientos y enseñar los nuestros, de acuerdo al Artículo 90 de la Ley General de Salud.

Buscamos formas de coordinación con la medicina institucional, para tener apoyo en la canalización de pacientes, entre otros fines.

Programa de trabajo

Hasta ahora hemos trabajado en la formación de nuestras organizaciones de médicos indígenas y tenemos interés en continuar creciendo, por lo que debemos apoyarnos entre nosotros y buscar formas de financiamiento a través de la relación con organizaciones productivas.

Buscar apoyos institucionales para la obtención de fondos económicos que financien nuestras actividades.

Nos comprometemos a efectuar un recuento de nuestras plantas y recursos terapéuticos para difundirlos y demostrar nuestro conocimiento en beneficio de la salud.

Nosotros, como médicos tradicionales, podemos y haremos una iniciativa de ley, con la asesoría de juristas, en apoyo a la medicina tradicional, en base a la cultura de cada región, su idioma, religión y costumbre. Presentaremos este planteamiento a través de una carta dirigida a los senadores, diputados y al Presidente de la República, donde se expongan las reivindicaciones.

ciones generales por las que luchan nuestros pueblos, en relación con el territorio, la lengua, el derecho ancestral, etc.

Que las organizaciones puedan decidir el nombramiento de los médicos indígenas, posteriormente las autoridades municipales y por último gestionar el reconocimiento estatal y federal. Vamos a formar un Comité Nacional de Médicos Indígenas que estará integrado por representantes de todos los Estados, interesando a las autoridades e instituciones de salud sobre el trabajo que desarrollamos e invitándolos a los foros y reuniones que realizamos.

Nosotros mismos debemos depurar la práctica de nuestra medicina. Muchas veces se nos confunde con los charlatanes que se hacen pasar por curanderos. Charlatanes para nosotros son aquellas personas que engañan a la gente con fines lucrativos, ofrecen en venta medicamentos sin tomar en cuenta la salud y la economía de la comunidad.

Debemos tener normas y leyes internas, elaboradas por nuestras organizaciones, y que no se nos impongan normas que no entendemos. Queremos que se respete nuestra experiencia ancestral en la atención a la salud. Que el trabajo con la medicina oficial sea coordinado y no subordinado.

Nosotros como médicos tradicionales estamos predestinados para curar, diagnosticando y atendiendo a los enfermos con responsabilidad y utilizando todos los recursos que están a nuestro alcance, sin sujetarnos a horarios ni percibir un salario, aún cuando tenemos auxiliares y aprendices.

Se nos propone que seamos auxiliares de fomento a la salud, pero ésta es una profesión diferente; el auxiliar de fomento a la salud depende de normas institucionales, tiene horario de trabajo, labora determinados días y percibe compensación. Cumple los programas sin analizarlos, dispone de pocos medicamentos, no tiene capacidad para diagnosticar ni curar porque sus conocimientos son limitados.

Los médicos tradicionales no deseamos pertenecer a una institución de salud como auxiliares, queremos ser una organización independiente al cuidado de la salud.

Esta reunión sobre Reconocimiento y Legalización de la Medicina Tradicional, nos ha permitido dialogar sobre el problema de la medicina y de la ley. No queremos que sea la última. Al formar la Comisión Nacional que decidimos ayer, llevaremos el mensaje a los otros médicos indígenas y, sobre todo, a las comunidades que luchan cada día contra la enfermedad y la pobreza, buscando una vida más sana y mejor para todos.

Pátzcuaro, Michoacán, 6 de diciembre de 1990

C. COMUNICADO OFICIAL DE LA SECRETARIA DE SALUD SOBRE LA MEDICINA TRADICIONAL, 1994

DEPENDENCIA: DIRECCION GENERAL DE REGULACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD. DIRECCION DE NORMAS DE ATENCION PRIMARIA Y MED. FAM.

EXPEDIENTE: 204/ 004947

ASUNTO: Comunicado oficial

México, D.F. a 17 agosto 1994

El afán de poder lograr la meta "Salud para todos en el año 2000", sumado al reconocimiento en toda su magnitud de la problemática de los pueblos indígenas del país, el Estado Mexicano ha reflejado su gran preocupación al definir políticas y planes de acción perfilados en varios órdenes, tal es el caso de la suscripción al Convenio 167 [sic] de la OIT, de la promoción y protección de los pueblos indígenas a través del Art. 4º Constitucional, la incorporación de la Medicina Tradicional al Programa Nacional de Salud 1989-1994 así como las precisas indicaciones del C. Secretario de Salud Dr. Jesús Kumate Rodríguez al titular de la Dirección General de Regulación de los Servicios de Salud en el año de 1990 de respetar para fines de trabajo, la clasificación mexicana siguiente:

Medicina Tradicional:

- Parteras
- Herbolaria
- Curanderos

Medicinas Paralelas:

- Homeopatía
- Acupuntura
- Quiropráctica

Y ante la necesidad de consolidar el proceso, la Secretaría de Salud reitera sus relaciones de trabajo con carácter oficial a los grupos identificados siguientes:

Medicina Tradicional

*Consejo Nacional de Médicos Indígenas tradicionales (CONAMIT), (Interlocutor)
Instituto Nacional Indigenista (INI) (Coordinación oficial).
Academia Mexicana de Medicina Tradicional, A.C. (A.M.M.T.A.C.), (Coordinación).

Medicinas Paralelas

Homeopatía Consejo Consultivo Nacional Médico Homeopático, A.C., (Coordinación).
Acupuntura Asociación Mexicana de Asociaciones y Sociedades de Acupuntura (AMASA), (Coordinación).
Quiropráctica Colegio de Profesionistas Científico-Quiroprácticos de México, A.C., (Coordinación).

Es pertinente señalar, que la Secretaría de Salud se reserva el derecho de tratar con cada organización, lo relativo exclusivamente al campo de acción citado en el presente y de ningún otro, a pesar de que exista afinidad.

Hago hincapié en que, si bien la vigente Ley General de Salud, en sus artículos 78, 79, 80, 82 y 83 no reconoce algunas prácticas, el Reglamento en Materia de Prestaciones de servicios de Atención Médica confiere la capacidad jurídica a la Secretaría de Salud, sobre el reconocimiento del personal no profesional autorizado por las dependencias competentes, para ejercer como tales, en los términos del artículo 102 de dicho Reglamento.

Por tal circunstancia, y en base al ordenamiento, la Secretaría de Salud considera en forma actual y estricta a las prácticas ya mencionadas, quedando inhabilitada toda práctica o modalidad no asentada en la clasificación mencionada.

Lo anterior y dentro de los lineamientos jurídicos de la Secretaría de Salud, para el total apego y cumplimiento.

ATENTAMENTE
SUFRAGIO EFECTIVO, NO REELECCION.

EL DIRECTOR GENERAL.

(Rúbrica)

DR. EDUARDO DE GORTARI GOROSTIZA

D. RESOLUCION SUPREMA 198771 (18 de enero de 1984) QUE RECONOCE LA PERSONALIDAD JURIDICA DE LA SOCIEDAD BOLIVIANA DE MEDICINA TRADICIONAL

Vistos y considerando:

La solicitud formulada por la SOCIEDAD BOLIVIANA DE MEDICINA TRADICIONAL, sobre reconocimiento de personalidad jurídica y aprobación de sus estatutos.

