

Integración-articulación de la medicina tradicional yucateca con la medicina institucional

Miguel A. Güémez Pineda

INTRODUCCIÓN

A pesar de los avances y cobertura actual de la medicina académica (institucional y privada), un gran porcentaje de la población rural yucateca, difícil de contabilizar dada la forma en que se realiza, sigue recurriendo a la medicina tradicional o popular que, a diferencia de los sectores urbanos, es prácticamente la única alternativa con que muchas comunidades disponen y que constituye un recurso básico, necesario y eficaz ante los diversos problemas de salud que las aquejan. En muchos casos los pacientes buscan ayuda bajo condiciones que se adaptan mejor a su entorno social y cultural acudiendo a los especialistas de la medicina

tradicional o popular para tratar desórdenes psicosomáticos y complicaciones de emergencia y que siguen formando parte del abastecimiento de salud de los grupos indígenas. No obstante, en Yucatán no existe un reconocimiento (institucional y legal) de la medicina tradicional y los intentos por articular los sistemas de atención médica alopática e institucional con la medicina tradicional para dar una mejor cobertura a la población no han tenido los resultados esperados. En este trabajo se discute y analiza esta situación y se hacen propuestas surgidas desde los propios actores: los médicos tradicionales o curanderos.

Miguel A. Güémez Pineda. Profesor investigador de la Unidad de Ciencias Sociales del CIR de la Universidad Autónoma de Yucatán. Maestro en antropología social por la Escuela Nacional de Antropología e Historia de la ciudad de México.





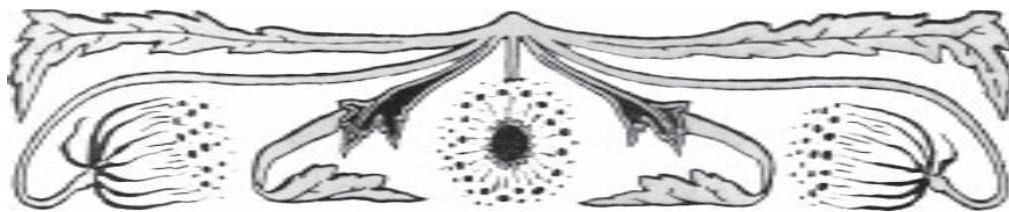
EL CONTEXTO SOCIAL

Si consideramos la lengua como variable para cuantificar a la población indígena, Yucatán sería el estado mexicano que más indígenas tiene, con 549,532 mayahablantes, es decir, 37.3% de la población (INEGI, 2001). Aunque si contamos a los menores de cinco años, cuyos padres son mayahablantes, la población indígena aumenta considerablemente. La población maya aparece concentrada en 43 municipios con más de 70% de mayahablantes, ubicados en su mayoría en zonas agrícolas del sur y oriente de la entidad. En dichos municipios la cultura indígena ha resistido con mayor coherencia e integración y la identidad étnica tiende a asumirse, en parte por la permanencia de una agricultura milpera, por la vigencia de las relaciones de parentesco, por la presencia de líderes e intelectuales indígenas, y por la actualización de sus prácticas y rituales. Pero es justamente también en estos municipios donde la pobreza y exclusión se hacen más patentes: carencia de servicios públicos básicos (agua potable, electricidad, drenaje, pavimentación, alumbrado público, pisos, etcétera).

En estos municipios existe una baja cobertura y deficiente capacidad resolutoria de los servicios oficiales de salud. De hecho en Yucatán la tendencia indica que cada vez son menos los que tienen derecho a los servicios de seguridad social. En el año 2000, sólo 719,903 personas (46.5%) eran derechohabientes, el porcentaje restante, 828,036 (53.5%), teóricamente recibía ayuda médica de los servicios asistenciales de salud: SSA e IMSS-Oportunidades (Inegi, Anuario Estadístico, Yucatán, 2000), en general se trata de mujeres, niños y ancianos de comunidades rurales, donde los índices de morbilidad infantil y materna también son mayores. Según el Consejo Nacional de Población, en el estado de Yucatán el índice de esperanza de vida al nacer es de 75.5, en tanto que en el ámbito nacional la cifra es de 76.5 años (Conapo, 2004), aunque sabemos que este dato no es válido para las poblaciones indígenas ya que no existe un acercamiento de esperanza de vida indígena.

