

Curanderismo, medicina indígena y proceso de legalización*

Roberto Campos Navarro*

Nadie nos puede arrebatar nuestro conocimiento, ni la Iglesia, ni el gobierno, ni los médicos del IMSS, de Salubridad, del INI... (Médico nahua, Tampacán, San Luis Potosí)

En América Latina, las investigaciones antropológicas sobre la medicina tradicional, y más específicamente, sobre los practicantes de la medicina indígena, se han enfocado en las causas de demanda por las cuales son solicitados sus servicios, en las características de los

recursos curativos empleados, en los múltiplicidad y riqueza de significados subyacentes en los rituales curanderiles, en la eficacia real o supuesta de los elementos terapéuticos, en los rasgos personales de los curanderos, entre muchos otros temas; sin embargo, el estudio de la legitimidad social y la posible legalidad o legalización de las medicinas indígenas americanas apenas se ha iniciado.¹

* Antropólogo, UNAM.

** Versión ampliada y corregida de la ponencia realizada en la Primera Conferencia Internacional de Antropología e Historia de la Salud y la Enfermedad, celebrada en Génova, Italia, en junio de 1996.

¹ En México, el tema fue señalado pero no desarrollado por M. C. Anzures y Bolaños (1983:161); con una orientación hacia la legislación de los recursos herbolarios es tratado por X. Lozoya (1992:268); con un enfoque crítico de los riesgos de la legalización, ésta es abordada por M.E. Módena (1995).

EL PROCESO DE LEGALIZACION: HECHOS, DUDAS Y PROBLEMAS

El presente trabajo sintetiza los principales resultados de una investigación comparativa donde se describe y analiza la situación legal de las medicinas indígenas de México y Bolivia. Estos dos países latinoamericanos comparten una relevante población india que influye en la vida política, social y cultural de sus respectivas naciones.

Con una población cercana a los siete millones de habitantes, Bolivia ocupa el primer lugar continental en cuanto al porcentaje de población india (alrededor del 70%), por encima de Guatemala, Perú y Ecuador. (Según datos proporcionados por el Instituto Indigenista Interamericano y Roberto Jordán [1991] citado por Iturralde [1995:117]). (Ver Cuadro 1). México, con 85 millones de habitantes, tiene aproximadamente un 14% de indígenas, no obstante, es el primero en términos absolutos, pues cuenta con 12 millones de indios, con lo que supera a Perú, Guatemala y la misma Bolivia. (*Ibid.*). (Cuadro 2).

Por encima de las razones estrictamente demográficas, la importancia de las poblaciones indias de México y Bolivia se encuentra en la estratégica posición socio-política que ellas ocupan en la vida nacional. En este sentido, algunos de los pueblos indios americanos se encuentran localizados en regiones con abundantes recursos forestales, petroleros y energéticos en general. Algunas culturas indias como

los nahuas, mayas, quechuas y aymaras, son retomadas por los gobiernos como ejes fundamentales de la cohesión e identidad nacional. Los indios contemporáneos participan de manera activa en los problemas políticos regionales y nacionales, y finalmente, ante las miserables condiciones de vida de estos pueblos indios, ellos son el reflejo de las absurdas y fracasadas políticas gubernamentales. (Díaz-Polanco, 1995:14).

Desde una perspectiva epidemiológica, los pueblos indios de México y Bolivia mantienen altos índices de morbilidad y mortalidad, sobre todo, por enfermedades infecciosas diarreicas y respiratorias. Los servicios estatales de salud -pese a ciertos progresos- son aún incompletos y deficientes. En muchas zonas indígenas, la medicina nativa suele ser la única opción, los terapeutas indígenas son cotidianamente consultados y en los últimos diez años han constituido asociaciones regionales e incluso nacionales.

Aunque todos estos pueblos indígenas conservan sus propios saberes y prácticas curativas, las actuales leyes sanitarias consideran su existencia en forma subordinada e incompleta.

En México, desde 1976, únicamente se acepta a las *parteras empíricas capacitadas* por las instituciones públicas de salud y, con la excepción de esta clase de terapeutas medicalizadas que son consideradas como *auxiliares* para la salud en obstetricia, la vigente Ley General de Salud (1984) sólo reconoce el ejercicio de los médicos que han tenido una formación académica.²

² Cabe mencionar que en 1990 el gobierno del

En el caso boliviano, el Código de Salud no menciona a los médicos indígenas, pero la Resolución Suprema 198771, firmada por el Presidente en 1984, concede personería jurídica a la agrupación gremial que los reúne. Otra resolución de 1987 indica que el Ministerio de Previsión Social y Salud Pública debe reglamentar y controlar las actividades de los terapeutas *tradicionales*, siempre con el aval de un médico académico.³

De acuerdo a la clasificación de Jan Stepan (1983), México y Bolivia pertenecen casi en su totalidad a un *sistema exclusivista* o monopolístico, cuyas leyes no permiten prácticas distintas a la medicina occidental; a diferencia de otros países que consienten legalmente otras formas curativas (sistema tolerante), o bien, las apoyan (sistemas inclusivos), o además, las articulan como sucede en China (sistemas integrados).

No extraña esta exclusividad si entendemos que, históricamente, los países europeos colonialistas impusieron sus costumbres, sus formas de pensamiento, así como el conjunto de normas, leyes y reglamentos que regulaban la vida cotidiana de las propias metrópolis y la que se desarrollaba en los territorios

estado de Chiapas promulgó una ley que reconoce a los terapeutas tradicionales como *auxiliares de fomento a la salud*. Tal denominación y semejante legalización han sido rechazadas por las organizaciones de médicos indígenas por considerar que no corresponden a su integridad socio-cultural y autonomía laboral.

³ Es pertinente aclarar que la Sociedad Boliviana de Medicina Tradicional (Sobometra), fundada en 1983, agrupa no sólo a médicos indígenas sino también a curadores no indígenas con prácticas subalternas como el naturismo, la acupuntura y otras formas poco aceptadas por la medicina académica.

colonizados. No obstante los movimientos criollos de independencia, los gobiernos republicanos decimonónicos -como herederos del poder- mantuvieron la superestructura ideológica y jurídica. (Campos-Navarro, 1996: 50-77)

La profesionalización y la hegemonía de la nascente medicina científica (o biomedicina) se consolidará en este siglo, imponiendo su dominio sobre el resto de las prácticas curativas.

De este modo, el modelo médico hegemónico subordinará las prácticas médicas indígenas en el terreno de lo ideológico (pretendiendo ser la única depositaria de la teoría y la praxis curativa); y en el campo de lo legal, al adjudicarse y apropiarse de la regulación jurídica sanitaria excluye el ejercicio de recursos terapéuticos diferentes. (Menéndez, 1990).

