

Validez y legitimidad de las medicinas tradicionales americanas: el caso de la asociación Médicos Descalzos de Chinique, Guatemala

Vanina Papalini

El objetivo de este artículo es identificar las formas de legitimación que emplean las medicinas tradicionales para defender su persistencia y desarrollo. La investigación se centra en el caso de la Asociación Médicos Descalzos (MeDes) de Chinique, Guatemala, una organización autogestiva de medicina maya *k'iche'*. Se realizó un trabajo de campo de cinco semanas de duración, utilizando principalmente el método etnográfico y el análisis de documentos históricos y contemporáneos. La contribución del artículo es la tipificación del proceso de sistematización y validación de conocimientos de medicina maya *k'iche'* realizados por MeDes e ilustrados en la descripción de la labor de las comadronas.

PALABRAS CLAVE: medicina tradicional, medicina maya, Asociación Médicos Descalzos de Chinique, comadronas, salud, Guatemala.

Validity and legitimacy of traditional American medicines: the case of the Barefoot Doctors of Chinique, Guatemala ♦ The aim of this article is to identify the forms of legitimation used by traditional medicines to defend their persistence and development. Research focuses on the case of the Medicos Descalzos (MeDes) of Chinique (Guatemala) Association, a self-managed organization of Mayan *K'iche'* medicine. A field work of five weeks duration was carried out, mainly using the ethnographic method and the analysis of historical and contemporary documents. The contribution of the article is the typification of the process of systematization and validation of knowledge of Mayan *K'iche'* medicine carried out by MeDes, illustrated in the description of the work of midwives.

KEYWORDS: traditional medicine, Mayan medicine, Medicos Descalzos of Chinique Association, midwives, health, Guatemala.

PAPALINI, Vanina (v.a.papalini@gmail.com) – Centro de Investigaciones y Estudios sobre Cultura y Sociedad (CIECS). Conicet y Universidad Nacional de Córdoba, Argentina. ORCID: ID 0000-0001-9229-9895

INTRODUCCIÓN

El propósito de este artículo es identificar, a partir del análisis de un caso de investigación, las formas de persistencia y desarrollo que emplean las medicinas tradicionales americanas en la actualidad, en un campo hegemonizado por la biomedicina. El caso de la Asociación Médicos Descalzos (MeDes) de Chinique, Guatemala, sirve a esta finalidad, en tanto permite observar y situar, a partir de una organización autogestiva de medicina maya *k'iche'*, esta problemática. Utilizo la denominación “medicinas tradicionales americanas” para referirme a las existentes a lo largo de todo el continente antes de las invasiones europeas. Ello no implica suponer su congruencia exacta con el pasado; por el contrario, el artículo intenta mostrar su dinamismo.

Aunque el análisis puede desplegarse en varios planos – antropológico, sociológico, epistemológico, sanitario, de género, legal y político –, me propongo comprender qué significa la práctica de la medicina tradicional maya en el presente. Me concentro en los modos de sistematización y validación de conocimientos. Estos dos vectores brindan un doble apoyo, tanto para la consolidación de la propia cultura como para la interacción de los terapeutas maya *k'iche'* de la asociación con el sistema de salud oficial de Guatemala.

El artículo ofrece un brevísimo contexto sobre la hegemonía del paradigma biomédico; luego, presenta algunas notas sobre procesos políticos recientes de Guatemala y describe a grandes rasgos la situación sanitaria del altiplano. Este trasfondo permite comprender la emergencia y desarrollo, no exentos de conflictos, de MeDes y sus principales líneas de trabajo. El núcleo teórico del artículo es la sistematización de los procesos tendientes a la legitimación externa e interna de la medicina maya *k'iche'* a través de la acción de MeDes. Para describir situadamente estas categorías, se puntualizan algunos aspectos relativos a la labor de las comadronas que sirven para comprender lo que llamamos “diferencias legítimas” (Briones 2019).

PERSPECTIVA Y METODOLOGÍA

Las demandas de los pueblos originarios americanos en relación con sus condiciones de existencia, muchas veces traducidas al lenguaje de los derechos, son diversas. Asumiendo su multiplicación y heterogeneidad, Claudia Briones apunta que “si bien ciertas acciones políticas pueden buscar una implementación radical de la igualdad, otras más bien apuntan a visibilizar desigualdades y discriminaciones que surgen de negar diferencias legítimas, sin pretender universalizarlas. Estos son dos tipos de acciones en las que los pueblos indígenas suelen comprometerse de diversas maneras” (2019: 66). En esa línea, este trabajo no pretende señalar la totalidad de opresiones e injusticias existentes, ni tampoco sostener que una cultura es superior a otra, sino que asume la

perspectiva de las “diferencias legítimas” – entendidas en términos de legitimidad cultural, pero también de necesidades legítimas – así como del esfuerzo por hacerlas visibles y alcanzar reconocimiento. ¿Qué significan estas diferencias en el campo de la salud? Los modos de curar y las definiciones de enfermedad son parte de una cosmovisión. En algunos casos, se trata de sistemas de desarrollo abarcador y complejo; en otros, de terapéuticas más simples. Los efectos de estas prácticas mantienen relaciones especiales con acervos de conocimiento altamente valorados; sus actividades son distinguidas y ponderadas. Menéndez señala que “en la totalidad de las sociedades, esos curadores, en cualquiera de sus tipos, serán los articuladores específicos de la ideología (y teorías) dominantes respecto de la salud/enfermedad” (Menéndez 1994: 75). Examinando esta actividad diferenciada, resuena integralmente la organización social: estudiar las distintas medicinas implica mucho más que el examen de una práctica experta porque permite enfocar la diversidad, la diferencia y la desigualdad desde el punto de vista situado y concreto de las formas de entender y atender la salud.

La consustanciación entre medicinas y culturas, clara en cuanto nos referimos a medicinas tradicionales (OMS 2002), no parece tan evidente cuando se aplica a la medicina occidental moderna, o biomedicina. La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que la biomedicina está sustentada por el conocimiento científico, diferenciado y priorizado frente a otros tipos de saberes. Al calificar los conocimientos locales como “saberes” o “creencias”, se introduce un sesgo etnocéntrico deslegitimador (Good 2003). Para subsanarlo, se requiere una actitud autorreflexiva que, en este artículo, asume el punto de vista del pluralismo epistemológico.

Daré cuenta de un trabajo de campo que, por su duración, no alcanza a constituir una etnografía clásica, pero que implicó una estancia de investigación en Guatemala durante el período que va del 24 de enero al 1 de marzo de 2020. Dos semanas fueron dedicadas al trabajo bibliográfico y documental en museos, en la biblioteca de la Universidad San Carlos y en el Instituto de Estudios Interétnicos. Permanecí tres semanas – del 30 de enero al 20 de febrero – viviendo en las instalaciones de la Asociación MeDes de Chiniq y compartiendo, en observación participante que gradualmente se fue convirtiendo en participación observante, todas las actividades realizadas en ese período, teniendo como única limitación relevante el idioma y la privacidad de las consultas de quienes eran atendidos en la clínica. Realicé largas entrevistas a Elvira Morales Pantó y a Felipe Pol Morales y compartí muchas charlas con las y los integrantes de MeDes y con sus familias, a quienes agradezco su confianza y su tiempo. En Guatemala, entrevisté a otro miembro, la antropóloga Cristina Chávez Alvarado, cuya cabaña, emplazada en el predio de la asociación, ocupé durante mi estancia. Registré información en grabaciones de audio y video y llevé tanto un cuaderno de campo como un diario, herramienta

central para volcar muchas de mis impresiones y sentimientos cuando, a partir del atardecer, quedaba sola en un entorno semirural, a unos dos kilómetros del pueblo.