Que con domicilio legal en la ciudad de La Paz, fue fundada la SOCIEDAD BOLIVIANA DE MEDICINA TRADICIONAL, como una institución que no persigue fines de lucro, sino tiene como objetivos, promover el mejoramiento cultural de los socios, estimular las actividades científicas; así como defender la medicina milenaria contra los perjuicios existentes.

Que el derecho de libre reunión y asociación de personas para el ejercicio de actividades que no sean contrarias a la seguridad del Estado Boliviano y a las leyes secundarias, se halla consagrado y establecido por la atribución c) del Art. 7 de la Constitución Política del Estado.

Que el contenido de los estatutos no se oponen al Código de Salud, ni a las leyes y reglamentos de la Legislación Sanitaria, ni a las buenas costumbres del país; habiéndose dado cumplimiento a los requisitos exigidos por el Art. 58 del Código Civil y con el dictamen positivo del Fiscal de Gobierno.

SE RESUELVE:

Reconocer la Personalidad Jurídica de la SOCIEDAD BOLIVIANA DE MEDICINA TRADICIONAL y aprobar sus estatutos en sus seis capítulos, veinticinco artículos, y su reglamento en once artículos de que constan, conforme el testimonio No 91 protocolizado en la Notaría de Gobierno de la Ciudad de La Paz,

Regístrese, hágase saber y archívese.

FDO. HERNAN SILES ZUAZO
PRESIDENTE CONSTITUCIONAL DE LA REPUBLICA

FDO. JAVIER TORRES GOITIA
MINISTRO DE PREVISION SOCIAL Y SALUD PUBLICA

E. ►ARTÍCULO PRIMERO DE LA CONSTITUCIÓN DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS.

En los Estados Unidos Mexicanos todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en esta Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte, así como de las garantías para su protección, cuyo ejercicio no podrá restringirse ni suspenderse, salvo en los casos y bajo las condiciones que esta Constitución establece.

► ARTÍCULO SEGUNDO DE LA CONSTITUCIÓN DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS.

La Nación Mexicana es única e indivisible.

La Nación tiene una composición pluricultural sustentada originalmente en sus pueblos indígenas que son aquellos que descienden de poblaciones que habitaban en el territorio actual del país al iniciarse la colonización y que conservan sus propias instituciones sociales, económicas, culturales y políticas, o parte de ellas. (...)

B. III. Asegurar el acceso efectivo a los servicios de salud mediante la ampliación de la cobertura del sistema nacional, aprovechando debidamente la medicina tradicional (...)

► REFORMAS A LA LEY GENERAL DE SALUD. Diario Oficial de la Federación (19 SEPTIEMBRE 2006)

DECRETO por el que se reforman y adicionan diversas disposiciones de la Ley General de Salud.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Presidencia de la República.

VICENTE FOX QUESADA, Presidente de los Estados Unidos Mexicanos, a sus habitantes sabed:

Que el Honorable Congreso de la Unión, se ha servido dirigirme el siguiente

DECRETO

“EL CONGRESO GENERAL DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, DECRETA:

SE REFORMAN Y ADICIONAN DIVERSAS DISPOSICIONES DE LA LEY GENERAL DE SALUD.

Artículo Único. Se reforman los Artículos 10, párrafo primero; 11, párrafo primero y la fracción I; 27, fracción X; 54; 106; 393, segundo párrafo y 403, segundo párrafo, y se adicionan los Artículos, 3o., con una fracción IV Bis; 6o. con las fracciones IV Bis y VI Bis; 67, con un último párrafo; 93, con un segundo párrafo y 113, con un segundo párrafo de la Ley General de Salud, para quedar como sigue:

Artículo 3o.- En los términos de esta Ley, es materia de salubridad general:

I. a IV.

IV Bis. El programa de nutrición materno-infantil en los pueblos y comunidades indígenas; V. a XXX.

Artículo 60.- El sistema nacional de salud tiene los siguientes objetivos:

I. a IV.

IV Bis. Impulsar el bienestar y el desarrollo de las familias y comunidades indígenas que propicien el desarrollo de sus potencialidades político sociales y culturales; con su participación y tomando en cuenta sus valores y organización social;

V. y VI.

VI Bis. Promover el conocimiento y desarrollo de la medicina tradicional indígena y su práctica en condiciones adecuadas;

VII. y VIII.

Artículo 10. La Secretaria de Salud promoverá la participación, en el sistema nacional de salud, de los prestadores de servicios de salud, de los sectores público, social y privado, de sus trabajadores y de los usuarios de los mismos, así como de las autoridades o representantes de las comunidades indígenas, en los términos de las disposiciones que al efecto se expidan.

Artículo 11. La concertación de acciones entre la Secretaria de Salud y las autoridades de las comunidades indígenas, los integrantes de los sectores social y privado, se realizará mediante convenios y contratos, los cuales se ajustarán a las siguientes bases:

I. Definición de las responsabilidades que asuman las partes;

II. a IV.

Artículo 27. Para los efectos del derecho a la protección de la salud, se consideran servicios básicos de salud los referentes a:

I. a IX.

X. La asistencia social a los grupos más vulnerables y, de éstos, de manera especial, a los pertenecientes a las comunidades indígenas.

Artículo 54. Las autoridades sanitarias competentes y las propias instituciones de salud, establecerán procedimientos de orientación y asesoría a los usuarios sobre el uso de los servicios de salud que requieran, así como mecanismos para que los usuarios o solicitantes presenten sus quejas, reclamaciones y sugerencias respecto de la prestación de los servicios de salud y en relación a la falta de probidad, en su caso, de los servidores públicos. En el caso de las poblaciones o comunidades indígenas las autoridades sanitarias brindarán la asesoría y en su caso la orientación en español y en la lengua o lenguas en uso en la región o comunidad.

Artículo 67.

En materia de planificación familiar, las acciones de información y orientación educativa en las comunidades indígenas deberán llevarse a cabo en español y en la lengua o lenguas indígenas en uso en la región o comunidad de que se trate.

Artículo 93.

De la misma manera reconocerá, respetará y promoverá el desarrollo de la medicina tradicional indígena. Los programas de prestación de la salud, de atención primaria que se desarrollan en comunidades indígenas, deberán adaptarse a su estructura social y administrativa,

así como su concepción de la salud y de la relación del paciente con el médico, respetando siempre sus derechos humanos.

Artículo 106. Las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, los gobiernos de las entidades federativas, los municipios y las autoridades de las comunidades indígenas cuando proceda, así como las personas físicas y morales de los sectores social y privado, que generen y manejen la información a que se refiere el artículo 104 de esta ley, deberán suministrarla a la Secretaría de Salud, con la periodicidad y en los términos que ésta señale, para la elaboración de las estadísticas nacionales para la salud.

Artículo 113.

Tratándose de las comunidades indígenas, los programas a los que se refiere el párrafo anterior, deberán difundirse en español y la lengua o lenguas indígenas que correspondan.

Artículo 393.