Sin embargo, debemos considerar que la exclusividad expresada a partir de las leyes mexicanas no tiene un correlato absoluto con la realidad social, pues las medicinas indígenas mantienen hondas raíces prehispánicas, conservan una cosmovisión del proceso salud-enfermedad fincada en saberes y creencias mesoamericanas que no pueden ni podrán ser atadas a reglas, normas y leyes externas a los pueblos indios que las sostienen. Es por ello que la exclusividad legal no es absoluta ni lo podrá ser en una nación que vive en forma constante y permanente la multiétnicidad y la pluriculturalidad.

Por otro lado, con el surgimiento de las organizaciones mexicanas y bolivianas de médicos indígenas, las mismas

establecieron la necesidad ineludible de transformar su legitimidad social y/o comunitaria en un reconocimiento que tuviera características legales. En el Primer Congreso Nacional celebrado en Oaxtepec a finales de 1989 solicitaron su legalización,⁴ y un año después en Pátzcuaro ampliaron y ratificaron tal demanda.

Al considerar que las medicinas indígenas aún permanecen en el campo de la legalidad restringida, acompañada de una generalizada subordinación ideológica, en nuestra investigación nos planteamos las siguientes dudas: ¿Cuál es el grado de legitimidad social otorgada a los médicos indígenas? ¿Qué tipo de relaciones se establecen entre los médicos indígenas y las diversas autoridades que funcionan a nivel local como son las civiles, médicas y religiosas? ¿Cuál es la percepción de los médicos indígenas sobre el proceso de legalización? ¿Es pertinente, factible, conveniente y aplicable la legalización?

Para contestar a estas interrogantes formulamos los siguientes objetivos:

1. Describir y analizar los conocimientos, prácticas y condiciones de ejercicio de algunas medicinas indígenas de México y Bolivia.
2. Describir y analizar el reciente proceso de organización de los médicos indígenas.
3. Describir y analizar el tipo de relaciones que tienen los médi-

cos indígenas con diversas autoridades; y, por último,

4. Describir y analizar el proceso de legalización desde el punto de vista de las autoridades locales y de los propios médicos indígenas.

El eje teórico-conceptual de este trabajo es la continua y persistente sujeción ideológica y jurídica de las prácticas médicas indígenas ante la biomedicina (o modelo médico hegemónico). Las legislaciones surgidas desde el siglo pasado la han favorecido de manera unilateral y casi absoluta pero la fortaleza socio-histórica de las medicinas indígenas, su arraigo cultural comunitario y su eficacia terapéutica (con limitaciones) han logrado su permanencia en las comunidades rurales e incluso en las áreas urbanas.

A pesar del discurso legal y abstracto que tiende a someter las prácticas curativas indígenas, en forma concreta y a nivel local las diversas autoridades (civiles, religiosas y del sector salud) apoyan con diversa magnitud e intensidad las medicinas indígenas. En este sentido, debemos considerar que el estado mexicano y la misma bio-medicina no poseen estrategias uniformes ni homogéneas; por lo que aparecerán respuestas diferenciadas, ambiguas e incluso muy tolerantes.

⁴ "...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." (Declaración de Oaxtepec, 1992).

LOS LUGARES DE TRABAJO Y LOS ACTORES SOCIALES DE LA LEGALIZACION

En México aplicamos *entrevistas* a informantes del norte, centro y sur del país (estados de Sinaloa, Michoacán y Campeche, respectivamente). En Bolivia, fueron aplicadas en la capital del país y en la Provincia de Baustista Saavedra, Departamento de La Paz. Además realizamos *observación participante* en más de una docena de reuniones, talleres, encuentros y congresos donde el tema de la legalización fue abordado de manera directa. Por su importancia y trascendencia destacan el Primer Encuentro Nacional de Médicos Indígenas Tradicionales (Oaxtepec, 1989), el Foro sobre Reconocimiento y Legalización efectuado en Pátzcuaro (1990), el II Encuentro Nacional y I Continental de Médicos Indígenas en la Ciudad de México (1992) y el II Congreso Nacional de la Sociedad Boliviana de Medicina Tradicional celebrado en Santa Cruz de la Sierra en noviembre de 1992.

En total, participaron 60 informantes principales, de los cuales 39 fueron terapeutas indígenas, 9 médicos con formación universitaria, 4 alcales, 4 sacerdotes y 4 entrevistados más con diversas ocupaciones.

Los médicos indígenas pertenecen a los pueblos mayos-yoremes en el norte de Sinaloa, purépechas de la meseta y zona lacustre de Pátzcuaro en Michoacán, mayas de la región de los chenes en Campeche y kallawayas ori-

ginarios de las comunidades cercanas a Charazani en Bolivia.

Participaron 25 hombres y 14 mujeres. El promedio de edad era de 63 años, con un máximo de 88 y un mínimo de 37. Escolaridad baja, en su mayoría con educación primaria incompleta. Amplia habilidad curativa, 32 informantes contaban con más de veinte años de experiencia laboral. Aparte de sus actividades curativas desarrollaban ocupaciones preferentemente agrícolas y domésticas.

Los médicos académicos egresados de universidades estatales, los sacerdotes católicos y las autoridades municipales fueron entrevistados en función de su trabajo directo en zonas indígenas, no obstante ello, ninguno era de origen indígena y sólo una persona (el cura boliviano) sabía hablar el idioma nativo.

Tipos de especialistas:

Encontramos en nuestro trabajo de campo tres tipos de especialistas de la medicina tradicional: los médicos indígenas propiamente dichos, los adivinos y los hechiceros. De los primeros, destacan los que emplean terapias rituales (por ejemplo, los que efectúan *limpias*, o bien, realizan la cura de *daños* o hechicería) y aquellos que tienen un carácter más técnico como son las parteras, sobadores, hueseros y yerbateros. En el subgrupo de adivinos aparecen aquellos curadores que emplean sustancias alucinógenas y elementos -como la baraja y las hojas de coca- para adivinar la suerte, el futuro o encontrar objetos perdidos. De los hechiceros sólo dos informantes aceptaron realizar dichas prácticas.

Formas de aprendizaje:

El aprendizaje de la medicina indígena continúa siendo mediante formas no escolarizadas, donde la transmisión familiar generacional, la vocación personal y la intervención divina cumplen un papel fundamental. En muchos de ellos la iniciación se establece a partir de un sueño revelador, el sobrevivir a una enfermedad grave y al superar la proximidad de una muerte inminente. Por su magnitud y relevancia, son las parteras indígenas quienes constituyen el segmento de terapeutas que más han recibido atención del sector estatal de salud en lo que hemos denominado el proceso de aprendizaje técnico no familiar.