Pese al alto grado de marginación en las comunidades indígenas, hay que reconocer algunos avances en el impacto de los servicios de salud





pública, pues si la tasa de mortalidad en 1990 era de 8.0 por cada mil habitantes, en 1997 se había reducido a 5.5 y 5 para el 2003 (Conapo, 2000-2003). La morbilidad, sin embargo, presenta aún un cuadro típico de enfermedades de la pobreza. Las infecciones respiratorias agudas son las más comunes, seguidas de las enfermedades diarreicas. En 1997 hubo 865,455 (55443.02) de las primeras y 136,788 (8762.95) de las segundas; para 1998 estas cifras se incrementaron a 907,877 (57248.82) para las primeras y 149,795 (9445.76) para las segundas. Para 1999 estas cifras se mantienen las primeras con 920,442 (57158.13) y descienden a 143,809 (8930.33) las segundas. Las muertes por ambos tipos de enfermedades para 1997 fueron bastante similares: 47 y 50 casos, respectivamente. (Ramírez, 2002: 74). De hecho, tres de las principales causas de muerte entre la población indígena son las infecciones intestinales, la influenza y la neumonía, enfermedades cuyos condicionantes básicos son el saneamiento, la calidad de la vivienda y las condiciones microambientales de éstas. La solución favorable de casos de enfermedades graves en

la población infantil y adulta de las comunidades indígenas yucatecas se complica ante la insuficiencia de servicios de atención a la salud de tercer nivel, de hospitalización, accesibles, pues la mayoría se encuentran en la capital y en ciudades medianas.

Pero, ¿cuál ha sido el papel que han desempeñado los representantes de las prácticas médicas tradicionales o populares en las comunidades indígenas de la entidad? ¿Cómo se han integrado y/o articulado con los médicos alópatas para entender y atender los principales problemas de salud que aquejan a la población indígena y/o rural?

A principios de los años setenta se estimaba que sólo un 40% de la población yucateca, básicamente urbana, tenía cobertura médica proveniente de los servicios privados y oficiales de salud (Menéndez, 1981: 268). Con excepción de las parteras empíricas, que empezaban a ser captadas y capacitadas por los servicios institucionales de salud bajo un modelo biomédico, los demás especialistas de la medicina tradicional (yerbateros, curanderos, espiritistas, hueseros y *jmeeno'ob*) realizaban sus prácticas de manera

aislada y clandestina. La atención a la salud comunitaria se sustentaba primordialmente en la medicina tradicional. La atención al embarazo y el parto estaban prácticamente en manos de las parteras. No obstante, el advenimiento y desarrollo de la medicina alopática —institucional y privada— en las décadas posteriores socavaron la hegemonía de los curanderos y de los *jmeeno'ob*. El ejercicio de las parteras empíricas se fue subordinando a la medicina institucional.

La incorporación paulatina y exigida de las parteras al sistema estatal de salud y su capacitación generó, y aún genera, controversias, incertidumbre, recelos e incluso abandono de la partería. El Reglamento de Parteros Empíricos Capacitados establece que los parteros sólo podrán atender los partos y puerperios patológicos, salvo cuando la falta de atención en forma inmediata o el traslado de la enferma a un centro de salud, pongan en peligro la vida de la madre o del producto; de lo contrario, deberán canalizarla a un centro de salud, solicitando la prestación de servicios por parte de profesionales de la medicina. Esta

indicación, aunada al enfoque de riesgo, incorporado a los cursos de adiestramiento a fines de los ochenta, ha hecho que cada vez más parteras remitan los casos complicados a las unidades médicas. Dicho enfoque excluye los factores de riesgo social y cultural que la población rural maneja y que difieren significativamente de los modelos biomédicos.

El descubrimiento por parte de los funcionarios del sector salud, no sólo del importante papel de las parteras en el cuidado de la salud materno-infantil, sino también de su enorme potencial como agentes de la Planificación Familiar lleva, tanto al IMSS como a la SSA, a incluir en sus programas de capacitación un apartado sobre anticoncepción. La política subyacente en estos programas, que precedieron a 1977, refleja el interés por parte del gobierno de promover la Planificación Familiar en las áreas rurales (Martínez, 1990: 89). De esta manera, las parteras son censadas, adiestradas y citadas con regularidad y se les ofrecen medicamentos, anticonceptivos y material de curación. En estos términos, las parteras constituyen el único segmento de especialistas de la medici-





na indígena que percibe algún tipo de prestaciones y que en realidad corresponden a un control directo hacia ellas e indirecto a la población campesina que atienden.