La participación de las autoridades municipales y de las autoridades de las comunidades indígenas, estará determinada por los convenios que celebren con los gobiernos de las respectivas entidades federativas y por lo que dispongan los ordenamientos locales.

Artículo 403.

La participación de los municipios y de las autoridades de las comunidades indígenas estará determinada por los convenios que celebren con los gobiernos de las respectivas entidades federativas y por lo que dispongan los ordenamientos locales.

TRANSITORIO

Artículo Único. El presente Decreto entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

México, D.F., a 26 de abril de 2006.- Dip. **Marcela González Salas P.**, Presidenta.- Sen. **Enrique Jackson Ramírez**, Presidente.- Dip. **Ma. Sara Rocha Medina**, Secretaria.- Sen. **Micaela Aguilar González**, Secretaria.- Rúbricas.”

En cumplimiento de lo dispuesto por la fracción I del Artículo 89 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y para su debida publicación y observancia, expido el presente Decreto en la Residencia del Poder Ejecutivo Federal, en la Ciudad de México, Distrito Federal, a los doce días del mes de septiembre de dos mil seis.- **Vicente Fox Quesada.**- Rúbrica.- El Secretario de Gobernación, **Carlos María Abascal Carranza.**- Rúbrica.

(Primera Sección) DIARIO OFICIAL Martes 19 de septiembre de 2006

F. ARTÍCULOS SOBRE SALUD Y MEDICINAS INDÍGENAS EN LA DECLARACIÓN DE NACIONES UNIDAS SOBRE LOS DERECHOS DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS. (7 DE SEPTIEMBRE 2007)

Artículo 23

Los pueblos indígenas tienen derecho a determinar y a elaborar prioridades y estrategias para el ejercicio de su derecho al desarrollo. En particular, los pueblos indígenas tienen derecho a participar activamente en la elaboración y determinación de los programas de salud, vivienda y demás programas económicos y sociales que les conciernen y, en lo posible, a administrar esos programas mediante sus propias instituciones.

Artículo 24

Los pueblos indígenas tienen derecho a sus propias medicinas tradicionales y a mantener sus prácticas de salud, incluida la conservación de sus plantas, animales y minerales de interés vital desde el punto de vista médico. Las personas indígenas también tienen derecho de acceso, sin discriminación alguna, a todos los servicios sociales y de salud.

G. ARTÍCULOS DE LA NUEVA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL ESTADO BOLIVIANO, REFERIDOS A LA INTERCULTURALIDAD Y LA MEDICINA TRADICIONAL, VIGENTE DESDE EL 7 DE FEBRERO DE 2009

Artículo 1

Bolivia se constituye en un Estado Unitario Social de Derecho Plurinacional Comunitario, libre, independiente, soberano, democrático, intercultural, descentralizado y con autonomías. Bolivia se funda en la pluralidad y el pluralismo político, económico, jurídico, cultural y lingüístico, dentro del proceso integrador del país.

Artículo 5

I. Son idiomas oficiales del Estado el castellano y todos los idiomas de las naciones y pueblos indígena originario campesinos, que son el aymara, araona, baure, bésiro, canichana, cavineño, cayubaba, chácobo, chimán, ese ejja, guaraní, guarasu'we, guarayu, itonama, leco, machajuyai-kallawayá, machineri, maropa, mojeño-trinitario, mojeño-ignaciano, moré, mosetén, movima, pacawara, puquina, quechua, sirionó, tacana, tapiete, toromona, uru-chipaya, weenhayek, yaminawa, yuki, yuracaré y zamuco.

DERECHOS FUNDAMENTALES

Artículo 18

I. Todas las personas tienen derecho a la salud.
II. El Estado garantiza la inclusión y el acceso a la salud de todas las personas, sin exclusión ni discriminación alguna.

III. El sistema único de salud será universal, gratuito, equitativo, intracultural, intercultural, participativo, con calidad, calidez y control social. El sistema se basa en los principios de solidaridad, eficiencia y corresponsabilidad y se desarrolla mediante políticas públicas en todos los niveles de gobierno.

DERECHOS DE LAS NACIONES Y PUEBLOS INDÍGENAS ORIGINARIO CAMPESINOS

Artículo 30

I. Es nación y pueblo indígena originario campesino toda la colectividad humana que comparte identidad cultural, idioma, tradición histórica, instituciones, territorialidad y cosmovisión, cuya existencia es anterior a la invasión colonial española.

II.9 A que sus saberes y conocimientos tradicionales, su medicina tradicional, sus idiomas, sus rituales y sus símbolos y vestimentas sean valorados, respetados y promocionados.

DERECHO A LA SALUD Y A LA SEGURIDAD SOCIAL

Artículo 35

I. El Estado, en todos sus niveles, protegerá el derecho a la salud, promoviendo políticas públicas orientadas a mejorar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso gratuito de la población a los servicios de salud.

II. El sistema de salud es único e incluye a la medicina tradicional de las naciones y pueblos indígena originario campesinos.

Artículo 42

I. Es responsabilidad del Estado promover y garantizar el respeto, uso, investigación y práctica de la medicina tradicional, rescatando los conocimientos y prácticas ancestrales desde el pensamiento y valores de todas las naciones y pueblos indígena originario campesinos.

II. La promoción de la medicina tradicional incorporará el registro de medicamentos naturales y de sus principios activos, así como la protección de su conocimiento como propiedad intelectual, histórica, cultural, y como patrimonio de las naciones y pueblos indígena originario campesinos.

Artículo 45

I. Todas las bolivianas y los bolivianos tienen derecho a acceder a la seguridad social.

II. La seguridad social se presta bajo los principios de universalidad, integralidad, equidad, solidaridad, unidad de gestión, economía, oportunidad, interculturalidad y eficacia. Su dirección y administración corresponde al Estado, con control y participación social.

III. El régimen de seguridad social cubre atención por enfermedad, epidemias y enfermedades catastróficas; maternidad y paternidad; riesgos profesionales, laborales y riesgos por labores de campo; discapacidad y necesidades especiales; desempleo y pérdida de empleo; orfandad, invalidez, viudez, vejez y muerte; vivienda, asignaciones familiares y otras previsiones sociales.

IV. El Estado garantiza el derecho a la jubilación, con carácter universal, solidario y equitativo.

V. Las mujeres tienen derecho a la maternidad segura, con una visión y práctica intercultural; gozarán de especial asistencia y protección del Estado durante el embarazo, parto y en los periodos prenatal y posnatal.

VI. Los servicios de seguridad social pública no podrán ser privatizados ni concesionados.

EDUCACIÓN, INTERCULTURALIDAD Y DERECHOS CULTURALES

Artículo 78

I. La educación es unitaria, pública, universal, democrática, participativa, comunitaria, descolonizadora y de calidad.

II. La educación es intracultural, intercultural y plurilingüe en todo el sistema educativo.

Artículo 79

La educación fomentará el civismo, el diálogo intercultural y los valores ético morales. Los valores incorporarán la equidad de género, la no diferencia de roles, la no violencia y la vigencia plena de los derechos humanos.