Rutas de trabajo de los médicos kallawayas:

En los Andes bolivianos subsiste una de las agrupaciones de terapeutas indígenas más antiguas e interesantes de todo el continente. Su antigüedad ha quedado evidenciada por los hallazgos arqueológicos en una comunidad kallawayá denominada Niño Korín (Wassen, 1988:371-398) y por las crónicas del siglo XVIII y XIX que describen sus actividades curativas (Costa-Ardúz, 1988:529).

Ellos mismos se definen como curadores del Inca y los rasgos contemporáneos más sobresalientes son: el amplio conocimiento de la herbolaria medicinal (Girault, 1987; Bastien, 1987), la riqueza de sus rituales (Rösing, 1990, 1991 y 1992) y sus constantes viajes por toda la cordillera andina, ya que partiendo de las comunidades kallawayas se dirigen a países vecinos. En las rutas de trabajo, los

hombres originarios de Curva van hacia Chile, Argentina, Uruguay y Paraguay, mientras que los kallawayas nacidos en Chajaya, Khanlaya, Huata-Huata, Inca y Chari, por lo general, visitan Perú, Ecuador, Colombia y Brasil.

Son célebres en las comunidades indígenas quechuas y aymaras que recorren pero su fama se incrementó en forma notable cuando controlaron con hojas de quina a los trabajadores enfermos de paludismo durante la construcción del canal de Panamá.

En la actualidad su prestigio se ha mantenido aunque su vida itinerante ha disminuido pues observamos un elevado grado de sedentarización en ciudades importantes como La Paz y Cochabamba.

Motivos por los cuales son buscados los médicos indígenas:

Al considerar los problemas comunes que atienden los médicos indígenas de México y Bolivia, en primer lugar aparecen los problemas relacionados con la hechicería, el susto y el empacho; en segundo lugar, para la atención del parto; en tercer lugar, por alteraciones digestivas (diarrea y dolor estomacal); en cuarto, por patologías respiratorias diversas; y en quinto, por enfermedades articulares y osteomusculares.

Organizaciones de médicos indígenas:

De los 39 terapeutas indígenas, 27 estaban afiliados a organizaciones regionales de médicos indígenas, en tanto que 12 se manifestaron independientes.

En México, el proceso de corporativización se inicia en Chiapas a mediados de la década de los ochentas

con la formación de la Organización de Médicos Indígenas de Chiapas. Con el apoyo y la asesoría gubernamental, especialmente del Instituto Nacional Indigenista y la Dirección General de Culturas Populares, se conformaron agrupaciones en diversas entidades del país. En junio de 1991 se aglutinaron alrededor del Consejo Nacional de Médicos Indígenas Tradicionales (Conamit), que funciona hasta la actualidad con 57 asociaciones.

Por otro lado, la Sociedad Boliviana de Medicina Tradicional es fundada por kallawayas en 1983, un año más tarde es reconocida legalmente por el Estado mediante una Resolución Suprema firmada por el Presidente de la República. Por desgracia, agrupa no sólo a médicos indígenas sino también a grupos mestizos que practican el naturismo, la acupuntura y otras formas curativas. Como se comentará más adelante, ello ha conducido a graves problemas organizativos.

Integralidad cultural:

En todos los casos, durante el trabajo de campo observamos elementos de identidad étnica común, las manifestaciones de una cultura total e integrada y de una cosmovisión compartida donde la práctica médica no está aislada de la música, la danza, la alimentación colectiva y la religiosidad.

DOCTORES, CURAS, PRESIDENTES MUNICIPALES Y FUNCIONARIOS DE GOBIERNO ANTE LA LEGALIZACION

En esta investigación emprendimos la tarea de entrevistar a médicos académicos, sacerdotes católicos y presidentes o alcaldes de los municipios donde existen pueblos indígenas, con la finalidad de explorar el contexto sociopolítico de legitimidad social y de relaciones concretas que establecen los médicos indígenas con los representantes locales y regionales del poder médico, eclesiástico y civil (en su mayoría ajenos a la cultura india), y por otra parte, averiguar su respectiva percepción del grado de factibilidad, aceptación y aplicabilidad que pudiera tener la eventual legalización de la medicina indígena.

Consideramos que los primeros tres tipos concretos de autoridad funcionan regional y localmente, en tanto que los funcionarios gubernamentales tienen una visión más general aunque no mejor que aquellos que se encuentran en la regiones indígenas.

Los médicos universitarios:

Los nueve doctores entrevistados formaban parte de instituciones públicas de salud, excepto una doctora responsable de un dispensario parroquial. Sólo dos eran pasantes en servicio social o provincial. Dos médicos mexicanos con especialidad en medicina familiar habían recibido nociones sobre la medicina denominada tradi-

cional, ambos profesionistas laboraban en el Programa IMSS-Solidaridad que es la única institución del sector salud que mantiene desde 1982 y hasta la actualidad un programa operativo de interrelación positiva con los terapeutas tradicionales.

Los doctores entrevistados ignoraban la situación de ilegalidad de los médicos indígenas. Desconocían que las leyes vigentes excluyen el ejercicio curativo de los terapeutas tradicionales.

Están a favor de su legalización, especialmente de aquellos terapeutas más técnicos como son las parteras, los yerbateros, los hueseros y los sobadores. Califican la legalización como una medida prudente, conveniente, aceptable y positiva, aunque manifestaron reservas en cuanto a que sean considerados como profesionales de la salud. Los argumentos favorables se enfocaron en el amplio reconocimiento social (...*están haciendo una cosa positiva para sus comunidades*), la cancelación del ejercicio clandestino, el decremento de los *falsos o supuestos* médicos indígenas, el fortalecimiento de sus organizaciones gremiales y la facilidad para lograr el control sobre ellos en los cursos de capacitación y adiestramiento. Observaciones en contra fueron las limitaciones técnicas que tienen los médicos indígenas y la comisión de posibles yatrogenias.

Existe oposición a los especialistas que manejan más los elementos rituales como los hechiceros y los espiritistas.

En general, la tendencia de los doctores entrevistados fue de plena aceptación de la medicina indígena con una *incorporación subordinada* a la atención médica institucionalizada.

Los sacerdotes católicos:

Fueron entrevistados cuatro párrocos diocesanos, dos de ellos originarios de la misma región (quienes tenían menos problemas de interrelación con los médicos indígenas, a diferencia del misionero estadounidense cuyo distanciamiento de la cultura maya le creó graves conflictos con sus feligreses indígenas).

Los curas entrevistados conocen a los terapeutas indígenas, aceptan los recursos herbolarios e incluso alguno de ellos ha recurrido en forma cotidiana con sobadores al corroborar su amplia experiencia y -sobre todo- la eficacia de las técnicas curativas empleadas.