MEDICINAS TRADICIONALES AMERICANAS Y HEGEMONÍA BIOMÉDICA

La hegemonía de la biomedicina es una de las consecuencias político-económicas de la expansión colonialista del capitalismo: se impuso sobre otros sistemas médicos existentes al calor del proceso de ocupación de América, Asia y África. En principio, fue el sistema médico de las elites; posteriormente, en América Latina, en las últimas décadas del siglo XIX e inicios del XX, se extendió a los trabajadores cuya fuerza de trabajo era necesario preservar. A pesar de su secularismo, la medicina occidental se alió en numerosas ocasiones con las religiones cristianas en contra las medicinas originarias, con argumentos que se esgrimen hasta hoy, tachándolas de superstición, acusándolas de no tener evidencia empírica y sospechando de su potencial toxicidad (Baer, Singer y Susser 2013: 360-362), para desbaratar organizaciones locales potencialmente rebeldes.

La hegemonía se expresa también en la ilegalidad o paralegalidad (Nigenda *et al.* 2001) en la que sumen a los sistemas médicos que podrían representar una potencial competencia (Krmptotic 2016). Esto vale no sólo para las medicinas tradicionales americanas sino también para las medicinas holísticas en general – incluyendo a las llamadas alternativas y complementarias – que cuestionan desde un paradigma diferente el conjunto de creencias en las que se basa la ciencia. En las prácticas médicas, estas creencias se manifiestan en la especialización, la exclusión de las dimensiones espirituales de la existencia y la desestimación de las tramas ecológicas, vinculares y sociales de los procesos de salud-enfermedad

En general, la biomedicina ha desalentado el uso de medicinas holísticas, o las ha subordinado a un lugar de paliativo o complementación de sus propios tratamientos. Las medicinas populares, muchas de las cuales son continuidad de las medicinas nativas, han sido aún más deslegitimadas. El derecho penaliza, torna ilegal y proscribire la práctica del curanderismo cuya representación en discursos hegemónicos es asociada con la brujería y el esoterismo, más que a la naturopatía o la fitoterapia. La ciencia occidental moderna, el capitalismo global y el derecho establecen una alianza inexpugnable que invisibiliza las medicinas y sistemas de cura del sur global (Santos 2007).

La ilegalidad o la paralegalidad puede ser un obstáculo pero no necesariamente un impedimento para el desarrollo de estas otras medicinas (Navarro 1997): son, por un lado, toleradas por Estados nacionales que no pueden o no priorizan hacerse cargo de la salud de las poblaciones marginales, ya sea el segmento de menos recursos, los grupos más aislados o las comunidades excluidas del proyecto oficial de nación; por otro, se trata de prácticas sociocul-

turales arraigadas cuya capilaridad resultaría imposible extinguir. Como señala Alfonso Antona Rodríguez “la existencia de un sistema ‘oficial’ no significa que sea el más utilizado. En los países con economías menos avanzadas, los sistemas ‘tradicionales’, sobre todo en las zonas más aisladas, pueden ser los más utilizados – sino los únicos – en función de la accesibilidad, el costo, la confianza, etc.” (2014: 56).

Al mismo tiempo, y aunque pueda parecer paradójico, algunos autores denuncian la expropiación de estos saberes y la explotación comercial de prácticas terapéuticas y conocimientos tradicionales (Carneiro 1999; Magnani 1999; Baer, Singer y Susser 2013). Existe una legitimidad creciente de las medicinas no biomédicas entre las clases medias urbanas que repercute positivamente en la consideración de las medicinas tradicionales americanas (Aparicio Mena 2005; Bode 2008; Argyriadis *et al.* 2012; Papalini 2013). No obstante, el reconocimiento de la legitimidad de estas prácticas no es homogéneo ni unánime.

Cabe pues establecer la distinción entre legalidad y legitimidad: esta última se juega, no en el territorio del derecho, sino en el campo más vasto, contradictorio y prolífico de lo que en las sociedades se considera justo, eficaz, sensato y propio (o apropiado, en el doble sentido de ser parte de la cultura, la tradición o las costumbres, y de ser adecuado). Se trata de modos de validación social, independientes de los paradigmas de la ciencia y del derecho.

En cuanto a su legalidad y regulación, el panorama de América Latina es muy diverso. Las medicinas tradicionales americanas son admitidas en la mayor parte de los países de la región como parte de los derechos especiales acordados a identidades culturales autónomas (Bolados 2009; Langdon y Cardoso 2015; Navarro 2017). Esta legalidad no es absoluta ni pareja, pero resulta en una consecuencia lógica del reconocimiento de la diversidad cultural y de la promoción internacional de los derechos de los pueblos originarios.

La noción de salud intercultural o con pertinencia cultural, que tiende a garantizar el derecho a las prácticas terapéuticas propias, es un tema de debate (Mosquera Saravia 2013; Langdon y Garnelo 2017). En la práctica, los Estados nacionales no siempre la garantizan. En algunos casos, las prácticas reconocidas como parte de culturas específicas son confinadas al interior de las comunidades y su ejercicio es admitido entre grupos minoritarios para los cuales no siempre está garantizado el acceso a la biomedicina. En su expresión más fuerte, la constitución de estados plurinacionales reconoce las terapéuticas y medicinas tradicionales y las fortalece. El paradigma de la pluralidad epistemológica es, en el campo de la salud de América Latina, aún un horizonte lejano (Papalini y Avelín Cesco 2022).

En las culturas ancestrales americanas, las prácticas de cura y sanación hunden sus raíces en cosmovisiones antiguas. Una cultura, reflexiona Rosalba Piazza inspirándose en Jacques Monod, es “una alianza de los hombres con

el universo, no implicando necesariamente una ‘visión’ del mundo” (Piazza 2012: 12). La dimensión axiológica, consustancial a toda la alianza, define los modos de vida de los sujetos humanos, estableciendo un orden moral anterior a toda racionalización. Efectivamente, en las medicinas tradicionales americanas, la salud se apoya eficazmente en fito, zoo y geoterapias naturales, en un marco de creencias del que participa tanto la comunidad, como el mediador o la mediadora; una relación implícita con un orden sagrado del que la naturaleza forma parte de manera central. Una cosmovisión también se plasma en otras dimensiones de la vida social: en cuanto se revisa la materialidad de las prácticas de curar, emergen cuestiones tan relevantes como el significado de la enfermedad y la organización de los cuidados.

La visión, en cambio, implica una perspectiva. En el trabajo de campo, una visión cientificista puede suscitar dificultades metodológicas: en este tipo de concepción de mundo, los conocimientos no se expresan sistemática y objetivamente. Ello “no sólo no nos ayuda, sino que puede llegar a desviarnos, al trabajar con los saberes de una sociedad con rasgos tradicionales, en la que las mismas personas que poseen estos saberes no los organizan en un sistema codificado de conocimiento” (Piazza 2012: 14). No es que estos conocimientos no existan, sino que su definición es otra.

Carlos Zolla (1986; Zolla *et al.* 1988), al identificar el contexto en el cual se mueven las medicinas tradicionales, señala que corresponden al espacio familiar (lo cual amerita una revisión de los vínculos), que a su vez es manejado fundamentalmente por mujeres (implicando así la perspectiva de género) y que activa las redes comunitarias. El itinerario de la enfermedad se muestra así como un proceso de entradas y salidas múltiples entre lo público y lo privado, lo social y lo comunitario, lo religioso y lo médico, lo afectivo y lo biofísico; si bien existe cierta experticia, la medicina resulta de una práctica entramada en la vida cotidiana. En las curas y sanaciones holísticas, esta amalgama es el punto de partida; la enfermedad es concebida como una resultante sistémica y no una disfunción o anomalía aislada.