Artículo 91

I. La educación superior desarrolla procesos de formación profesional, de generación y divulgación de conocimientos orientados al desarrollo integral de la sociedad, para lo cual tomará en cuenta los conocimientos universales y los saberes colectivos de las naciones y pueblos indígena originario campesinos.

II. La educación superior es intracultural, intercultural y plurilingüe, y tiene por misión la formación integral de recursos humanos con alta calificación y competencia profesional;

Artículo 99

I. El patrimonio cultural del pueblo boliviano es inalienable, inembargable e imprescriptible. Los recursos económicos que generen se regularán por la ley, para atender prioritariamente a su conservación, preservación y promoción.

Artículo 101

I. Es patrimonio de las naciones y pueblos indígena originario campesinos las cosmovisiones, los mitos, la historia oral, las danzas, las prácticas culturales, los conocimientos y las tecnologías tradicionales. Este patrimonio forma parte de la expresión e identidad del Estado.

II. El Estado protegerá los saberes y los conocimientos mediante el registro de la propiedad intelectual que salvaguarde los derechos intangibles de las naciones y pueblos indígena originario campesinos y las comunidades interculturales y afrobolivianas.

H).- LEY N° 459 SOBRE MEDICINA TRADICIONAL ANCESTRAL BOLIVIANA

LEY DE 19 DE DICIEMBRE DE 2013

ALVARO GARCÍA LINERA

PRESIDENTE EN EJERCICIO DEL ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA

Por cuanto, la Asamblea Legislativa Plurinacional, ha sancionado la siguiente Ley:

LA ASAMBLEA LEGISLATIVA PLURINACIONAL,

DECRETA :

LEY DE MEDICINA TRADICIONAL ANCESTRAL BOLIVIANA

TÍTULO I**DISPOSICIONES GENERALES****CAPÍTULO PRIMERO****OBJETO, ALCANCE Y ÁMBITO DE APLICACIÓN**

ARTÍCULO 1° (OBJETO).- La presente Ley tiene por objeto:

Regular el ejercicio, la práctica y la articulación de la medicina tradicional ancestral boliviana, en el Sistema Nacional de Salud.

Regular la estructura, organización y funcionamiento de las instancias asociativas, consultivas, formativas y de investigación; y los derechos y deberes de las usuarias y los usuarios de la medicina tradicional ancestral boliviana en todas sus formas, modalidades y procedimientos terapéuticos.

Promover y fortalecer el ejercicio y la práctica de la medicina tradicional ancestral boliviana.

ARTÍCULO 2° (ALCANCE).- La presente Ley alcanza:

A las médicas y médicos tradicionales, guías espirituales, parteras, parteros y naturistas que ejercen su actividad individual fuera del ámbito territorial de las naciones y pueblos indígena originario campesinos y afrobolivianos.

A las médicas y médicos tradicionales, guías espirituales, parteras, parteros y naturistas reconocidos como parte de una nación o pueblo indígena originario campesino y afroboliviano, que ejercen su actividad en su ámbito territorial, en el marco de los derechos colectivos reconocidos en la Constitución Política del Estado y la normativa vigente.

ARTÍCULO 3° (ÁMBITO DE APLICACIÓN).- La presente Ley tiene como ámbito de aplicación a los órganos del nivel nacional, las entidades territoriales autónomas y las instancias asociativas, consultivas, formativas y de investigación de la medicina tradicional ancestral boliviana.

CAPÍTULO SEGUNDO PRINCIPIOS Y DEFINICIONES

ARTÍCULO 4° (PRINCIPIOS).- La presente Ley, se rige por los siguientes principios:

Ama Qhilla, Ama Llulla y Ama Suwa (no seas flojo, no seas mentiroso, ni seas ladrón), jan Jairamti, jan q'arimti, jan lunthatamti.

Ayni, por el que las médicas y los médicos tradicionales ancestrales bolivianos, deben practicar la reciprocidad para ayudarnos unos con otros.

Taypi, es el encuentro de conocimientos y saberes de las médicas y los médicos tradicionales, a través de la práctica de la reciprocidad, de las naciones y pueblos indígena originario campesinos y afrobolivianos.

Suma Qamaña, Nandereko, Teko Kavi, Ivi Maraei, Qhapaj Ñan, como principios ético-morales del “Vivir Bien” en la sociedad plural, asumidos en el ejercicio y la práctica de la medicina tradicional ancestral.

Equilibrio, como ente rector de la vida y salud vital, es una relación estrecha de la persona con la sociedad, con el medio ambiente, la naturaleza y el cosmos.

Complementariedad, es el apoyo mutuo para conseguir un objetivo común con la práctica de la intra e interculturalidad.

Honestidad, es una expresión ética de la calidad humana, es decir la verdad todo el tiempo, es el simple respeto a la verdad, implica la relación entre las personas y los demás, y de la persona consigo mismo.

El trabajo comunitario, es el que se realiza en forma complementaria entre las entidades del Estado, médicas y médicos tradicionales, y entidades autónomas territoriales y organismos de cooperación, para el desarrollo y fortalecimiento de la medicina tradicional ancestral.

Interés social, como el ejercicio y práctica de la medicina tradicional ancestral boliviana en beneficio social, colectivo, comunitario, sin interés lucrativo ni de mercantilización.

ARTÍCULO 5º (DEFINICIONES).- A efectos de la aplicación de la presente Ley, se entiende por:

Medicina tradicional ancestral boliviana. Es un conjunto de conceptos, conocimientos, saberes y prácticas milenarias ancestrales, basadas en la utilización de recursos materiales y espirituales para la prevención y curación de las enfermedades, respetando la relación armónica entre las personas, familias y comunidad con la naturaleza y el cosmos, como parte del Sistema Nacional de Salud.

Médicas y Médicos tradicionales ancestrales. Son las personas que practican y ejercen, en sus diferentes formas y modalidades, la medicina tradicional ancestral boliviana, recurriendo a procedimientos terapéuticos tradicionales, acudiendo a las plantas, animales, minerales, terapias espirituales y técnicas manuales, para mantener y preservar el equilibrio de las personas, la familia y la comunidad para el “Vivir Bien”.

Guías espirituales de las naciones y pueblos indígena originario campesinos y afrobolivianos. Son las mujeres y los hombres que practican los fundamentos espirituales, históricos y culturales de los pueblos indígena originarios, en complementariedad con la naturaleza y el cosmos, gozan de reconocimiento como autoridades espirituales en su comunidad y se constituyen en los guardianes para la conservación, reconstitución y restitución de todos los sitios sagrados de la espiritualidad ancestral milenaria.

Partera o partero tradicional. Son las mujeres y los hombres que cuidan y asisten a las mujeres antes, durante y después del parto, y cuidan del recién nacido.

Naturistas. Son las mujeres y los hombres con amplios conocimientos de las plantas medicinales naturales nacionales y otros recursos de la naturaleza de diversas zonas geográficas de Bolivia, que aplican en la prevención y tratamiento de las dolencias y enfermedades.

Ejercicio y práctica de la medicina tradicional ancestral boliviana. Consiste en reconocer, revalorizar y fortalecer los conocimientos, prácticas y saberes de la medicina tradicional ancestral boliviana y las formas de identificar y tratar las enfermedades, haciendo uso de sus métodos y técnicas terapéuticas tradicionales en beneficio de la persona, la familia y la comunidad.