Los sacerdotes muestran tolerancia, ambigüedad y duda ante los rituales curativos indígenas pues desconocen en forma parcial los contenidos ideológicos y simbólicos dado que hay una estrecha síntesis de elementos religiosos populares con aquellos que habitualmente aprueba la Iglesia católica.

Todos están de acuerdo en rechazar las actividades de los llamados hechiceros. El repudio es absoluto ya que se les considera como ejercitantes de una actividad cuyo origen es diabólico. Los curas de Sinaloa y de Campeche confunden la hechicería con las prácticas espiritistas y/o espiritualistas, y sus practicantes han sido estigmatizados en forma pública y privada, llegando al extremo de amenazarlos con la excomunión, prohibirles el ingreso a la iglesia o no brindarles oficios religiosos *post-mortem*.

Los sacerdotes están a favor de la legalización de las parteras, los yerbate-

ros, los sobadores y los hueseros. Sin embargo, se oponen al reconocimiento legal del resto de terapeutas indígenas, sobre todo de aquellos que despliegan rituales que difieren de la ortodoxia católica.⁵

Los presidentes municipales o alcaldes:

Entrevistamos a cuatros autoridades municipales, todos ellos mestizos.

Al igual que los médicos académicos, los alcaldes también desconocen la fuerza y la trascendencia de los médicos indígenas. Tienen conocimiento de su existencia y de sus obras pero es insuficiente y superficial. Ninguno de ellos ha emprendido campañas en su contra, pero tampoco han establecido proyectos políticos de interrelación positiva con ellos.

Los ediles mantienen un consenso favorable a la legalización, con rechazo a los hechiceros y adivinos.

Las autoridades y funcionarios gubernamentales:

En función de la importancia de las políticas institucionales hacia los terapeutas tradicionales también fueron entrevistados algunos funcionarios de la Secretaría de Salud en México y otro perteneciente al Ministerio de Previsión Social y Salud Pública, así como el responsable del área jurídica del Colegio Médico de Bolivia.

⁵ Cabe señalar que el sacerdote boliviano, que nació en la misma provincia de los médicos kallawayas y es hablante del quechua, está de acuerdo con la legalización de la medicina indígena, afirma que los rituales que éstos realizan lo *...hacen con buena intención, al bien de tal persona, para su salud, para su trabajo, para sus negocios, para todos sus quehaceres*. Sin embargo, los trabajos de I. Rösing (1990, 1992) demuestran que los kallawayas también realizan *misas negras*, es decir, actividades con intención poco o nada benévola.

Los funcionarios mexicanos del área jurídica insistieron en el carácter punible e ilegal del curandero al señalarlo como un *usurpador de funciones* que corresponderían al médico profesional egresado de un centro de estudios superiores; además de considerar las actividades curanderiles como expresiones de fraude, pues según el artículo 387 fracción 15 del Código Penal Federal, se sanciona a todo aquel que *...explote las preocupaciones, la superstición o la ignorancia del pueblo por medio de supuesta evocación de espíritus, adivinación y curaciones*. Sin embargo, aceptaron que sólo ellos actúan bajo denuncia (*...siempre están sujetos a delito y acusación por usurpación*) pero de hecho en la actualidad existe una tolerancia hacia los terapeutas tradicionales.

Con la influencia del Convenio 169 de la OIT, otro funcionario más cercano al control de los servicios de salud expidió en agosto de 1994 un oficio donde "considera en forma actual y estricta a las prácticas ya mencionadas [de parteras, yerbateros, curanderos, homeópatas, acupunturistas y quiroprácticos] quedando inhabilitada toda práctica o modalidad no asentada en la clasificación mencionada" (Campos-Navarro, 1996: 302-304). Sin duda, este comunicado oficial constituye una palidísima respuesta al reconocimiento legal de las medicinas denominadas como *alternativas*.

En Bolivia, los directivos del Colegio de Médicos manifiestan un conflicto *no declarado* con la medicina tradicional, la visualizan como una competencia desleal y exigen al Ministerio un mayor control y supervisión sobre los terapeu-

tas indígenas mediante normas y reglamentaciones específicas.

Una funcionaria del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública reconoció la escasa regulación sobre la medicina tradicional a pesar del reglamento creado en marzo de 1987 que ordena la capacitación conjunta con la Sociedad Boliviana de Medicina Tradicional y que exige una adscripción obligatoria de los terapeutas tradicionales a un centro de salud del gobierno.

LOS MEDICOS INDIGENAS Y LA LEGALIZACION

En las siguientes líneas nos interesa plasmar el pensamiento y las percepciones de los principales actores sociales del proceso de legalización: los propios médicos indígenas.

Ventajas del reconocimiento legal:

De acuerdo con la perspectiva de los médicos indígenas mexicanos, encuentran favorable la legalización pues creen que les brindaría protección, supresión de molestias, seguridad, respeto, libertad para la distribución de sus productos medicinales, recepción de apoyos económicos y diferenciación con sus colegas hechiceros.

Una de las principales razones expuestas por los médicos indígenas fue la protección legal que garantizara el ejercicio curativo:

...que nos legalicen, que nos autoricen como reconocidos con el di-

ploma y (...) así tenemos más garantía (curandero maya).

Otra razón es la de aminorar el hostigamiento y abuso de autoridades civiles, policíacas, militares y sanitarias:

...que nos dieran un reconocimiento bueno para que las autoridades o la [policía] judicial no nos molestaran para nada en caso de 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 (partera yoreme).

Igualmente, los médicos indígenas piensan que la legalización conllevará una mayor seguridad y confianza en su práctica:

Pues yo digo que estaría muy bien que nos reconocieran legalmente porque así puede andar con más confianza, sin miedo...(médica purépecha).

También se piensa que la legalización brindará una actitud de respeto hacia la propia medicina indígena:

Queremos respeto. Que nos respeten por lo que sabemos. Nosotros antes curábamos a escondidas (...) No queremos que se nos moleste como a veces lo hacen los jefes de tenencia. Queremos que nos reconozcan para andar libremente (médico purépecha).

No sólo se solicita con la legalización la libre circulación de los médicos indígenas sino también la de sus cargamentos de herbolaria medicinal:

Yo creo que con esta legalización, ya uno puede transportar una medicina de un lugar a otro y sin ser molestado, presentando -desde lue-

go- algún documento donde lo 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... (médico yoreme).

Otra ventaja percibida es la recepción de apoyos económicos de las instituciones estatales y privadas:

...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... (médico purépecha).