Paralelamente al proceso de capacitación y capacitación de las parteras tradicionales por parte del sector salud, a fines de la década de los ochenta se empieza a formar una organización de médicos indígenas mayas, aunque es hasta 1992 que se consolida al convertirse en la Organización de Médicos Indígenas Mayas de la Península de Yucatán (Omimpy, A. C.) agrupación dedicada a la promoción, conservación, desarrollo y reconocimiento de la medicina indígena tradicional. Este periodo se caracteriza por un intenso movimiento reivindicatorio a todo lo largo y ancho del país, en los que se incluye la defensa de las medicinas tradicionales. De 1990 a 1995 se suscitaron cambios importantes en los ámbitos nacional e internacional. Por ejemplo, la creación del Programa Nacional de la Medicina Indígena Tradicional en 1992; la ratificación del Convenio 169 de la OIT; la reforma al Artículo 4º Constitucional y más recientemente el plan de la Organización Panamericana de la Salud para asistir a Medicina Tradicional y Terapias Alternativas, con el fin de hacer su uso más seguro, accesible y sostenible (OPS, 2002). En este contexto de reivindicaciones

indígenas se constituyen y/o consolidan numerosas organizaciones de médicos indígenas en México.

En la actualidad, la Omimpy aglutina a ocho Consejos Regionales en la Península, de los cuales cuatro se encuentran en el estado de Yucatán: *Jacinto Pat, A.C* (ubicado en Peto, al sur del estado), *Nachi Cocom, A.C.* (en Yaxcabá, región Centro-Sur), *Síisil Che', A.C.* (en Maxcanú, al poniente) y *Yuum Balam, A.C.* (en Valladolid, oriente del estado), y cuyas sedes de reunión y capacitación son los Centros Coordinadores de Desarrollo Indigenistas (CCDI) de cada región. Teóricamente cada uno de estos Consejos cuenta a su vez con un Centro de Desarrollo de la Medicina Tradicional (Cedemit) donde los médicos tradicionales (yerbateros, parteras, sobadores, hueseros, *jmeeno'ob*) brindan consultas y cultivan las plantas que utilizan en sus procesos terapéuticos. En estos Centros también se reúnen a intercambiar experiencias entre ellos mismos o con otros curanderos y con investigadores de diferentes instituciones. (Güémez, 2004).

A pesar de contar con la infraestructura y eventual apoyo de asesores de la CDI, los problemas que los médicos tradicionales de la Omimpy han enfrentado desde su creación es la disminución y/o desaparición de las plantas medicinales a consecuencia de la deforestación, tala inmoderada y uso desmedido



de herbicidas y fungicidas con fines agrícolas que han alterado el medio ambiente, propicio para su crecimiento y reproducción. Ahora ellos tienen que desplazarse largas distancias para buscar las plantas que utilizan. Aunado a esto, dirigentes de la Omimpy revelan que son abordados por investigadores que sistemáticamente les extraen información valiosa acerca de la herbolaria y la elaboración de productos curativos, que constituyen un legado cultural y que han preservado por generaciones que, luego, son convertidos en medicamentos que empresas transnacionales venden a gran escala y a altos precios. Estos actos, conocidos como biopiratería, han sido denunciados por diversas organizaciones de médicos indígenas del país.

Otra dificultad que enfrentan, y quizá la que más preocupa, es que los médicos alópatas y las autoridades del sector salud sólo toleran y aceptan parcialmente la práctica de la medicina tradicional siempre y cuando se subordine a la institucional o profesional. A los médicos tradicionales sólo se les considera como auxiliares y no como especialistas reconocidos por la población en la atención a la salud de las comunidades. Esta descalificación se deriva del desconocimiento de los médicos alópatas acerca de la cosmovisión de las comunidades mayas y de la relación que ellas establecen entre

las nociones de salud, enfermedad y medio ambiente. Aunado a esto, el Gobierno Federal sigue diseñando propuestas de legislación y políticas con relación a los practicantes de la medicina tradicional, sin considerar la opinión de los actores que poseen el conocimiento y la práctica con un reconocimiento de las propias comunidades a las que pertenecen.

Las parteras son las únicas especialistas de la medicina tradicional que han sido convocadas por los servicios oficiales de salud para participar en cursos de capacitación. Este proceso se ha dirigido principalmente a la promoción y distribución de métodos anticonceptivos y, de forma reciente, a la detección de cáncer cérvico uterino en los sectores rurales. En esas actividades no se ha tenido en cuenta el intercambio real de experiencias con los médicos académicos en lo que se refiere a la atención del embarazo, el parto y el puerperio, así como a la detección y el control de las complicaciones más frecuentes en la mujer y el recién nacido. Aunque la partera yucateca está aún integrada a los patrones ancestrales de vida, va en camino a convertirse en una agente de salud comunitaria cada vez más afín al modelo médico académico y a una de sus políticas más importantes: la de Planificación Familiar.