Las medicinas tradicionales originarias de América son, en general, y hasta donde he podido indagar, holísticas. Los fundamentos de la medicina maya *k’iche’* se basan en un sistema complejo y sutil donde lo frío, lo fresco y lo cálido son los principios tanto de la enfermedad como de la curación (Nicolas 1998). El equilibrio es uno de los fundamentos de la salud y, a la inversa, la enfermedad se vincula a los desequilibrios, que pueden acontecer de múltiples maneras. Algunos, como los grandes eventos naturales y plagas, trascienden a los sujetos; otros se vinculan con acciones colectivas o personales; guerras y pleitos, accidentes, ingestas tóxicas. Los desórdenes cósmico, comunitario y personal establecen correspondencias; por ello, su restauración involucra los diferentes planos y las ceremonias acompañan la utilización de hierbas medicinales o prácticas terapéuticas.

Este principio de equilibrio se transgrede también cuando un don no es reconocido y ejercitado; tanto en la investigación de Piazza como en mi trabajo de campo, a menudo encontramos que una vocación médica se manifiesta a partir de una enfermedad. Elvira, por ejemplo, comenzó su actividad como comadrona a partir de una consulta por una enfermedad desconocida; su vocación se revela a través de sus nawales (entrevista n.º 1, 14/02/2020). Entendidas desde la cultura *k'iche'*, no son enfermedades psicosomáticas individuales ni están asociadas a la realización personal; el don se despliega como servicio en la comunidad. Nuevamente, lo personal, lo comunitario y lo trascendente – manifestado por los nawales o los sueños – van entrelazados.

En este sentido, el equilibrio debe ser entendido en su sentido dinámico y como una manifestación vital, como condición propicia para el despliegue de la vida: no se trata de retornar a un orden anterior sino de favorecer la expansión de lo existente. El desorden cultural y personal también puede tener como vectores el abandono parcial de la propia cultura (como muestran algunas enfermedades identificadas por la medicina maya *k'iche'* tales como *moxrik* o *pakq'ab' chuch tat*), así como el consumo de bienes industriales y la alimentación pobre en nutrientes (evidenciado en otro trastorno: *molem yab'il*) (MeDes 2012a).

VIDA Y MUERTE EN EL ALTIPLANO DE GUATEMALA

En Guatemala, el equilibrio es una meta difícil. Este país multiétnico reconoce cuatro pueblos: maya, garífuna, xinca y mestizo. Los mayas, que incluyen 22 grupos étnicos, representan el 60% de la población total del país (Perén 2007). Las guerras frecuentes y el deterioro ambiental, así como la acción funesta de la naturaleza – como erupciones volcánicas y terremotos – han puesto a la población ante circunstancias extremas. La colonización en sí misma tuvo singular ímpetu y el exterminio fue moneda corriente. El avasallamiento continuó mucho más allá de la independencia del país, hasta bien avanzado el siglo XX.

“Desde el primer día que estábamos en la finca, mi hermanito estaba mal, muy mal. Mi mamá siguió trabajando y nosotros también. [...] Cuando teníamos quince días en la finca, empieza a estar en agonía mi hermanito y no sabíamos qué hacer con él. Los vecinos de nuestra comunidad estábamos divididos [...]. Y no sabíamos qué hacer porque estábamos en grupos, pero con gentes de otras comunidades, pero no podíamos hablar, no hablábamos la misma lengua. [...]. Tampoco sabíamos hablar el español. No nos entendíamos; necesitábamos ayuda. ¿A quién llamar? No había nadie con quien contar, y con el caporal menos. Más bien era posible que nos echara de la finca.” (Menchú y Burgos 2007 [1985]: 60)

El relato de Rigoberta Menchú muestra una imbricación poderosa entre explotación, opresión y exclusión cultural; una “máquina de muerte”, de acción aberrante, ejercida sobre los pueblos originarios que habitan la actual Guatemala desde hace un milenio. El testimonio, que expresa una violencia descarnada, proporciona un marco de inteligibilidad a la guerra que sumió al territorio entre 1980 y 1996 y permite identificar algunos aspectos concernientes a la salud: el hermanito de Rigoberta no recibió atención de ningún tipo. No se podía apelar a los vecinos; eran desconocidos; ni siquiera compartían el idioma. El caporal, ese representante del “otro próximo”, era un indígena como ellos, pero ejerce la dominación y la vigilancia al servicio de los patrones blancos. La medicina occidental no llegaba a los indígenas – tampoco la alimentación: el niño muere por desnutrición. Lo más impactante es que no se trata de un pasado remoto ni de tiempos de la colonia: esta escena acontece alrededor de 1967. Los *k'iche'* estaban siendo despojados de sus tierras y su posibilidad de subsistencia, pero antes habían sido despojados de algo más: su saber-curar. Como expresa Rigoberta Menchú, la proscripción parcial de las prácticas culturales propias tiene consecuencias concretas en la vida de esta población.

Una década más adelante, el panorama no había cambiado. La etapa del conflicto armado trajo un abandono aún mayor de la salud. El fermento de la Asociación Médicos Descalzos está igualmente unido a la dolorosa experiencia de la muerte infantil. Cuenta Felipe Pol Morales, hablando de una de sus hermanitas que fallece de bronquitis con apenas tres años, que los retenes en los caminos impedían la llegada de la enfermera que atendía el centro de salud; este no se abría durante semanas y la población quedaba sin ninguna forma de atención. Una segunda muerte acontece:

“... o sea ni siquiera un año que murió la otra. Entonces eso me dolió mucho desde el ver eso y saber eso, de que en el lugar hay ignorancia por parte de mis padres, y en la comunidad. Y también, en segundo lugar, ni siquiera mis padres acudieron a un curandero, porque también ellos creen que el curandero, el guía espiritual, es brujo, es hechicero. [Mis padres] entonces como ya son católicos [...] ‘Esos curanderos, ya no hay que ir con ellos, solo Dios, pero tal vez está el puesto de salud, pero como no está pues entonces dejemos en mano de Dios...’ Ignorancia, dejadez de haber creído que los chamanes, que los guías, son malos, no acudieron a ninguna parte. Y... y tercero, pues, el conflicto armado, que también impedía que los actores sociales, los enfermeros, los centros de salud, traigan alguna medicina [...]” [Felipe, entrevista realizada el 15/02/2020]

La conversión de los padres de Felipe los hace rechazar las prácticas terapéuticas tradicionales que uno de los abuelos de Felipe conocía bien. Sobre la

medicina *k'iche'* pesaba la interdicción de las Iglesias católica y evangélica; no obstante, la comunidad tampoco recibía atención biomédica básica. Felipe describe los tres tipos de medicinas a las que recurren los pobladores del altiplano de Guatemala – Piazza testimonia lo mismo acerca de la región de Totonicapán –: (1) la automedicación, que recurre a remedios industrializados, comprados en puestos del mercado o en la farmacia; (2) la atención médica primaria, representada por el centro sanitario, atendido por auxiliares como un enfermero o una enfermera; ocasionalmente un o una profesional, aunque es más frecuente que se llegue a esa instancia por una derivación posterior; y (3) la medicina tradicional, esta última practicada de manera discreta, casi clandestinamente. En el relato biográfico, Felipe narra el momento crucial en donde ya no había más que una posibilidad: recuperar los saberes antiguos:

“... a veces yo tenía que salir a buscar algo de medicina en la noche, a comprar o a buscar a alguien para que curara a mis hermanos. Sin embargo, llegó un momento donde por el mismo conflicto, hubo un estado de sitio, desde las seis de la mañana hasta las seis de la tarde, de esas horas ya no puedes salir, ya no puedes caminar. [...] Entonces uno se queda... qué puedo hacer. [...] Había mucho control, y los que fuimos católicos o evangélicos no tienes ni siquiera tu curandero, ni tu guía espiritual, ni nada. Ni tampoco tienes a tu médico, a tu enfermero, no; o sea, nos hemos quedado [...] entre la espada y la pared [...]” [Felipe, entrevista realizada el 15/02/2020]

Al igual que otras regiones, los pueblos originarios viven en condiciones socioeconómicas altamente desfavorables: pobreza, exclusión, marginación política, falta de acceso a los servicios de salud pública. Aunque existieron iniciativas para aumentar la pluralidad del sistema de salud, este sigue el modelo biomédico, que además utiliza el castellano, un idioma que gran parte de la población no habla. El perfil epidemiológico-cultural de las poblaciones mayas no es cubierto por el sistema de salud oficial (Perén 2007: 2).