Con respecto a la diferenciación con los hechiceros, la legalización serviría -según los médicos indígenas de México- para consolidar el reconocimiento comunitario:

Para que en nuestra comunidad nos vean con buenos ojos y no nos traten como hechiceros o como farfantes (...) Entonces ese papel nos daría crédito de que estamos trabajando legalmente como curanderos, no como brujos ni hechiceros. (médico purépecha).

Otras ventajas se refieren al respaldo que las instituciones oficiales de salud pueden dar a la medicina indígena ya legalizada, la posibilidad de empleo en hospitales mixtos que ofrecen servicios *modernos y tradicionales*,⁶

⁶ En Cuetzalan, Puebla, y en Jesús María, Nayarit, ya funcionan hospitales con estas características.

la expansión y fortalecimiento de las actuales organizaciones de médicos indígenas, la ampliación de la clientela que atienden, la conservación de los saberes mediante la enseñanza garantizada a los aprendices y, por último, la colocación de anuncios y letreros en los consultorios.

Al interrogar a los médicos kallawayas sobre los beneficios que ya han recibido por la legalización parcial, es interesante constatar que se han resuelto las demandas que ellos solicitaban y que coinciden en lo fundamental con las que ahora expresan los médicos indígenas mexicanos.

Los kallawayas refieren que han cesado las denuncias, abusos, atropellos y persecuciones que emprendían autoridades de diversa categoría. La legalización ha brindado una efectiva defensa jurídica ante los actos de autoridades. Por lo mismo, ésta protección ampara a los médicos indígenas dándoles seguridad y confianza en el ejercicio de sus prácticas curativas.

Por otra parte, las autoridades modifican sus criterios de trabajo: el Ministerio de Salud intenta el control de los médicos tradicionales a través de una reglamentación; Hacienda los ingresa a la economía formal mediante

El primero administrado por el Instituto Nacional Indigenista y el segundo por la Secretaría de Salud. Al parecer la experiencia no ha sido muy satisfactoria pues ha creado divisionismos al interior de las organizaciones de médicos indígenas participantes. El IMSS-Solidaridad tiene un consultorio de medicina tradicional anexo a la consulta externa del hospital rural de Hecelchakán (Campeche) y en el albergue comunitario perteneciente al hospital de Papantla, Veracruz. Ambos sitios en apariencia funcionan adecuadamente, sin embargo están en proceso de evaluación.

el pago de los gravámenes e impuestos correspondientes; los académicos abren espacios docentes para que participen los médicos tradicionales; etc.

La legalización impone nuevas formas de relación basadas en el respeto a la pluralidad. Un médico kallawaya lo expone de la siguiente manera:

A nosotros nos decían brujo, hechicero. Los de aquí de Bolivia [así nos decían], nuestros paisanos mismos. Nosotros no somos hechiceros (...) 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 (Médico kallawaya).

El trabajo curanderil en Bolivia ha dejado de ser clandestino. Ahora podemos encontrar anuncios de los médicos tradicionales por cualquier lado, e incluso en un mercado cercano a La Paz hay una proliferación de locales invadidos por los terapeutas aymaras, y en menor grado, quechuas.

Los cursos de capacitación se han multiplicado y los apoyos gubernamentales han aumentado. En general, se percibe un estado de optimismo y de revalorización de las prácticas médicas alternativas, y de las medicinas indígenas en particular.

Desventajas de la legalización:

Ninguno de los informantes indígenas mexicanos mencionó desventajas de la posible legalización y tampoco ninguno de los médicos indígenas bolivianos comentó inconvenientes de su parcial legalización.

Sólo un informante independiente expresó su desacuerdo con la legalización:

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 (Médico purépecha).

Criterios de inclusión y exclusión del reconocimiento legal:

Al preguntárseles a los informantes acerca de quienes deben legalizarse y quienes no; en forma unánime respondieron que los hechiceros, los que *ponen daños* o los que hacen maldad, no deben ser incluidos en el proceso de legalización.

Por otra parte, en México se dijo que sólo se deben aceptar médicos indígenas con lo cual excluyen a los curanderos mestizos.⁷ Además el Conamit solicita que la legalización pase por la pertenencia a las organizaciones locales y regionales afiliadas, para garantizar un mínimo de conocimiento y experiencia, por lo que la calificación debe ser expuesta por los propios terapeutas indígenas.

En el país andino, la Sobometra acepta toda clase de personas que apliquen terapias naturistas, no importando su origen étnico, incluso registran acupunturistas chinos.⁸ Actualmente, los

⁷ Esta selectividad es muy laxa pues al interior de las organizaciones hay médicos catalogados como indígenas pero ya han perdido la lengua, la vestimenta y las costumbres e incluso en el Consejo Nacional de Médicos Indígenas Tradicionales existe una agrupación mestiza del sur de Tamaulipas, quienes solicitan la presencia de médicos indígenas de un estado vecino para la realización de rituales propiciatorios en acontecimientos públicos.

⁸ Esto ha creado serias dificultades organizativas

requisitos de ingreso a la Sobometra son demasiado flexibles y esto ha causado malestar de los médicos kallawayas, su dirigente en La Paz dice:

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 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).

Estrategias para lograr la legalización:

En México, las organizaciones afiliadas al Conamit han propuesto lograr la legalización mediante las siguientes acciones: interactuar con autoridades del gobierno federal, estatal y municipal, solicitar la asesoría de abogados expertos en el tema, fortalecer el movimiento organizativo, seguir preservando los usos y costumbres indígenas, demostrar la legitimidad del trabajo curanderil, continuar con su práctica cotidiana y lograr una diferenciación con respecto a los hechiceros.

que han llevado al desmembramiento de filiales en la provincia. Por ejemplo, en Santa Cruz de la Sierra, un grupo de naturistas se ha separado de la Sobometra, ha obtenido su registro legal y se ha opuesto tenazmente a los médicos indígenas calificándolos de charlatanes.

Expectativas:

Los médicos indígenas esperan con la legalización que el Estado apoye y brinde amplias garantías para el ejercicio curanderil y proteja sus recursos herbolarios. Además desean que exista una vinculación de coordinación y no de subordinación con las dependencias de salud.

Ya hemos mencionado para el caso boliviano que las expectativas habían sido rebasadas por el reconocimiento parcial proveniente de la Resolución Suprema firmada en 1984.

LEGITIMIDAD SOCIAL, RECONOCIMIENTO OFICIAL Y DEMANDAS INDIGENAS

Descendientes directos de los médicos prehispánicos, los terapeutas indígenas contemporáneos constituyen un imprescindible recurso para la salud en los pueblos indios de América.

A pesar de las acusaciones de *idolatría, hechicería, usurpación del ejercicio profesional y competencia desleal*, los médicos indígenas han sobrevivido a las denuncias, persecuciones y procesos que las sociedades dominantes (primero españolas y luego criollas) han instaurado en su contra.