Aunque la aplicación del enfoque de riesgo al cuidado de la salud ha





contribuido a la disminución de la morbimortalidad infantil y materna, el costo social ha sido mayor en las comunidades indígenas, pues se han incrementado sensiblemente las intervenciones quirúrgicas vinculadas al ciclo reproductivo (episiotomías, cesáreas injustificadas, ligaduras de trompas, inserciones de dispositivos intrauterinos y vasectomías). Las pruebas de Papanicolau se hacen obligatorias, violentando el pudor y violando sistemáticamente los derechos sexuales y reproductivos de mujeres de origen indígena. Del mismo modo, las parteras, como parte integral de los servicios oficiales de salud, cuentan con muy poca autoridad para denunciar estas prácticas que atentan contra los derechos reproductivos (Güémez, 2000:330).

En una relación de 'resistencia-poder', la práctica de las parteras empíricas ha sufrido intensas modificaciones. Sus viejos códigos culturales son puestos en entredicho por la biomedicina. Para los médicos alópatas la partera es vista como esa "otra", un ejemplo de lo que no son. Así, una partera que puede simbolizar prestigio y autoridad en la comunidad puede, al mismo tiempo, ser símbolo de supersticiones y antihigiene para personas de la misma comunidad, que pretenden renunciar a un pasado indígena. La búsqueda de modernidad y progreso implica rechazo de símbolos "tradicionales"

como la partería. La partería es considerada como una costumbre antigua, como algo que se tiene que tolerar en el proceso de modernización, mientras se llega al punto en que la cobertura de servicios de salud y la tecnología en la biomedicina sea total y no se necesite más de las parteras. Mientras tanto, son empleadas en los programas de control natal (promoviendo y/o distribuyendo metodología anticonceptiva, canalizando nuevas aceptantes a las clínicas del sector salud, entre otras funciones). En otras palabras, el sector salud ha conseguido "manejarlas en el aspecto materno-infantil" para cumplir las metas de las instituciones de salud y así lograr el control reproductivo de la población rural como un objetivo político prioritario del Estado mexicano. (Véase Güémez, 1997.)

Respecto al sistema de atención mixta a la salud, los médicos tradicionales organizados han afirmado que no existen avances en la propuesta de lograr la integración de los médicos alópatas con los médicos indígenas para la atención integral de los pacientes. Es importante señalar que mientras un grupo de médicos tradicionales de la Omimpy propone un enfoque intercultural como herramienta para la sensibilización y capacitación del personal institucional de salud, otros afiliados sólo pretenden lograr su reconocimiento social y jurídico y tener apoyo de las