CAPÍTULO TERCERO

PRESTADORES DE SERVICIOS DE LA MEDICINA TRADICIONAL ANCESTRAL BOLIVIANA Y REQUISITOS

ARTÍCULO 6° (PRESTADORES DE SERVICIOS).- Se constituyen en prestadores de servicios de la medicina tradicional ancestral boliviana, las siguientes personas:

Médicas y médicos tradicionales ancestrales.

Guías espirituales de las naciones y pueblos indígena originario campesinos y afrobolivianos.

Parteras y parteros tradicionales.

Naturistas tradicionales.

ARTÍCULO 7° (CLASIFICACIÓN Y REQUISITOS).-

La clasificación por especialidades y sub-especialidades de la medicina tradicional ancestral boliviana, será establecida en la reglamentación de la presente Ley.

Los requisitos para ser reconocidos como prestadores de servicios de la medicina tradicional ancestral boliviana, serán establecidos en la reglamentación de la presente Ley.

CAPÍTULO CUARTO

DERECHOS Y DEBERES DE LAS MÉDICAS Y LOS MÉDICOS TRADICIONALES, GUÍAS ESPIRITUALES DE LAS NACIONES Y PUEBLOS INDÍGENA ORIGINARIO CAMPESINOS Y AFROBOLIVIANOS, PARTERAS, PARTEROS Y NATURISTAS.

ARTÍCULO 8° (DERECHOS).- Las médicas y los médicos tradicionales, guías espirituales de las naciones y pueblos indígena originario campesinos y afrobolivianos, parteras, parteros y naturistas, tienen los siguientes derechos:

Ejercer la práctica de la medicina tradicional ancestral boliviana en forma libre, sin presiones, ni discriminación en todo el territorio del Estado Plurinacional, sin más requisitos que aquellos establecidos por las leyes y normas.

Recibir un trato digno acorde al ejercicio de sus funciones en el Sistema Nacional de Salud.

Percibir una retribución en especie o monetaria acorde a los usos y costumbres de las naciones, pueblos indígena originario campesinos, comunidades interculturales y afrobolivianas.

Respeto a sus criterios para identificar dolencias y enfermedades físicas y espirituales, sus formas, modalidades y procedimientos terapéuticos tradicionales, velando por la salud de la persona, la familia y la comunidad.

Declinar la atención de algún paciente, por razones éticas u otras debidamente justificadas.

Ser reconocido en el ejercicio de sus prácticas, saberes, conocimientos y espiritualidad indígena originaria campesina.

La libre pertenencia a organizaciones del sector de la medicina tradicional ancestral boliviana. Implementar, administrar y poner en funcionamiento centros productivos de plantas medicinales, de acuerdo a reglamentación específica.

Participar en los procesos de investigación científica y tecnológica en los procesos de salud, enfermedad y atención.

Protección intelectual de sus conocimientos ancestrales, individuales y colectivos.

Ser evaluadas o evaluados con criterios propios, establecidos por las mismas médicas o médicos tradicionales, guías espirituales de las naciones y pueblos indígena originario campesinos y afrobolivianos, parteras, parteros y naturistas, en base a parámetros establecidos por el Ministerio de Salud y Deportes, a través del Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad.

A la validez de las certificaciones que emitan sobre tratamientos realizados.

A promover el funcionamiento de laboratorios artesanales, industriales, el comercio, la productividad e investigación de la medicina tradicional ancestral boliviana.

Al respeto, revalorización y protección de los saberes ancestrales, conocimientos tradicionales, creencias, identidad y pertenencia cultural a los símbolos, lugares sagrados, ritualísticos y su cosmovisión andina-amazónica-chaqueña.

ARTÍCULO 9º (DEBERES).- Las médicas y los médicos tradicionales, guías espirituales de las naciones y pueblos indígena originario campesinos y afrobolivianos, parteras, parteros y naturistas, tienen el deber de:

Cumplir con los principios éticos de los pueblos indígena originario campesinos, respecto a sus saberes ancestrales.

Cuidar la vida, la armonía con la Madre Tierra y toda forma de existencia.

Conservar la esencia de la vida, la flora y fauna silvestre, para conocer e identificar el aspecto climático y producción del año.

Registrarse en el Registro Único nacional de médicas y médicos tradicionales, guías espirituales de las naciones y pueblos indígena originario campesinos y afrobolivianos, parteras, parteros y naturistas, a cargo del Ministerio de Salud y Deportes.

Participar articulada y complementariamente con el Sistema Nacional de Salud, en caso de epidemias, desastres y emergencias.

Respetar la decisión de la persona, familia y comunidad, cuando éstos rechacen el tratamiento y/o práctica que se le hubiere indicado.

Brindar atención de medicina tradicional ancestral boliviana, a toda persona que lo solicite, sin distinción alguna y sin más limitaciones que las señaladas por esta Ley y su reglamento.

Informar a la persona, a la familia o a la comunidad, según los casos, sobre el tratamiento o prácticas a realizar, y a las autoridades de salud cuando éstas lo requieran.

Abstenerse de extender certificados alejados de la verdad.

Referir a los pacientes en caso de complicaciones y riesgo a un establecimiento de salud más próximo.

Denunciar el ejercicio ilegal y la mala práctica de la medicina tradicional ancestral boliviana.

Promover espacios de revalorización y encuentro de guías espirituales de las naciones y pueblos indígena originario campesinos y afrobolivianos, para la transmisión de las sabidurías ancestrales.

TÍTULO II

FORTALECIMIENTO Y DESARROLLO DEL EJERCICIO Y PRÁCTICA DE LA MEDICINA TRADICIONAL ANCESTRAL BOLIVIANA

CAPÍTULO PRIMERO

REGISTRO ÚNICO DE LA MEDICINA TRADICIONAL ANCESTRAL BOLIVIANA

ARTÍCULO 10° (REGISTRO ÚNICO DE LA MEDICINA TRADICIONAL ANCESTRAL BOLIVIANA).-

Se crea el Registro Único de la Medicina Tradicional Ancestral Boliviana - RUMETRAB, que tiene por objeto establecer mecanismos de control al ejercicio y la práctica de la medicina tradicional ancestral boliviana.

El Registro Único de la Medicina Tradicional Ancestral Boliviana – RUMETRAB, se encuentra bajo tuición del Ministerio de Salud y Deportes, cuyo procedimiento estará sujeto a reglamentación de la presente Ley.

ARTÍCULO 11° (REGISTRO).-

Las médicas y los médicos tradicionales, guías espirituales, parteras, parteros y naturistas que ejercen su actividad fuera del ámbito territorial de las naciones y pueblos indígena originario campesinos y afrobolivianos, deberán registrarse obligatoriamente en el Registro Único de la Medicina Tradicional Ancestral Boliviana - RUMETRAB para la práctica de la medicina tradicional ancestral, sin el cual no podrán ejercerla.