En efecto, desde la etapa colonial los sacerdotes católicos, los médicos con estudios universitarios y algunas autoridades civiles participaron activamente en proyectos encaminados a reducir su notable influencia

en la sociedad. Así el Santo Oficio de la Inquisición, el Tribunal del Protomedicato, las escuelas de medicina y los funcionarios de ayuntamientos emplearon todos los medios a su disposición para suprimir la práctica del curanderismo indígena y mestizo.

A 500 años de la cruenta invasión europea en América, los médicos indígenas de México y Bolivia se encuentran vivos y presentes en la vida colectiva de sus pueblos y permanecen activos en el panorama social y cultural de nuestros países. Desde hace 15 años, ellos han salido de la clandestinidad, se están corporativizando y van ganando relevantes espacios de legitimidad y reconocimiento social.

Precisamente con los resultados de la presente investigación podemos considerar varios niveles de reconocimiento social donde se establecen relaciones transaccionales entre los diversos actores que interactúan en el campo del proceso salud-enfermedad-atención.

En primer lugar, aparece el *reconocimiento comunitario* que se establece entre el médico indígena y aquellos que solicitan en forma cotidiana o eventual la curación de sus malestares. Son los demandantes de sus servicios, es decir, los enfermos y sus familiares. Sean éstos pocos o muchos, ricos o pobres, indígenas o mestizos, con el acto terapéutico legitiman su existencia social.

Dentro de las propias comunidades, las autoridades locales aceptan y convalidan los servicios otorgados por sus curadores indígenas. Entre los yoremes pudimos constatar que las máximas autoridades tradicionales que

son los gobernadores de las distintas regiones, confían y protegen a sus *jitéberis* o médicos indígenas, en tanto no existan sospechas fundadas de actividades contrarias a la comunidad.

En algunas ocasiones puede coincidir que la autoridad tradicional recaiga en un médico indígena, fenómeno que no es aislado puesto que los curanderos son personajes claves que además del prestigio comunitario, ejercen el poder y a través de ellos establecen el control social, político y religioso en sus comunidades (Aguirre Beltrán, 1980:151). En nuestra investigación encontramos un gobernador yoreme que era terapeuta especializado en sobadas y al entrevistarlo hacía una ardiente defensa de las manifestaciones culturales indígenas, y por supuesto, de la medicina y su legalización.

En las cuatro regiones estudiadas, en apariencia no había conflictos, no obstante que ninguna autoridad local era indígena, pero tenemos información de otros estados (como Oaxaca) con severos problemas cuando las autoridades municipales pertenecen a la religión cristiana protestante y pretenden prohibir o limitar las actividades de los médicos indígenas. También hay dificultades cuando las autoridades indígenas tradicionales o municipales emprenden juicios sumarios a terapeutas que son calificados como hechiceros y que pueden conducir a la muerte del sospechoso o a la expulsión de la comunidad.⁹

⁹ Las acusaciones de ejercicio hechiceril se presentan con relativa frecuencia y son motivo de agrios y largos conflictos comunitarios. Cabe mencionar que la literatura antropológica señala que la hechicería

De acuerdo a nuestra investigación los principales conflictos se establecen más con las autoridades estatales y federales, que en el nivel municipal. En tanto que la experiencia boliviana muestra como la legalización mejora las relaciones con las autoridades civiles de los diversos niveles y esto amplía el margen de protección y seguridad de los médicos indígenas.

En segundo lugar se encuentra el *reconocimiento institucional* que ofrecen las instituciones gubernamentales relacionadas con la salud y el bienestar social de la población rural e indígena.

Las estrategias estatales con respecto al curanderismo han variado en las últimas tres décadas pues de *las políticas substitutivas* (aquellas que pretendían reemplazar a los curanderos por médicos académicos) se ha pasado a *la política de incorporación subordinada*, donde los terapeutas tradicionales -en especial- las parteras son admitidos como un personal auxiliar no asalariado.

Estas dos formas son rechazadas por las organizaciones mexicanas de médicos indígenas pues consideran con justa razón que reflejan un trato desigual, discriminatorio y que no responde a sus expectativas de reconocimiento pleno de sus atributos y actividades.

constituye un fuerte problema de salud en los pueblos indios, pero también entre los mestizos de las grandes urbes americanas. Para una revisión compacta del tema véase el *Diccionario Enciclopédico de la Medicina Tradicional Mexicana* (Zolla, 1994).

En el anexo 3 de nuestra tesis de doctorado (1996) incluimos la narración de un médico indígena acusado de ejercer la hechicería, que estuvo a punto de ser linchado por el pueblo, fue injustamente encarcelado; al salir de la prisión ya no ha podido regresar a su comunidad.

Aparte de las instituciones de salud, existen otras dependencias del gobierno federal (como el Instituto Nacional Indigenista y la Dirección General de Culturas Populares) que han establecido programas de apoyo, promoción y difusión de la medicina indígena. Una de las estrategias adoptadas para la defensa y protección de los médicos indígenas ha sido convocarlos, organizarlos y dotarlos de instrumentos oficiales de identificación (constancias y credenciales) que si bien no confieren un apoyo completo, sí tienen un valor estimativo y de protección limitada.

Las instituciones de estudios superiores también han brindado su reconocimiento a la medicina indígena; y de alguna manera, las investigaciones, exposiciones, publicaciones, programas de televisión y eventos académicos, han permitido ampliar los espacios de los terapeutas indígenas.

La iglesia también interviene en el reconocimiento mediante la opinión autorizada y contradictoria de sus representantes, quienes aceptan las bondades de la herbolaria y las técnicas de sobadores, hueseros y parteras, pero desaprueban los rituales de aquellos curanderos que despliegan una extensa gama de recursos simbólicos.

Por último, tenemos el *reconocimiento legal o jurídico* que es el demandado por las organizaciones de médicos indígenas.

El sustento para tal petición son los artículos 24 y 25 del Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo que indican que la seguridad social debe extenderse a los pueblos

indígenas; que los gobiernos deben proporcionar los medios suficientes para que ellos establezcan servicios médicos que funcionen bajo su control y su responsabilidad; y que tales servicios consideren las condiciones sociales, económicas y culturales de los pueblos indígenas, incluyendo *sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales* (OIT, 1989).¹⁰

También se toma en cuenta la última reforma del artículo 4to. constitucional que establece que México tiene:

...una composición pluricultural sustentada originalmente en sus pueblos indígenas. La Ley protegerá y promoverá el desarrollo de sus lenguas, culturas, usos, costumbres, recursos y formas de organización social, y garantizará a sus integrantes el efectivo acceso a la jurisdicción del Estado.