MEDES Y EL FORTALECIMIENTO DE LA MEDICINA TRADICIONAL

La población del departamento de El Quiché está compuesta en un 90% por mayas. La mayoría de la población adulta habla *k'iche'* y castellano; otra parte, sobre todo los mayores, sólo habla *k'iche'*, mientras que jóvenes, niños y niñas hablan mayormente castellano. Es una de las zonas en donde la cultura originaria es fuerte. Según registra la bibliografía, una parte de la población maya que abandonó Tikal se instaló en esta región algunos años antes de la llegada de los conquistadores. Este grupo étnico los enfrentó fieramente; Tekun Umam, el héroe nacional, fue el último jefe *k'iche'*; su mítico enfrentamiento con el conquistador español Pedro de Alvarado constituye una de las

referencias centrales de la nación guatemalteca. Se trata pues de una zona con una identidad étnica fuerte.

Esta región fue el epicentro de numerosos conflictos bélicos: a partir de 1976 comenzaron a emerger organizaciones indígenas y campesinas que se rebelaron contra el orden racista y autoritario establecido, convergiendo con las reivindicaciones guerrilleras. En el período inmediatamente anterior al nacimiento de MeDes, sin embargo, la Unidad Revolucionaria Nacional Guatemalteca (URNG) había sido derrotada y las articulaciones se habían debilitado. Julieta Rostica ubica el resurgimiento de las organizaciones populares indígenas hacia 1991, como consecuencia de una incipiente apertura democrática y reacción ante la represión. En efecto, la defensa de los derechos humanos y los derechos étnicos fueron pilares de la Coordinadora de Sectores Surgidos por la Represión y la Impunidad y el Consejo de Organizaciones Mayas de Guatemala (COMG), integradas a la Coordinadora de Sectores Civiles (CSC) con el propósito de representar los intereses del pueblo maya. “El período que comprendió los años 1994-1996, durante el cual se desarrolló el conocido ‘proceso de paz’ caracterizado por la mediación de Naciones Unidas en el diálogo entre las organizaciones insurgentes y el gobierno, vio una nueva forma de participación del pueblo indígena” (Rostica 2007: 78).

La Asociación Médicos Descalzos de Chinique se gestó un poco antes. Se trata de una organización no gubernamental (ONG) que nació en 1989. A partir de una iniciativa de Felipe Pol, un grupo de jóvenes de la Iglesia Católica instó al sacerdote Benoît Charlemagne a buscar alternativas al desamparo y el aislamiento en el que los dejaba sumidos el conflicto armado. Se propusieron rescatar la medicina tradicional para ofrecerla a la población que quedaba aislada y carente de atención básica. La intención era recuperar los tratamientos aplicados a enfermedades comunes, a partir del uso de hierbas medicinales y tratamientos ancestrales que subsistían en la región. Con la intervención del sacerdote, este grupo tomó contacto con la Asociación Médicos Descalzos de Francia que envió una misión a El Quiché. Después de una primera evaluación, se instaló en el pueblo un equipo formado por un etnobotánico, un etnofarmacéutico y una etnomédica, con el objetivo de ayudar al grupo a sistematizar y validar el conocimiento tradicional.

La tarea no era sencilla; la estigmatización de los terapeutas mayas generaba desconfianza; los *ajq'ijab'* (guías espirituales); *iyomab'* (comadronas), *ajchipalb'aq* (componehuesos) y *ajkunelab'* (curanderos) no se fiaban de los entusiastas jóvenes y su propósito. Aunque renuentes al principio, paulatinamente, a través de una metodología de acción participativa que facilitó la interacción entre el grupo y los depositarios de este saber, comenzó a recopilarse información. Luego se la comparaba con literatura bioquímica o se verificaba en el laboratorio. Para la asociación no era suficiente con aplicar los conocimientos médicos ancestrales; había que recopilar, validar y perfeccionar la información,

así como brindar espacios de encuentro para que, analizando situaciones y casos, el conjunto de los y las especialistas mayas *k'iche'* pudieran aprender en el intercambio con otros. El esfuerzo de legitimación era tanto interno – es decir, que su acción fuera reconocida por la comunidad *k'iche'* – como externo, de cara a la ciencia médica. El equipo de Francia estuvo trabajando con ellos unos años y dio por terminada la misión; la asociación continuó la tarea autónomamente. En 1989 logró financiamiento para comprar un inmueble y desarrollar un jardín, un secadero de plantas y un laboratorio que se registraron a nombre de la diócesis ya que en el momento la asociación no tenía personería jurídica.

Hacia 2007 se produjo la ruptura con la Iglesia Católica: acusados de practicar brujería, les retiraron el apoyo y los despojaron de sus instalaciones. El grupo inicial de MeDes Chinique se dividió y quienes permanecieron en la voluntad de continuar con la asociación fueron expulsados de la Iglesia, aun siendo muchos de ellos catequistas y participantes de sus grupos. El conflicto duró varios años y significó la deserción de muchos de los primeros participantes, así como la confusión de una parte de la comunidad. La acusación de la Iglesia fue una fuente de deslegitimación interna.

En un documento firmado por integrantes de la asociación, se señala:

“Condenamos también el hecho de que las comadronas de algunas aldeas de Chinique hayan sido amenazadas por seguir participando de las actividades de Médicos Descalzos, en donde algunas personas que se identificaron como catequistas, llegaron diciéndoles que los Médicos Descalzos ya fueron atacados a balazos por seguir en esta casa pero que la próxima vez serán bombardeados los que allí sigan reuniéndose.” (MeDes 2007: 5)

La actuación de la institución católica interpuso un escollo al desarrollo de la novel asociación: no sólo produjo un cisma interno sino que desacreditó la tarea de recuperación de los saberes propios. Aunque las voces acusadoras se enfocaban en las ceremonias mayas que implicaban la utilización de candelas, la Iglesia actuó sobre todo en cuanto al patrimonio de la asociación, edificado a partir de donaciones y subsidios internacionales. La relación entre la Iglesia y la asociación está plagada de contradicciones, tensiones y negociaciones que hablan de una interacción fluida y abierta y es tan cierto su apoyo como su boicot.

En efecto, la posición católica no es uniforme. Roberto Falla, sacerdote e investigador, indica que, a partir del 2000, se evidenciaron cambios. “Antes, la iglesia fomentó el rechazo de prácticas importantes de la espiritualidad maya *k'iche'*, que ahora pretende apreciar y enaltecer” (2015: 100). Identifica tres posturas: la incompatibilidad, que es “una forma elegante de decir que ‘eso es del diablo’, ‘que no volvamos al pasado’” (2015: 101); el diálogo interreligioso,

donde se ve a “la espiritualidad maya como otra religión, al estilo del hinduismo, donde se reconoce que está presente Dios, pero que es distinta del cristianismo y del catolicismo”, y finalmente una suerte de sincretismo, “que lleva a casi una identificación entre la espiritualidad maya, entendida en su sentido estricto, y la espiritualidad cristiana” (2015: 102). Aunque de escasos matices, el esquema ayuda a comprender el abanico de posiciones actuales.

En el caso de MeDes, la condena religiosa a las actividades de la medicina tradicional no implicó necesariamente el rechazo total de la población: cuenta Felipe que evangélicos y católicos concurrían a su consultorio de noche, ocultándose. Aunque oficialmente las iglesias de El Quiché siguieron ejerciendo su poder para desalentar y desbaratar las identidades originarias, el golpe no acabó con la asociación; el grupo restante se consolidó y se incorporaron Elvira Morales Pantó, importante referente de las comadronas, y Cristina Chávez Alvarado, que actualmente se desempeña como terapeuta.