Las médicas y los médicos tradicionales, guías espirituales, parteras, parteros y naturistas reconocidos como parte de una nación o pueblo indígena originario campesino y afroboliviano, que ejercen su actividad en su ámbito territorial, podrán registrarse a través de sus propios mecanismos de organización, en el registro Único de la Medicina Tradicional Ancestral Boliviana - RUMETRAB.

CAPÍTULO SEGUNDO

ARTICULACIÓN DE LA MEDICINA TRADICIONAL ANCESTRAL BOLIVIANA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

ARTÍCULO 12° (ARTICULACIÓN).- Las entidades territoriales autónomas, en el marco de sus competencias reconocidas en la Constitución Política del Estado, se encuentran facultadas para generar las mejores condiciones de infraestructura, equipamiento y recursos humanos necesarios, destinados a la articulación de la medicina tradicional ancestral boliviana, en los establecimientos de salud y las redes del Sistema Nacional de Salud con enfoque intercultural.

ARTÍCULO 13° (RECURSOS HUMANOS).-

Las médicas y los médicos tradicionales, guías espirituales de las naciones y pueblos indígena originario campesinos y afrobolivianos, parteras, parteros y naturistas, se constituyen en recursos humanos para ser incorporados gradualmente dentro del Sistema Nacional de Salud, en su calidad de prestadores de servicios de la medicina tradicional ancestral.

* Avalado e instalado por la D.G.R.S.S.

Las entidades territoriales autónomas, en aplicación de la Ley N° 031, Ley Marco de Autonomías y Descentralización “Andrés Báñez”, podrán financiar ítems en salud garantizando su sostenibilidad financiera.

El Ministerio de Salud y Deportes, a través del Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad, establecerá políticas relacionadas a recursos humanos de medicina tradicional ancestral boliviana dentro los establecimientos de salud y las redes del Sistema Nacional de Salud.

ARTÍCULO 14° (ACCIONES INTERSECTORIALES).-

El Ministerio de Salud y Deportes, a través del Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad, promoverá la implementación de acciones intersectoriales para el diseño, aplicación y evaluación de estándares e indicadores de interculturalidad en salud.

Las acciones intersectoriales se coordinarán a través del Consejo Nacional de Medicina Tradicional Ancestral Boliviana - CONAMETRAB.

La medicina tradicional ancestral boliviana, formará parte del proyecto de Telesalud para Bolivia, en el marco del ejercicio y práctica de la misma.

CAPÍTULO TERCERO

EDUCACIÓN EN MEDICINA TRADICIONAL ANCESTRAL BOLIVIANA

ARTÍCULO 15° (VALORIZACIÓN DE LAS MÉDICAS Y LOS MÉDICOS TRADICIONALES).-

El Ministerio de Educación, en coordinación con el Ministerio de Salud y Deportes, establecerá los mecanismos necesarios para la valorización de las médicas y los médicos tradicionales, guías espirituales de las naciones y pueblos indígena originario campesinos y afrobolivianos, parteras, parteros y naturistas, en base a las experiencias, prácticas y conocimientos, de acuerdo a reglamentación de la presente Ley.

ARTÍCULO 16° (CENTRO PLURINACIONAL DE SABERES DE MEDICINA TRADICIONAL ANCESTRAL BOLIVIANA).-

Se crea el Centro Plurinacional de Saberes de Medicina Tradicional Ancestral Boliviana, que tiene por objeto la preservación, transmisión, formación, difusión y fortalecimiento de los conocimientos y sabidurías de la medicina tradicional ancestral boliviana.

ARTÍCULO 17° (TRANSMISIÓN DE CONOCIMIENTOS Y SABERES).-

Las médicas y los médicos tradicionales, guías espirituales de las naciones y pueblos indígena originario campesinos y afrobolivianos, parteras, parteros y naturistas con experiencia y acreditación comunitaria, de acuerdo a su cosmovisión podrán transmitir sus conocimientos y saberes sobre el ejercicio y la práctica de la medicina tradicional ancestral boliviana, a los aspirantes a cualquiera de las prácticas, de acuerdo a los usos y costumbres de las naciones y pueblos indígena originario campesinos y afrobolivianos.

ARTÍCULO 18° (ESTADÍSTICA NACIONAL).- El Sistema Nacional de Información de Salud - SNIS, se encargará de la recopilación, clasificación e información de datos obtenidos sobre medicina tradicional ancestral boliviana, con efectos estadísticos nacionales sobre salud.

CAPÍTULO CUARTO

RECURSOS HUMANOS Y ECONÓMICOS DE LA MEDICINA TRADICIONAL ANCESTRAL BOLIVIANA

ARTÍCULO 19° (FINANCIAMIENTO PARA LA PRÁCTICA Y EJERCICIO DE LA MEDICINA TRADICIONAL ANCESTRAL BOLIVIANA).- En el marco del Sistema Nacional de Salud, los recursos económicos destinados para la práctica y ejercicio de la medicina tradicional ancestral boliviana, deberán ser financiados al interior del presupuesto institucional del Ministerio de Salud y Deportes.

ARTÍCULO 20° (FINANCIAMIENTO DE PROYECTOS DE INVERSIÓN).- Las entidades territoriales autónomas, en el marco de sus competencias, están facultadas para programar recursos económicos destinados a la práctica de la medicina tradicional ancestral boliviana, para proyectos de inversión, infraestructura sanitaria, equipamiento, mantenimiento y gestión de programas.

TÍTULO III

CONSEJO NACIONAL DE MEDICINA TRADICIONAL ANCESTRAL BOLIVIANA

CAPÍTULO PRIMERO

CREACIÓN, CONFORMACIÓN Y ATRIBUCIONES

ARTÍCULO 21° (CONSEJO NACIONAL DE MEDICINA TRADICIONAL ANCESTRAL BOLIVIANA - CONAMETRAB).-

Se crea el Consejo Nacional de Medicina Tradicional Ancestral Boliviana - CONAMETRAB, como instancia de apoyo, fortalecimiento, desarrollo y promoción de la medicina tradicional ancestral boliviana e interculturalidad en salud.

El Consejo Nacional de Medicina Tradicional Ancestral Boliviana – CONAMETRAB, estará conformado por los nueve representantes de los Consejos Departamentales de Medicina Tradicional Ancestral Boliviana - CODEMETRAB, federaciones o instancias análogas representantes de las médicas y los médicos tradicionales, guías espirituales de las naciones y pueblos indígena originario campesinos y afrobolivianos, parteras, parteros y naturistas, de acuerdo a la reglamentación de la presente Ley.

La Secretaría Técnica del Consejo Nacional de Medicina Tradicional Ancestral Boliviana – CONAMETRAB, será ejercida por el Ministerio de Salud y Deportes, a través del Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad, en su calidad técnica competente.

ARTÍCULO 22° (ATRIBUCIONES DEL CONSEJO NACIONAL DE MEDICINA TRADICIONAL ANCESTRAL BOLIVIANA - CONAMETRAB).- El Consejo Nacional de Medicina Tradicional Ancestral Boliviana – CONAMETRAB, tiene las siguientes atribuciones:

Elaborar e implementar de manera coordinada, entre todos los niveles de gobierno, planes, programas y proyectos en beneficio de las médicas y los médicos tradicionales, guías espirituales de las naciones y pueblos indígena originario campesinos y afrobolivianos, parteras, parteros y naturistas.