Para los médicos indígenas ya es insuficiente la legitimidad comunal, apenas está recibiendo el apoyo institucional y su objetivo es el completo reconocimiento legal: ¿es factible, pertinente y necesario? ¿Qué tan riesgoso resulta?

FACTIBILIDAD, PERTINENCIA, NECESIDAD Y POSIBLES CONSECUENCIAS DE LA LEGALIZACION

En estos momentos, la legalización de la medicina indígena constituye un *tema relevante* porque se inscribe en los movimientos políticos recientes de reivindicación de los pueblos indígenas que exigen reconocimiento, autonomía y respeto a sus territorios, sus diversas expresiones culturales y sus particulares formas de organización política y social.

Bajo esta perspectiva, la legalización es *factible* porque ya se ha realizado en otros países con profundas raíces históricas y culturales; por ejemplo, China e India, en Asia; y Bolivia en Sudamérica. Es factible porque existe un sustento comunitario que respalda el trabajo de los terapeutas. Es factible porque existen programas institucionales de interrelación que están funcionando más o menos adecuadamente.¹¹

La legalización es *pertinente* porque constituye un derecho histórico de los pueblos indígenas de México. Es pertinente porque es un servicio útil, valioso, trascendente e irrempla-

¹⁰ Este Convenio tiene carácter obligatorio para los gobiernos que lo firman y lo ratifican. México lo ratificó en septiembre de 1990, con inicio de vigencia un año más tarde. El Convenio se inscribe dentro de una orientación que considera la autonomía y autogestión de los pueblos indios, con abandono del paternalismo e integracionismo que guiaron al anterior que data de 1957. Los principios básicos del Convenio 169 serían el respeto a las diversas culturas indígenas en las decisiones que les atañen.

¹¹ Desde 1982 el Programa IMSS-Solidaridad mantiene un programa institucional de interrelación con la medicina tradicional iniciado por la desaparecida Unidad de Investigaciones en Medicina Tradicional y Herbolaria. En la actualidad sostiene encuentros y proyectos comunitarios de medicina tradicional que incluyen farmacias herbolarias, huertos de plantas medicinales, consultorios y otros proyectos presentados por las organizaciones de médicos tradicionales.

zable para las comunidades indias y que no sustituye, ni compite con las actividades de la medicina académica, pues son complementarias. Es pertinente porque obedece a las políticas internacionales de salud planteadas por la Organización Mundial de la Salud, por la Organización Internacional del Trabajo y otros organismos. Es pertinente porque establece un reconocimiento más formal a los médicos indígenas.

La legalización es necesaria porque dará cumplimiento a las demandas políticas, sociales y culturales de los pueblos indígenas. Es necesaria porque brindará garantía, seguridad y protección a los practicantes de la medicina indígena. Es necesaria porque permitirá la libre circulación de los terapeutas y sus productos medicinales. Es necesaria porque permitirá la recepción de apoyos financieros para sus organizaciones. Es necesaria porque promoverá la capacitación de los médicos indígenas de acuerdo a los requerimientos de sus comunidades y en consonancia a sus propios intereses.

La legalización parcial boliviana y la posible legislación en México obliga a reflexionar en los *riesgos* y las *consecuencias* del proceso. Nuestro trabajo hace evidente que la visión *emic* o indígena del problema apunta invariablemente hacia la búsqueda del reconocimiento formal de los practicantes indígenas. Desde una perspectiva *etic* o externa se observan ciertas tendencias y problemas.

Por ejemplo, la legalización significará una creciente institucionalización de las prácticas curativas indígenas; una

limitada profesionalización de los terapeutas; un incremento del control estatal sobre ellos; un posible abandono del Estado a sus responsabilidades en la oferta de servicios personales de salud en las zonas indígenas (y que corresponde a una política neoliberal privatizadora que obliga al pago de servicios por parte de los propios -y ya de por sí empobrecidos- usuarios¹²); y finalmente, a modificaciones quizá irreversibles en las concepciones, saberes, prácticas y recursos de las medicinas indígenas.

En cuanto a los riesgos, como ya lo ha señalado M.A. Módena (1995: 225-228) se ubican varios problemas en cuanto al reconocimiento, incorporación y legalización de las prácticas médicas populares. Estamos de acuerdo con ella en que la normatización legal no hará variar *per se* la relación de hegemonía/subordinación que históricamente se ha establecido entre la biomedicina y la medicina popular, sin embargo logrará disminuir los efectos represivos y desvalorizantes que emergen cotidianamente en la ideología, práctica y discurso de los médicos académicos sobre los terapeutas indígenas.

En relación a la incorporación de los terapeutas tradicionales es cierto que se amplía el control estatal y que existe la apropiación de recursos (sobre todo, herbolarios) por parte de la

¹² En este sentido se pueden entender las actuales políticas de la Secretaría de Salud sobre la *descentralización* del Programa IMSS-Solidaridad que convertiría los Hospitales y Unidades Médicas Rurales en servicios de salud bajo un régimen de pago directo y que hasta ahora funcionan mediante un simbólico (y muchas veces inexistente) servicio comunitario.

biomedicina; pero también es cierto que la medicina indígena gana espacios de legitimidad cuando aparece en lugares antes prohibidos y restringidos por la medicina occidental como son los *sagrados* y casi *inexpugnables* hospitales rurales.

Según Módena, en la legalización pueden surgir tendencias indeseables como ...*la peligrosa tendencia a la burocratización, la inclusión/exclusión de grupos, la corrupción y la estamentación en sectores de poder y no poder* (Ibid, 226). Sin duda, son riesgos ineludibles que conlleva la corporativización y que deben ser atacados, neutralizados y rechazados por los mismos terapeutas y sus organizaciones.

Con amplia experiencia en el proceso legislativo generado por las asociaciones de médicos indígenas en Africa, el investigador canadiense G. Bibeau, recomienda la inclusión legal de *todos* los elementos culturales presentes en sus prácticas médicas. Ello significa abarcar las dimensiones materiales y simbólicas (o rituales) presentes en las curaciones, superándose cualquier intento de artificiosa fragmentación. (Bibeau, 1982).

De acuerdo a lo anterior y tomando en cuenta las ventajas y desventajas, riesgos e implicaciones, desenlaces y secuelas, consideramos que:

La legalización de la medicina indígena debe inscribirse en la revaloración y reafirmación de las culturas indígenas de México.

La legalización debe ser realizada con la participación directa y activa de los propios pueblos indios y sus curadores.

La legalización debe fincar las bases para la regulación operativa y comportamiento ético que establezcan los propios terapeutas tradicionales.

La legalización no debe ser tomada como una panacea que resuelva todos los problemas que atañen a la práctica curativa.

La legalización tampoco debe ser entendida como un fenómeno que por sí mismo impida el dominio y la hegemonía de la medicina occidental o académica.