LEGITIMACIÓN INTERNA Y EXTERNA: VALIDACIÓN DE CONOCIMIENTOS TRADICIONALES

El proceso que viene desplegando MeDes para ganar legitimidad ha sido sintetizado en diez pasos. Esta primera e inicial caracterización de su metodología, que engloba aproximadamente al conjunto de actividades desarrolladas hasta el presente, establece una tipificación de las acciones de legitimación interna y externa. A pesar de que se identifican separadamente, muchas de las acciones sirven a más de un propósito:

- ♦ Detección de los acervos de saberes: consiste en identificar a los depositarios de la memoria comunitaria, que permanecen ocultos o desconían, y generar un vínculo que permita la transmisión.
- ♦ Recopilación y sistematización: se registran los conocimientos tradicionales comunicados por discipulado, es decir, a través del ejercicio de las prácticas terapéuticas, y la enseñanza oral de curanderos, guías espirituales y comadronas. Esa información se compila e interpreta desde marcos culturales comunes y compartidos.
- ♦ Validación colectiva: a través de talleres, se ponen en común y se sistematizan los usos terapéuticos, ampliando el acervo de conocimiento colectivo. Se deja constancia no sólo de los usos más frecuentes y mayoritariamente testimoniados, sino también de los usos marginales o diferenciados. Estos talleres sirven de perfeccionamiento y actualización autogestiva y horizontal, así como de construcción participativa de la organización.
- ♦ Comprobación y comparación con parámetros de la biomedicina: se realizó mayormente durante la misión de Médicos Descalzos de Francia.

Este equipo identificó las hierbas medicinales, validó su uso a partir del reconocimiento de sus principios activos, estableció su dosificación y enseñó a los miembros de la asociación a recolectar, hacer tinturas madre, fraccionar y etiquetar. Continúa actualmente; varios miembros de MeDes complementaron su formación con estudios de enfermería (Elvira Morales Pantó), medicina (Felipe Pol Morales) e kinesiología (Cristina Chávez Alvarado).¹

- ♦ Establecimiento de enfermedades según la cosmovisión maya *k'iche'*, especialmente en el ámbito de la llamada salud mental (MeDes 2011; MeDes *et al.* 2017): se realizan búsquedas de información, a través de documentos y de relatos, para reconstruir y ampliar el conocimiento de la cultura maya ancestral.
- ♦ Registro y preservación de conocimientos: se resguardan en forma de libros (Nicolas, Association Jardins du Monde y MeDes 2013) y a través de videofilmaciones. Esta tarea, complementaria a las de los puntos 1 y 2, subsana la evanescencia de los conocimientos orales y protege el patrimonio cultural y cognoscitivo, fijando la memoria y volviéndola accesible.
- ♦ Actividades endoformativas: se produce a través de talleres de intercambio y fortalecimiento de saberes con curanderos, comadronas, guías espirituales, que apuntan tanto a ampliar conocimientos en la dimensión de la salud como a la cultura maya *k'iche'* en general, revalorizándola y generando cohesión en la organización (MeDes 2012b). Varios de los libros tienen un formato ilustrado – como historietas –, replicando visualmente lo que se explica en el texto para los terapeutas que no escriben ni leen en castellano (MeDes Guatemala s/f; MeDes *et al.* 2013). Este ítem incluye la actividad de difusión en escuelas, institutos de magisterio y ONG locales y regionales, brindando charlas, talleres y formaciones. Pero no sólo se trata de conocimientos en torno a la salud sino también de incorporar otros saberes útiles y complementarios tales como nutrición, administración, etc.
- ♦ Apertura de tratamientos a la comunidad: aunque desde el principio cuentan con instalaciones para consulta y para talleres, la divulgación de su tarea va acercando a personas que no son del entorno local, que viajan especialmente a utilizar el temazcal, recibir masajes, comprar tinturas, etc.

1 Cristina Chávez indica que la posibilidad de diálogo con la biomedicina pasa por conocerla y entenderla en sus propios términos, más allá de que luego se utilicen los conocimientos maya *k'iche'* [entrevista 29/02/2020].

- ♦ Reconocimiento del sistema de salud oficial: se han logrado avances significativos en el caso de las comadronas pero también se intenta en relación con las demás especialidades.
- ♦ Difusión externa en medios expertos: circula fundamentalmente en medios académicos, como muestran los talleres de etnopsiquiatría con los médicos residentes del Hospital Nacional de Salud Mental de Guatemala. En medios judiciales también ha sido requerida la participación de MeDes.

La discusión científicista sobre este sistema médico critica su método de diagnóstico, que utiliza algunas herramientas semejantes a las de la biomedicina (relato, signos y síntomas del paciente, correlacionados con la experiencia del profesional y sus saberes adquiridos por discipulado y transmisión oral) así como también métodos propios de la cosmovisión, que establecen otras tramas de intelección de la enfermedad o el trastorno: se utilizan frijoles, en una práctica oracular; se interpretan sueños y signos naturales y se estudian los nawales del o de la consultante y su núcleo cercano, entendiendo que hay cuestiones asociadas a la familia que van más allá del código genético. La enfermedad se aborda holísticamente, entendiéndose en relación con la totalidad de la cultura del sujeto, que incluyen sus relaciones interpersonales y comunitarias, sus ancestros y el orden natural.

El curandero o la comadrona escuchan largamente. Revisan cuidadosamente. Se toman su tiempo para interpretar. Tratan de relacionar el caso con los indicios, desde todo su saber. Proponen un tratamiento muy personalizado, a través de un complejísimo sistema de utilización de plantas donde su característica de fría, fresca o caliente se atenúa o refuerza con mezclas y formas de recolección y utilización, que permiten jugar con distintas combinaciones hasta lograr la potencia deseada. Y si no funciona, prueban con otro tratamiento o derivan.

Esta medicina tiene bajo costo. No es tan compleja como para resolver cuestiones que requieran un tratamiento quirúrgico o una intervención mayor (estuve presente cuando llegó un enfermo con insuficiencia renal, con indicación de hemodiálisis, y el médico tradicional apoyó esa indicación, aunque propuso que *a posteriori* intentara un tratamiento natural), pero sí afecciones habituales, partos y enfermedades psicocomunitarias que no son equivalentes a las de la cultura occidental. En este último campo, la biomedicina no ofrece soluciones, sólo tratamientos.

COMADRONAS Y MORTALIDAD MATERNA

MeDes despliega varias líneas de trabajo consolidadas: el uso de hierbas medicinales, en general en manos de curanderos y curanderas, al que se suman la

preparación de tinturas, arcilla, el *tuj* o temazcal y los masajes; el comadrazgo y el trabajo de los y las guías espirituales que supone un nivel de conocimiento y experiencia mayor. Los y las guías espirituales (Elvira es comadrona y guía espiritual)² pueden abordar lo que en biomedicina son psicopatologías y que para la cultura *k'iche'* implican factores comunitarios e identitarios. Por su parte, el trabajo de las comadronas también resulta muy abarcador puesto que involucra cuestiones de salud mental. Tanto el trabajo de los guías espirituales en relación con las psicopatologías, como el de las comadronas han logrado legitimidad tanto interna como externa. La legitimidad externa, en el primer caso, se basa en su reconocimiento en medios académicos; en el segundo, en los servicios de salud oficiales. Tomo esta última línea como ejemplo para describir las tensiones entre legitimidad y deslegitimación, así como el valor que cobran estas prácticas en la trama cultural local.

Conviene leer la importancia de las comadronas en relación con algunos datos nacionales (Chávez Alvarado y Mosquera Saravia 2018). La frecuente muerte infantil fue encarnada en los testimonios de Menchú y Pol Morales, pero la mortalidad materna corre pareja con ella. El cuidado materno-infantil es una cuestión que reclama atención urgente, en especial entre la población indígena, que se revela como el grupo más vulnerable.