Promover el desarrollo y fortalecimiento de la institucionalidad necesaria para la defensa de los derechos de las médicas y los médicos tradicionales, guías espirituales de las naciones y pueblos indígena originario campesinos y afrobolivianos, parteras, parteros y naturistas. Establecer mecanismos de protección de los derechos de las médicas y los médicos tradicionales, guías espirituales de las naciones y pueblos indígena originario campesinos y afrobolivianos, parteras, parteros y naturistas.

ARTÍCULO 23° (CONSEJOS DEPARTAMENTALES DE MEDICINA TRADICIONAL ANCESTRAL BOLIVIANA - CODEMETRAB).-

Los Servicios Departamentales de Salud y de las Unidades Departamentales de Medicina Tradicional Ancestral, en el marco de sus competencias, tienen la facultad de constituir los Consejos Departamentales de Medicina Tradicional Ancestral Boliviana - CODEMETRAB. Podrán conformar los Consejos Departamentales de Medicina Tradicional Ancestral Boliviana - CODEMETRAB, representantes de federaciones o instancias análogas de las médicas y los médicos tradicionales, guías espirituales de las naciones y pueblos indígena originario campesinos y afrobolivianos, parteras, parteros y naturistas.

Los Consejos Departamentales de Medicina Tradicional Ancestral Boliviana - CODEMETRAB, ejercerán similares funciones que del Consejo Nacional de Medicina Tradicional Ancestral Boliviana - CONAMETRAB, en el ámbito de su jurisdicción respectiva.

CAPÍTULO SEGUNDO

COMISIÓN NACIONAL PERMANENTE DE GUÍAS ESPIRITUALES DE LAS NACIONES Y PUEBLOS INDÍGENA ORIGINARIO CAMPESINOS Y AFROBOLIVIANOS

ARTÍCULO 24° (COMISIÓN NACIONAL PERMANENTE DE GUÍAS ESPIRITUALES DE LAS NACIONES Y PUEBLOS INDÍGENA ORIGINARIO CAMPESINOS Y AFROBOLIVIANOS).- Se crea la Comisión Nacional Permanente de Guías Espirituales de las Naciones y Pueblos Indígena Originario Campesinos y Afrobolivianos, como instancia de apoyo, fortalecimiento, desarrollo y promoción de la espiritualidad, dependiente del Consejo Nacional de Medicina Tradicional Ancestral Boliviana - CONAMETRAB.

ARTÍCULO 25° (FUNCIONAMIENTO).- La composición, atribución y funcionamiento, de la Comisión Nacional Permanente de Guías Espirituales de las Naciones y Pueblos Indígena Originario Campesinos y Afrobolivianos, estará sujeto a reglamentación de la presente Ley.

TÍTULO IV

CONSERVACIÓN Y USO SOSTENIBLE DE LOS RECURSOS DE LA BIODIVERSIDAD CAPÍTULO PRIMERO RECURSOS DE FAUNA, FLORA SILVESTRE, HÍDRICOS Y MINERALES, FARMACOPEA BOLIVIANA DE PLANTAS MEDICINALES

ARTÍCULO 26° (FAUNA, FLORA SILVESTRE, HÍDRICOS Y MINERALES MEDICINALES).- El Estado Plurinacional de Bolivia, la sociedad civil, las organizaciones sociales y las naciones y pueblos indígena originario campesinos y afrobolivianos, promoverán y coadyuvarán con el desarrollo de políticas, planes, programas de protección, conservación, aprovechamiento sostenible y uso racional de la biodiversidad relacionada al ejercicio y la práctica de la medicina tradicional ancestral boliviana.

ARTÍCULO 27° (FARMACOPEA BOLIVIANA).- El Ministerio de Salud y Deportes, a través del Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad y la Unidad de Medicamentos y Tecnología en Salud - UNIMED, se constituyen en responsables del desarrollo de la farmacopea boliviana de plantas medicinales, para la elaboración de programas, planes y proyectos de investigación de las mismas.

ARTÍCULO 28° (LISTADO BÁSICO DE MATERIA PRIMA E INVESTIGACIÓN).- El Ministerio de Salud y Deportes, a través del Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad y la Unidad de Medicamentos y Tecnología en Salud - UNIMED, elaborarán el listado de la materia prima empleada para la elaboración y/o fabricación y/o transformación de los productos naturales tradicionales bolivianos. El Ministerio de Salud y Deportes, a través del Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad y la Unidad de Medicamentos y Tecnología en Salud - UNIMED, promoverán investigaciones, diagnóstico y registro sistematizado del uso, conocimientos y aprovechamiento sustentable en la práctica de la medicina tradicional ancestral boliviana.

CAPÍTULO SEGUNDO

ESTABLECIMIENTOS, VENDEDORES DE PRODUCTOS NATURALES TRADICIONALES BOLIVIANOS

ARTÍCULO 29° (HERBORISTERÍAS DE PRODUCTOS NATURALES TRADICIONALES BOLIVIANOS).-

Se autoriza el funcionamiento de las herboristerías o casa de productos naturales tradicionales bolivianos, en el ámbito público y privado, que expenderán de forma exclusiva los productos naturales tradicionales nacionales y serán atendidas, administradas por las médicas y los médicos tradicionales ancestrales registrados, cuya apertura, instalación y funcionamiento estará sujeto a reglamentación de la presente Ley y a la normativa vigente.

Las herboristerías o casas de productos naturales tradicionales bolivianos, podrán adoptar la denominación de acuerdo al idioma de cada región.

El registro, la vigilancia y control de las herboristerías o casas de productos naturales tradicionales bolivianos, estará a cargo de la Unidad Nacional de Medicamentos - UNIMED, a través de los Servicios Departamentales de Salud - SEDES, conforme a reglamentación de la presente Ley.

La importación y la exportación de materias primas, como ser plantas medicinales, vegetales, animales y minerales, que sirven para realización de productos naturales tradicionales bolivianos, deberán ser reglamentados por la Unidad de Medicamentos y Tecnologías en Salud - UNIMED, para el resguardo de la práctica de la medicina tradicional ancestral boliviana.

ARTÍCULO 30° (CENTROS DE CONSULTA).- Los Servicios Departamentales de Salud - SEDES, en el marco de sus atribuciones, autorizarán la apertura y funcionamiento de los Centros de Consulta de Medicina Tradicional Ancestral Boliviana, asegurando el cumplimiento de los requisitos exigidos según reglamentación de la presente Ley.

ARTÍCULO 31° (LISTA PLURINACIONAL DE PRODUCTOS NATURALES Y TRADICIONALES EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD).-

La Unidad de Medicamentos y Tecnología en Salud - UNIMED, dependiente del Ministerio de Salud y Deportes, elaborará la Lista Plurinacional de Productos Naturales Tradicionales Bolivianos, para garantizar el acceso de estos productos a las entidades estatales del Sistema Nacional de Salud.

La Lista Plurinacional de Productos Naturales Tradicionales Bolivianos Artesanales - LIPAT, es un instrumento que garantiza la adquisición de productos naturales tradicionales nacionales en todo el Sistema Nacional de Salud.