En fin, no basta el reconocimiento y la legitimidad que otorga la comunidad donde vive o ejerce el médico indígena. No basta el reconocimiento y la legitimidad que ofrecen las instituciones del sector salud. Es conveniente el reconocimiento legal que garantice el ejercicio pleno, responsable y comprometido de los médicos indígenas.

BIBLIOGRAFIA

- AGUIRRE Beltrán, Gonzalo. *Programas de salud en la situación intercultural*. IMSS, Col. Salud y Seguridad Social, México. 1980.
- ANZURES y Bolaños, María del Carmen. *La medicina tradicional en México. Proceso histórico, sincretismos y conflictos*. Instituto de Investigaciones Antropológicas, UNAM. México. 1983.
- BASTIEN, Joseph. *Healers of the Andes. Kallawaya herbalists and their medicinal plants*. University of Utah Press, Salt Lake City. USA. 1987.

- BIBEAU, Gilles. "New legal rules for an old art of healing. The case of zairan healers' associations" en *Soc. Sci. Med.* 16:1843-1849. 1982.
- CAMPOS-Navarro, Roberto. *Nosotros los curanderos... Aproximación antropológica al curanderismo contemporáneo en la Ciudad de México*. Tesis para obtener el grado de maestría en Antropología Social, Escuela Nacional de Antropología e Historia. México. 1990.
- *Legitimidad social y proceso de legalización de la medicina indígena en América Latina. Estudio en México y Bolivia*. Tesis para obtener el grado de doctor en Antropología. Facultad de Filosofía y Letras, UNAM. México. 1996.
- CODIGO Penal para el Distrito Federal
- CONSEJO Nacional de Médicos Indígenas Tradicionales. Ed. Porrúa. México, D.F. 1988.
- *Programa Nacional* (mimeo). 1992
- CONSTITUCION Política de los Estados Unidos Mexicanos. Ed. Alf, México. 1994.
- COSTA-Ardúz, Rolando. "Testimonio kallawayaya del siglo XVIII" en *Compilación de estudios sobre medicina kallawayaya*. Instituto Internacional de Integración. Convenio Andrés Bello. La Paz, Bolivia. 1988.
- DECLARACION de Oaxtepec sobre medicina indígena. 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. INI-SEDESOL. 1992
- DIAZ-Polanco. "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. México. 1995.
- DOCUMENTO de Pátzcuaro. Emitido en el Palacio de Huitziméngari, Michoacán (1990). En *II Congreso Nacional y I Encuentro Continental de Médicos Tradicionales Indígenas*. Ed. INI-SEDESOL. 1992
- GIRAULT, Louis. *Kallawayaya. Curanderos itinerantes de los Andes*. De. UNICEF-OPS-OMS. La Paz, Bolivia. 1987.
- ITURRALDE, Diego. "Naciones indígenas y Estados nacionales en América Latina hacia el año 2000" en *Etnia y Nación en América Latina*. (Díaz-Polanco, comp.) Col. Claves de América. Consejo Nacional para la Cultura y las Artes. México. 1995.
- LEY Estatal de Salud del Estado de Chiapas. *Diario Oficial del Estado de Chiapas*. n° 101, 30 de octubre. 1990.
- LEY General de Salud. *Diario Oficial de la Federación*, 7 de febrero. México. 1984
- LOZOYA, Xavier. "Función de las plantas medicinales en la medicina del siglo XXI" en *La Investigación científica de la herbolaria medicinal mexicana*. Secretaría de Salud. México. 1993.
- MENENDEZ, Eduardo. *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*. Consejo Nacional para la Cultura y las Artes y Alianza Editorial Mexicana. México, D.F. 1990.
- MODENA, María Eugenia. "Reconocimiento, incorporación, legalización: algunos riesgos de la hegemonización del pensamiento y la acción respecto a las medicinas

- populares" en *Pueblos indígenas ante el derecho*. (V.Chenaut y M.T. Sierra, coords.) Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social y Centro Francés de Estudios Mexicanos y Centroamericanos. México. 1995.
- ORGANIZACION Internacional del Trabajo. *Convenio n° 169 sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes*. Serie: Documentos 89/ 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 República. (Fotocopia de copia legalizada proporcionada por SOBOMETRA). 1989
- RESOLUCION Ministerial 0231 (Ministerio de Previsión Social y Salud Pública). *Reglamento para la práctica de la medicina naturista-tradicional de Bolivia*. (Fotocopia de copia legalizada proporcionada por SOBOMETRA). 1987.
- RÖSING, Ina. *Introducción al mundo callaway. Curación ritual para vencer penas y tristezas. Tomo I: Introducción y documentación*. Ed. Los amigos del libro. Cochabamba, Bolivia. 1990.
- *Las almas nuevas del mundo callaway. Análisis de la curación ritual kallaway para vencer penas y tristezas. Tomo II: datos y análisis*. Ed. Los amigos del libro. Cochabamba, Bolivia. 1991.
- *La mesa blanca kallaway. Una introducción*. Ed. Los amigos del libro. Cochabamba, Bolivia. 1992.
- STEPAN, Jan. "Patterns of legislation concerning traditional medicine" en *Traditional and Health Care Coverage*. (Bannerman, R.H. et al) WHO, Geneva. 1983.
- WESSEN, Henry. "Instrumentos y plantas de un curandero indio en una tumba de la zona callaway. en *Compilación de estudios sobre medicina kallaway*. Instituto Internacional de Integración. Convenio Andrés Bello. La Paz, Bolivia. 1988.
- ZOLLA, Carlos (director). *Diccionario Enciclopédico de la Medicina Tradicional Mexicana*. Instituto Nacional Indigenista. México. 1994.

CUADRO 1
POBLACION INDIGENA DE AMERICA

	Países	Población Nacional	Población Indígena	%
más del 40%	Bolivia	6.9	4.9	71.0
	Guatemala	8.0	5.3	66.0
	Perú	20.0	9.3	47.0
	Ecuador	9.5	4.1	43.0

Fuente: Instituto Nacional Indigenista y Roberto Jordán Pando y otras fuentes a partir de estimaciones para 1978. *América Indígena*, número 2, vol. XXXIX.

CUADRO 2
POBLACION INDIGENA DE AMERICA

	Países	Población Nacional	Población Indígena	%
del 5 al 20%	Belice	0.15	0.029	19.0
	Honduras	4.00	0.700	1.0
	México	85.00	12.000	14.0
	Chile	12.00	1.000	8.0

Fuente: Instituto Nacional Indigenista y Roberto Jordán Pando y varias fuentes a partir de estimaciones para 1978. *América Indígena*, núm. 2, vol. XXXIX.