“Las mujeres indígenas son las que habitan en las condiciones de vida más precarias, las que tienen las tasas de fecundidad más altas, y el menor porcentaje de nacimientos asistidos por médicos o enfermeras [...]. La tasa de mortalidad materna para este grupo es tres veces mayor (211 muertes por cada 100.000 nacimientos) que para el grupo no-indígena (70 por cada 100.000 nacimientos), según el informe Línea Basal de Mortalidad Materna para el año 2000. A nivel nacional, los departamentos en los que la mortalidad materna está por encima del promedio nacional son: Alta Verapaz y Petén (región norte), Sololá y Totonicapán (sudoeste), Huehuetenango y El Quiché (noroeste) e Izabal (noreste).” (Franco de Méndez 2003: s/p)

En 1990, la cantidad de muertes maternas cada 100.000 nacidos vivos fue de 205; en 1995, de 173; en 2000 se redujo a 120; en 2005 siguió disminuyendo, contabilizándose 109 muertes. En 2015, fueron 88, es decir, menos de la mitad de la cantidad consignada en 1990. Las tendencias en las estimaciones de la tasa de mortalidad materna de Guatemala muestran un porcentaje de variación del 57,1% entre 1990 y 2015. Aunque siguen siendo altas, la OMS califica esta evolución como “haciendo progresos” (World Health Organisation [WHO] 2015: 72).

2 El caso de Elvira como lideresa comunitaria muestra cambios en curso, apoyados por MeDes, en cuanto al debilitamiento del fuerte patriarcado que se ejerce en la comunidad.

¿Cómo puede entenderse esta elevada mortandad? Existen problemas convergentes que han sido descritos por las perspectivas de género interseccionales: se trata de la triple opresión del patriarcado, la raza y la pobreza (Boddenberg 2018; Figueroa Romero y Hernández Pérez 2021). La mujer depende en importante medida de la decisión del marido y de su familia. La atención de un médico atenta contra el pudor; pero, además, existen barreras idiomáticas, económicas, culturales y de acceso que vuelven dificultoso el control del embarazo y de la parturienta. Mosquera Saravia explica esta situación:

“Interpretando los datos históricos que se tienen para el oficio de partería y curandería, se puede afirmar que éstos no desaparecen debido primordialmente a la falta de médicos y personal sanitario en áreas lejanas y remotas, por la falta de recursos económicos entre la población, pero primordialmente, por las preferencias o demanda que hay entre la población hacia este tipo de terapeutas.” (2006: 117)

La actividad de las comadronas tiene una fuerte legitimidad entre la comunidad; sin embargo, las mujeres en general, y las comadronas en particular, son víctimas de un poder patriarcal que restringe sus posibilidades: no todas ellas pueden salir de su hogar durante la noche, aun cuando sea para atender un parto; su circulación por distintas casas es objeto de chismes e incluso pueden ser rechazadas por la familia de la mujer embarazada, impidiéndoseles el control o la derivación a centros de salud cuando el caso lo amerita. También la religión juega aquí un papel:

“Entonces cuando yo empecé el trabajo de comadrona, ahí es donde vi las dificultades que hay en las comunidades con las familias. Si uno le dice que vaya al centro de salud para hacerse su control, o que se vaya al hospital para que vaya a hacer su control, la familia no permite, y la religión, que es muy fuerte.

En el momento del parto, se reúnen y dicen que mejor primero tenemos que orar, si Dios nos dice que sí tenemos que referir el paciente, lo llamamos. Si Dios nos dice que tiene que estar en casa, es que tiene que estar en casa.”
[Elvira, entrevista 14/02/2020]

La coordinación de las comadronas por parte de Elvira cohesionó al grupo de mujeres convocadas por MeDes. Desde la medicina oficial intentaron disuadir las, disolverlas y desprestigiarlas; finalmente, se avinieron a trabajar con ellas. Esta línea de trabajo ha encontrado reconocimiento y acreditación dentro del sistema de salud y entre la población de la región. En este sentido, el trabajo de comadronas de MeDes ha resultado fundamental ya que lograron establecer unos protocolos de actuación complementarios con los servicios de

salud locales que parten de la acreditación de sus conocimientos: se les toma un examen y se les brinda un carnet cuya validez debe ser renovada periódicamente. Los acuerdos incluyen la exigencia de que la embarazada realice controles en el centro de salud, en especial para detectar situaciones de riesgo que demanden cuidados especiales; la posibilidad de derivaciones; la preferencia en la asistencia de ambulancias ante el requerimiento de comadronas y el reconocimiento de su firma en el registro de identidad de recién nacidos de partos domiciliarios. La acreditación supone que las comadronas participen de las instancias formativas que ofrece mensualmente el centro de atención de salud primaria de la zona.

A nivel de la política sanitaria nacional, la labor de las comadronas ha obtenido un reconocimiento significativo. En el documento editado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS 2015), se reconoce que las comadronas atienden el 32% de los partos producidos en Guatemala pero en la región del altiplano este porcentaje asciende al 79%. Distintos decretos y leyes asociados a la maternidad, así como el derecho a la identidad y la protección de grupos étnicos reconocidos a partir de la firma del Acuerdo de Paz de 1996, colaboran en este sentido. La noción de pertinencia cultural (MSPAS 2011) parece la síntesis de estas elaboraciones. En la práctica, según expresan Elvira y Felipe, hay sobre todo una estrategia de cooptación, inclusive rentando a algunas comadronas e incluyéndolas en el sistema sanitario oficial.

Las demandas de MeDes están orientadas al reconocimiento y fortalecimiento de su medicina, y al aporte que, desde la cultura *k'iche'*, puede hacerse a la salud. Para ello, y como parte de la estrategia general de trabajo, han elaborado tanto manuales que distribuyen en el grupo (MeDes *et al.* 2012), así como otras publicaciones en donde dan cuenta de trastornos propios de las embarazadas y púerperas que no encuentran equivalente en la literatura biomédica (MeDes *et al.* 2017). Las comadronas de MeDes, además, organizan talleres de autoperfeccionamiento donde analizan casos, especialmente aquellos que tienen complicaciones, intercambiando modos de resolución. La asociación utiliza sus ingresos para financiar el transporte y el refrigerio de las terapeutas asistentes. En estas acciones, se fortalecen internamente: las comadronas más antiguas forman a las recién ingresadas, comparten experiencias, socializan la información de aquellas que han participado de las instancias formativas oficiales y se sonríen ocasionalmente ante las instrucciones de los y las profesionales de la salud oficial, que presuponen la utilización de un equipamiento que no poseen (como estetoscopios o mascarillas para el bombeo de oxígeno al recién nacido) o que instan a la atención doméstica del parto aplicando normas de higiene que no resultan factibles (como “limpiar los pisos”, cuando muchas de las casas tienen suelo de tierra).

Las comadronas además elaboraron una cartilla que, a la inversa, “forma” al personal de salud para que se dirija a ellas correctamente; respete sus

conocimientos; solicite su participación y escuche su información cuando la embarazada llega a ser atendida. Este material tiene por objetivo subsanar la subestimación, la discriminación y el prejuicio (Vélez Gaitán *et al.* s/f). Además, son convocadas por algunas escuelas para dar charlas sobre salud sexual y reproductiva, pues hablan a las niñas en su propia lengua, lo cual las alienta y les da confianza.

La bibliografía internacional recoge la labor de MeDes (Alderete 2004: 65). Pero, como señala Perén, “no obstante la riqueza conceptual y de recursos de la medicina maya y del aporte no cuantificado ni reconocido que hace a la sociedad en la atención de la salud, sus prácticas se ejercen en condiciones de subordinación, marginalidad y rechazo desde los espacios oficiales” (2007: 2).