El Ministerio de Salud y Deportes, a través del Sistema Nacional de Salud, incorporará el uso de los productos naturales tradicionales nacionales en la red de servicios de salud, con el apoyo de las médicas y los médicos tradicionales, guías espirituales de las naciones y pueblos indígena originario campesinos y afrobolivianos, parteras, parteros y naturistas.

ARTÍCULO 32° (REGISTRO SANITARIO).-

Todo producto natural tradicional boliviano, debe contar obligatoriamente con Registro Sanitario para su comercialización.

Los preparados individualizados naturales tradicionales nacionales, empleados o utilizados directamente en el paciente por las médicas y los médicos tradicionales, guías espirituales de las naciones y pueblos indígena originario campesinos y afrobolivianos, parteras, parteros y naturistas, no se encuentran sujetos a Registro Sanitario.

La vigilancia y control de la comercialización de los productos naturales tradicionales bolivianos, estará a cargo de la Unidad de Medicamentos y Tecnología en Salud - UNIMED del Ministerio de Salud y Deportes, en coordinación con los Servicios Departamentales de Salud - SEDES.

Se prohíbe la comercialización de productos naturales tradicionales artesanales foráneos a la medicina tradicional ancestral boliviana, introducidos en territorio nacional sin el respectivo Registro Sanitario.

Los laboratorios e industrias farmacéuticas no podrán registrar sus laboratorios y sucursales o agencias, como laboratorios artesanales de productos naturales tradicionales ancestrales bolivianos.

TÍTULO V

EJERCICIO ILEGAL Y MALA PRÁCTICA DE LA MEDICINA TRADICIONAL ANCESTRAL BOLIVIANA CAPÍTULO PRIMERO EJERCICIO ILEGAL Y MALA PRÁCTICA

ARTÍCULO 33° (EJERCICIO ILEGAL).- El ejercicio ilegal de la medicina tradicional ancestral boliviana, es toda actividad realizada por personas que no se encuentren inscritas en

el Registro Único de la Medicina Tradicional Ancestral Boliviana -RUMETRAB, según lo establecido en el Artículo 11 de la presente Ley.

ARTÍCULO 34° (MALA PRÁCTICA).- La mala práctica de la medicina tradicional ancestral boliviana, es la acción u omisión en intervenciones o procedimientos que perjudiquen la salud del paciente, ocasionándole lesiones y/o daños leves, graves o la muerte; producidos por las médicas y los médicos tradicionales, parteras, parteros y naturistas, que será sancionado conforme a la norma aplicable.

CAPÍTULO SEGUNDO

DERECHOS DE LAS USUARIAS Y LOS USUARIOS DE LA MEDICINA TRADICIONAL ANCESTRAL BOLIVIANA

ARTÍCULO 35° (DERECHOS).- Los derechos de las usuarias y los usuarios de la medicina tradicional ancestral boliviana son:

Recibir un trato digno y cordial, respetando sus usos y costumbres.

Recibir información oportuna, completa y veraz, las veces que lo requiera.

Consultar oportunamente y adoptar las medidas preventivas que se aconsejan para evitar enfermedades.

Reclamar o denunciar sobre la mala atención o servicio de las médicas y los médicos tradicionales, guías espirituales de las naciones y pueblos indígena originario campesinos y afrobolivianos, parteras, parteros y naturistas.

A la libre elección de su médica o médico tradicional, partera, partero y naturista.

Ejercer plena autonomía para tomar decisiones sobre su salud, sin presión alguna.

Al tiempo suficiente para una adecuada atención en la medicina tradicional ancestral boliviana.

Consultar a otro profesional en salud o médica o médico tradicional, sobre su estado de salud-enfermedad, en cualquier momento.

ARTÍCULO 36° (DEBERES).- Los deberes de las personas usuarias y usuarios de la medicina tradicional ancestral boliviana son:

a) Respetar las recomendaciones, consejos y orientaciones acerca de los tratamientos indicados por su estado de salud o enfermedad.

b) Brindar trato digno y respetuoso a la médica o al médico tradicional, guía espiritual de las naciones y pueblos indígena originario campesinos y afrobolivianos, parteras, parteros y naturistas.

c) Comunicar de manera veraz y completa sus antecedentes de salud, personales y familiares.

d) Denunciar el ejercicio ilegal y la mala práctica de la medicina tradicional ancestral boliviana.

TÍTULO VI

INFRACCIONES Y SANCIONES CAPÍTULO ÚNICO INFRACCIONES Y SANCIONES

ARTÍCULO 37° (INFRACCIONES).- Se considerará como infracción:

La producción, importación y comercialización de productos tradicionales ancestrales sin Registro Sanitario otorgado por autoridad nacional competente.

La producción, importación y comercialización de productos tradicionales ancestrales foráneos no respaldados por un Registro Sanitario.

La comercialización de los productos tradicionales ancestrales, fuera de las herboristerías o puntos de consulta médica.

La distribución y la comercialización de productos tradicionales ancestrales, por parte de cualquier persona, institución pública o privada, que no cuenten con el Registro Sanitario.

La inadecuada preservación de la materia prima, que requiera condiciones especiales de mantenimiento.

Y otras establecidas en el reglamento.

ARTÍCULO 38° (SANCIONES).-

Las infracciones señaladas en el Artículo anterior, se sancionarán en la vía administrativa, con inhabilitación, suspensión, multas pecuniarias o trabajo comunitario.

Las sanciones establecidas en el Parágrafo precedente serán reglamentadas.

DISPOSICIÓN TRANSITORIA ÚNICA.-

La presente Ley será reglamentada por el Órgano Ejecutivo, a Propuesta del Ministerio de Salud y Deportes, mediante Decreto Supremo, en un plazo máximo de noventa (90) días hábiles, computables a partir de la publicación en la Gaceta Oficial de Bolivia. **DISPOSICIÓN FINAL ÚNICA.-** La propiedad intelectual colectiva del componente biológico intangible utilizado con fines de la medicina tradicional, será registrada según la norma especial.

DISPOSICIÓN DEROGATORIA Y ABROGATORIA ÚNICA.-

Quedan derogadas y abrogadas todas las disposiciones contrarias a la presente Ley.

Remítase al Órgano Ejecutivo, para fines Constitucionales.

Es dada en la Sala de Sesiones de la Asamblea Legislativa Plurinacional, a los doce días del mes de diciembre de dos mil trece años.

Fdo. Lilly Gabriela Montaña Viaña, Betty Asunta Tejada Soruco, Andrés Agustín Villca Daza, Claudia Jimena Torres Chávez, Galo Silvestre Bonifaz, Ángel David Cortés Villegas.

Por tanto, la promulgo para que se tenga y cumpla como Ley del Estado Plurinacional de Bolivia.

Palacio de Gobierno de la ciudad de La Paz, a los diecinueve días del mes de diciembre del año dos mil trece.

FDO. ALVARO GARCIA LINERA, Juan Ramón Quintana Taborga, Roberto Iván Aguilar Gómez, Juan Carlos Calvimontes Camargo, Claudia Stacy Peña Claros, Ama

¹ Instituto Lingüístico de Verano