CONCLUSIONES

¿Cuáles son, a partir de este caso concreto, las “diferencias legítimas”? El trabajo de MeDes despliega no sólo tácticas que permitan la supervivencia de la medicina maya *k'iche'* tradicional sino una suerte de “puesta al día” de esta medicina que no reniega del diálogo con el sistema de salud oficial. Pero la diferencia legítima implica algo más: demanda un orden igualitario, pretende reciprocidad. Así como los y las especialistas de la salud maya pueden apelar a la biomedicina cuando se encuentran con afecciones que no son capaces de tratar, esperan que la biomedicina recurra a las terapias mayas, compendiadas y validadas por la asociación, para la población maya, pero también dándoles lugar en otros casos ya que esta medicina ha mostrado su validez en diferentes instancias. Se trata, como se planteó al principio, de obtener reconocimiento, ser valoradas y legalizadas, más que ocupar un lugar subalterno y complementario.

Quizá esta reciprocidad sea una meta inalcanzable, teniendo en cuenta la caracterización de la hegemonía del sistema biomédico planteada al inicio. Ciertamente, una estrategia política requiere formas de organización. Dice Piazza: “La imposición desde arriba de políticas discriminatorias e injustas se encontró con la ausencia de organización y oposición desde abajo, aquella ‘sociedad civil’ (indígena y no) que en estas circunstancias no logra construir una alternativa viable” (2012: 203).

El caso analizado deja varias reflexiones. La primera es que es posible pensar una medicina tradicional viva que busca condiciones para seguir desarrollándose, sin atarse al pasado como una herencia que obliga sino estableciendo un vínculo de memoria activa y productiva. La segunda, que la discusión de políticas públicas y el reconocimiento de derechos pueden ser eficaces siquiera parcialmente. La tercera, que los procesos de revalorización, sistematización y ampliación de conocimientos pueden hacerse desde un tipo de relación social igualitaria, horizontal y autogestiva. Por último, enseña que la medicina maya

k'iche' tiene resultados muy positivos en la salud de la población, y que lo hace desde un paradigma completamente diferente, un paradigma donde convivir es parte de una ética que nunca puede ser pensada sólo como médica. En ese sentido, se trata de modelos societales diferentes, con derecho a la existencia.

BIBLIOGRAFÍA

- ALDERETE, Ethel, 2004, *Salud y Pueblos Indígenas*. Quito: Abya-Yala.
- ANTONA RODRÍGUEZ, Alfonso, 2014, *Cultura y Salud en la Acción Humanitaria: Una Perspectiva Etnográfica*. Disponible en < <http://semhu.es/wp-content/uploads/2017/04/CULTURA-Y-SALUD-EN-LA-ACCIO%CC%81N-HUMANITARIA.pdf> > (última consultación enero de 2023).
- APARICIO MENA, Alfonso, 2005, “La medicina tradicional como medicina ecocultural”, *Gazeta de Antropología*, 21. Disponible en < <http://hdl.handle.net/10481/7181> > (última consultación enero de 2023).
- ARGYRIADIS, Kali, Stefania CAPONE, René DE LA TORRE, y André MARY (eds.), 2012, *En Sentido Contrario: Transnacionalizaciones de las Religiones Africanas y Latinoamericanas*. México, DF: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores de Antropología Social, Editora Academia y Institut de Recherche pour le Développement.
- BAER, Hans, Merrill SINGER, y Ida SUSSER, 2013, *Medical Anthropology and the World System: Critical Perspectives*. West Port, CT: Bergin y Garvey.
- BODDENBERG, Sophia, 2018, “Mujeres indígenas y afrodescendientes, interseccionalidad y feminismo decolonial en América Latina”, *Búsquedas Políticas*, 7 (1): 1-9. Disponible en < http://politicaygobierno.uahurtado.cl/wp-content/uploads/sites/8/2018/06/sophia_boddenberg_mujeres_indigenas.pdf > (última consultación en enero de 2023).
- BODE, Maarten, 2008, *Taking Traditional Knowledge to the Market: The Modern Image of the Ayurvedic and Unani Industry 1980-2000*. Hyderabad: Orient Black Swan.
- BOLADOS, Paula, 2009, “¿Participación o pacificación social? La lógica neoliberal en el campo de la salud intercultural en Chile: el caso atacameño”, *Estudios Atacameños*, 38: 93-106.
- BRIONES, Claudia, 2019, *Conflictividades Interculturales*. Bielefeld (Alemania): Bielefeld University Press. Disponible en < http://www.calas.lat/sites/default/files/briones.conflictividades_interculturales.pdf > (última consultación en enero 2023).
- CARNEIRO, Henrique, 1999, “As drogas no Brasil colonial: o saber indígena e os naturalistas europeus”, in Eunice Nodari, Joana Maria Pedro y Zilda Márcia Grícoli Yokoi (eds.), *História: Fronteiras. Anais do XX Simpósio Nacional de História*, I. São Paulo: ANPUH/Humanitas/FFCSH-USP, 1007-1016.
- CHÁVEZ ALVARADO, Cristina, y María Teresa MOSQUERA SARAVIA, 2018, “El quehacer de las comadronas: los programas de ‘capacitación’ y la mortalidad materna en Guatemala”, *Análisis de la Realidad Nacional*, 147 (7): 34-67. Disponible en < <http://ipn.usac.edu.gt/wp-content/uploads/2018/08/IPN-RD-147-1.pdf> > (última consultación enero 2023).

- FALLA, Ricardo, 2015, “Camino de vida en la investigación del hecho religioso”, *Encuentro*, 102: 91-107.
- FIGUEROA ROMERO, Dolores, y Laura HERNÁNDEZ PÉREZ, 2021, “Autonomía, interseccionalidad y justicia de género: de la ‘doble mirada’ de las mayores a las violencias que no sabemos cómo nombrarlas”, in Miguel González, Araceli Burguete Cal y Mayor, José Marimán, Pablo Ortiz-T., y Ritsuko Funaki (orgs.), *Autonomías y Autogobierno en la América Diversa*. Quito: Abya-Yala, 349-380. Disponible en <<https://www.iwgia.org/en/documents-and-publications/documents/406-autonom%C3%ADas-y-auto-gobierno-en-la-am%C3%A9rica-diversa/file.html>> (última consultación en enero de 2023).
- FRANCO DE MÉNDEZ, Nanci, 2003, “Mortalidad materna en Guatemala: una tragedia evitable”. Disponible en <[https://ccp.ucr.ac.cr/bvp/texto/18/index.htm#:~:text=A%20nivel%20nacional%2C%20los%20departamentos,%20e%20Izabal%20\(noreste\)](https://ccp.ucr.ac.cr/bvp/texto/18/index.htm#:~:text=A%20nivel%20nacional%2C%20los%20departamentos,%20e%20Izabal%20(noreste))> (última consulta en enero de 2020).
- GOOD, Byron, 2003, *Medicina, Racionalidad y Experiencia: Una Perspectiva Antropológica*. Barcelona: Bellaterra.
- KRMPOTIC, Claudia, 2016, “Cuidar la salud en lo diverso: medicina multicultural como un fenómeno de larga duración”, in Claudia Krmptic y María Mercedes Saizar (coords.), *Políticas Socio-Sanitarias y Alternativas Terapéuticas: Intersecciones bajo la Lupa*. Buenos Aires: Espacio, 17-24.
- LANGDON, Esther, y Marina CARDOSO (orgs.), 2015, *Saúde Indígena: Políticas Comparadas na América Latina*. Florianópolis: Editora da UFSC.
- LANGDON, Esther, y Luiza GARNELO, 2017, “Articulación entre servicios de salud y ‘medicina indígena’: reflexiones antropológicas sobre política y realidad en Brasil”, *Salud Colectiva*, 13 (3) 457-470. Disponible en <https://digital.cic.gba.gov.ar/bitstream/handle/11746/6296/11746_6296.pdf-PDFA.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (última consultación en enero de 2023).
- MAGNANI, José Guilherme, 1999, “O xamanismo urbano e a religiosidade contemporânea”, *Religião e Sociedade*, 20 (2): 113-140.
- MEDES – ASOCIACIÓN MÉDICOS DESCALZOS, 2007, Documento de denuncia del 14 de septiembre, Chinique: MeDes.
- MEDES – ASOCIACIÓN MÉDICOS DESCALZOS, 2011, “Segundo encuentro etnopsiquiátrico entre terapeutas mayas quiché’ y médicos residentes de psiquiatría”, realizado el 06/05/2011. Disponible en <<https://www.youtube.com/watch?v=7g5SuGyMwJI>> (última consultación enero de 2023).
- MEDES – ASOCIACIÓN MÉDICOS DESCALZOS, 2012a, *¿Yab’il xane K’oqil? / ¿Enfermedades o consecuencias?* Ciudad de Guatemala: Fundación Cholsamaj.
- MEDES – ASOCIACIÓN MÉDICOS DESCALZOS, 2012b, Reunión del Consejo de Comadronas y Guías Espirituales. Disponible en <<https://www.youtube.com/watch?v=dKIzHVZ3low>> (última consultación enero 2023).
- MEDES – ASOCIACIÓN MÉDICOS DESCALZOS, Cristina CHÁVEZ ALVARADO, Elvira MORALES PANTÓ, y Felipe POL MORALES, 2012, *Conocimiento Tradicional de las Comadronas sobre Salud Reproductiva*. Chinique: Asociación Médicos Descalzos.
- MEDES – ASOCIACIÓN MÉDICOS DESCALZOS, Cristina CHÁVEZ ALVARADO, Elvira MORALES PANTÓ, y Felipe POL MORALES, 2017, *Salud Mental Materna*. Ciudad de Guatemala: Fundación Cholsamaj.

- MEDES – ASOCIACIÓN MÉDICOS DESCALZOS, Cristina CHÁVEZ ALVARADO, Pablo BARONE, Felipe POL MORALES y Elvira MORALES PANTÓ, 2013, *Q'ij Alaxik*. Chinique: Asociación Médicos Descalzos.
- MEDES GUATEMALA – ASOCIACIÓN MÉDICOS DESCALZOS GUATEMALA (s/f), *Enseño a la Comunidad: Plantas Medicinales para las Diez Enfermedades Más Comunes en Guatemala*. Manual del promotor. Ciudad de Guatemala: Asociación Médicos Descalzos.
- MENCHÚ, Rigoberta, y Elizabeth BURGOS, 2007 [1985], *Me Llamo Rigoberta Menchú y Así Me Nació la Conciencia*. México, DF: Siglo XXI.
- MENÉNDEZ, Enrique, 1994, “La enfermedad y la curación ¿Qué es medicina tradicional?”, *Alteridades*, 4 (7): 71-83.
- MOSQUERA SARAIVA, María Teresa, 2006, *Lógicas y Racionalidades: Entre Comadronas y Terapeutas Tradicionales*. Ciudad de Guatemala: IDEI y USAC.
- MOSQUERA SARAIVA, María Teresa, 2013, “Lecturas necesarias para las políticas multiculturales de salud en Guatemala”, *Estudios Interétnicos*, 24, 44-72.
- MSPAS – MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL, 2011, *Normas con Pertinencia Cultural... Hacia la Interculturalidad*. Disponible en <https://www.paho.org/gut/index.php?option=com_docman&view=download&alias=570-2011-normas-con-pertinencia-cultural&category_slug=sfc-salud-reproductiva-materna-y-neonatal-nacional&Itemid=518> (última consultación en enero de 2023).
- MSPAS – MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL, 2015, *Política Nacional de Comadronas de los Cuatro Pueblos de Guatemala 2015-2025*. Ciudad de Guatemala: Unidad de Atención de los Pueblos Indígenas.
- NAVARRO, Roberto Campos, 1997, “Curanderismo, medicina indígena y proceso de legalización”, *Nueva Antropología*, 53: 67-87.
- NAVARRO, Roberto Campos, 2017, “Veinticinco años de políticas públicas en salud indígena, medicina tradicional e interculturalidad en la región andina: una aproximación a los casos de Chile, Bolivia y Venezuela (1990-2015)”, *Boletín Americanista*, 74: 69-89.
- NICOLAS, Jean Pierre, 1998, “Pharmacopée traditionnelle des maya k'iche': étude ethnopharmacologique et système de classification indigène”. Paris: Ecole Pratique des Hautes Etudes, tesis doctoral.
- NICOLAS, Jean-Pierre, ASSOCIATION JARDINS DU MONDE, y MEDES, 2013, *Manual de Plantas Medicinales del Altiplano de Guatemala para el Uso Familiar*. Chinique: Asociación Médicos Descalzos.
- NIGENDA, Gustavo, Gerardo MORA-FLORES, Salvador ALDAMA-LÓPEZ, y Emanuel OROZCO-NÚÑEZ, 2001, “La práctica de la medicina tradicional en América Latina y el Caribe: el dilema entre regulación y tolerancia”, *Salud Pública (Méx.)*, 43 (1): 41-51.
- OMS – ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2002, *Estrategia de la OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005*. Disponible en <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67314/WHO_EDM_TRM_2002.1_spa.pdf;jsessionid=5542B9F0BF11720EEE66C2CF0249DA70?sequence=1> (última consultación enero 2023).
- PAPALINI, Vanina, 2013, “Recetas para sobrevivir a las exigencias del capitalismo (o de cómo la autoayuda se volvió parte de nuestro sentido común)”, *Nueva Sociedad*, 245: 163-177.
- PAPALINI, Vanina, y María Josefina AVELÍN CESCO, 2022, “Pluralismo médico: regulaciones y concepciones de salud en seis países de América Latina”, *Perfiles Latinoamericanos*, 59: 1-21.

- PERÉN, Hugo, 2007, “Rescate de la medicina maya e incidencia para su reconocimiento social y político: estudio de caso. Guatemala”, Health Systems Knowledge Network. Disponible en < https://www.who.int/social_determinants/resources/csdlh_media/mayan_medicine_2007_es.pdf > (última consulta en enero de 2023).
- PIAZZA, Rosalba, 2012, *El Cuerpo Colonial: Medicinas y Tradiciones del Cuidado entre los Maya-k'iche' de Totonicapán, Guatemala*. Ciudad de Guatemala: Avancso.
- ROSTICA, Julieta, 2007, “Las organizaciones mayas de Guatemala y el diálogo intercultural”, *Política y Cultura*, 27: 75-97.
- SANTOS, Boaventura de Souza, 2007, “Para além do pensamento abissal: das linhas globais a uma ecologia de saberes”, *Novos Estudos*, 79: 71-94.
- VÉLEZ GAITÁN, Waldemar, Gregorio VELÁZQUEZ, Rubén ROJAS, y ASOCIACIÓN MÉDICOS DESCALZOS, s/f., *Lineamientos para el Personal de Salud en el Relacionamento con las Comadronas*. Ciudad de Guatemala: Dirección del Área de Salud de El Quiché.
- WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015, “Anexo 19, trends in estimates of maternal mortality ratio (MMR, maternal deaths per 100,000 live births), by country, 1990-2015”, *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2015 estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division*. Disponible en < https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/194254/9789241565141_eng.pdf;jsessionid=A22C3867ACC505634E1D6522B13AB406?sequence=1 > (última consulta en enero 2023).
- ZOLLA, Carlos, 1986, *La Medicina Invisible: Introducción al Estudio de la Medicina Tradicional de México*. México, DF: Folios.
- ZOLLA, Carlos, et al., 1988, *Medicina Tradicional y Enfermedad*. México, DF: Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS).

Receção da versão original / Original version

2020/09/07

Aceitação / Accepted

2022/01/27