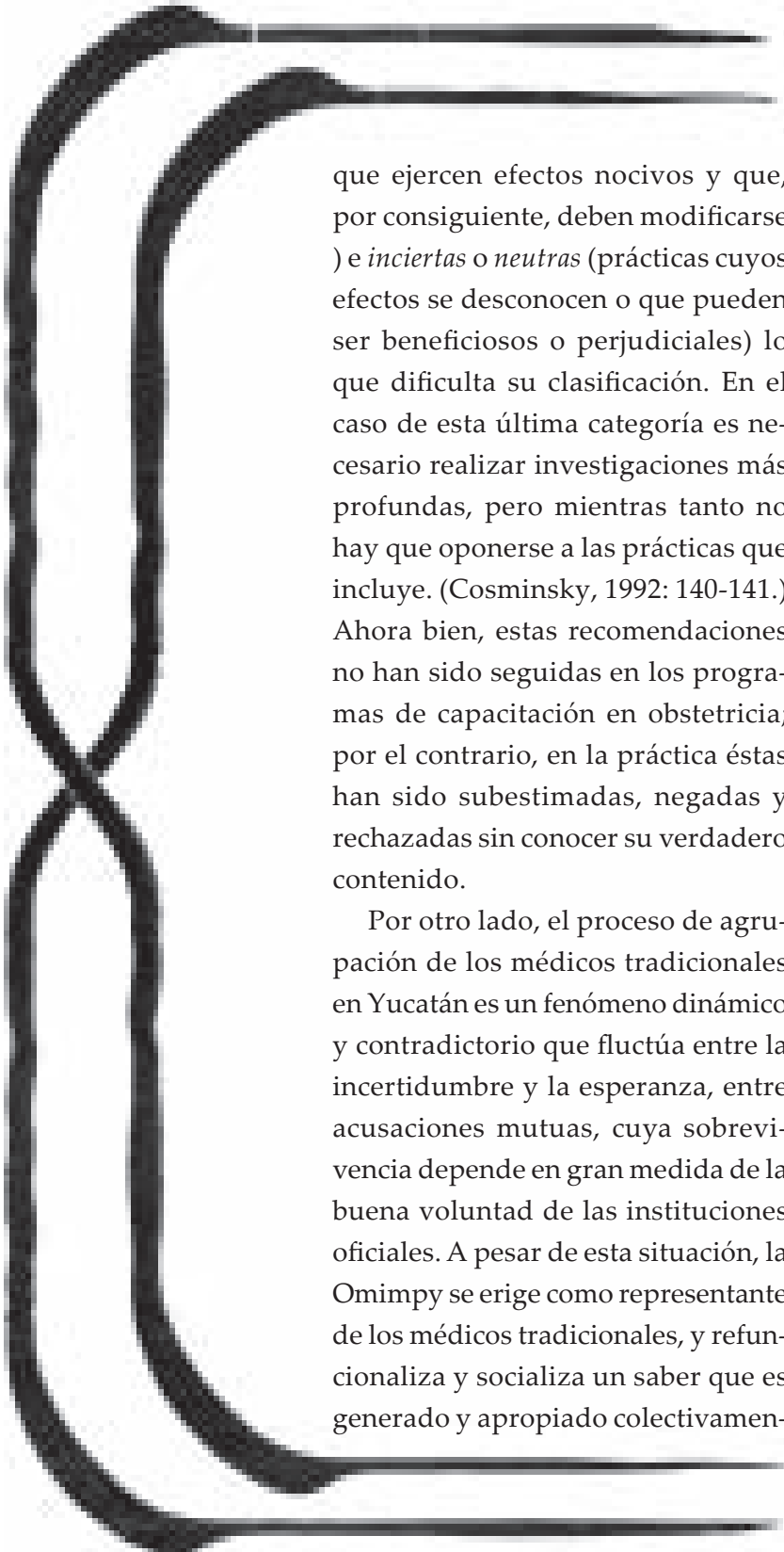
diversas instancias de gobierno para dar continuidad a sus proyectos. A otro sector —no agrupado— al parecer no le interesa afiliarse a ninguna organización, dicen estar bien, trabajando en sus comunidades y que cuentan con un prestigio social y una clientela garantizada. Existe un último grupo de médicos tradicionales independientes que han mostrado interés en pertenecer a la Omimpy, aunque los Centros donde se reúnen son tan distantes que se les hace complicado y costoso trasladarse. Hay que recordar que los médicos tradicionales son mayormente adultos mayores con dificultades para movilizarse.

Por otra parte, por carecer de apoyo financiero proveniente de organismos oficiales, en los Consejos Regionales de la Omimpy no ha habido continuidad en la realización de sus proyectos y asambleas regionales, únicos espacios para socializar la información entre los miembros; como consecuencia, las tareas de la organización se han visto obstaculizadas en los últimos dos años. Tampoco se han generado propuestas legislativas que protejan el patrimonio cultural, y la carencia de mecanismos comunitarios de defensa ante los intentos de saqueo de la información y de los recursos terapéuticos.

CONCLUSIÓN

Para finalizar, propondré dos líneas de acción, la primera referida a la práctica de la partería, y la segunda, a las actividades que desarrollan los médicos tradicionales afiliados a la Omimpy.

Considero que los saberes populares y de las parteras no han sido bien aprovechados como un puente entre la población y los servicios oficiales de salud para llevar a cabo la campaña de salud reproductiva, aunque se les cede muy poco la atención de partos. Con la finalidad de integrar el saber médico tradicional con los recursos de la medicina alopática, varios investigadores han sugerido desde hace dos décadas la necesidad de estructurar el análisis de las creencias y prácticas referentes a la salud reproductiva (u obstétrica) de acuerdo con las categorías siguientes: *beneficiosas* (elementos valiosos para la salud en el ambiente local y que se deben fomentar y "adoptar en el campo de la educación para la salud"); *inofensivas* o *neutras* (prácticas que no ejercen un efecto evidente sobre la salud y que pueden ignorarse); *perjudiciales* (procedimientos



que ejercen efectos nocivos y que, por consiguiente, deben modificarse) e *inciertas* o *neutras* (prácticas cuyos efectos se desconocen o que pueden ser beneficiosos o perjudiciales) lo que dificulta su clasificación. En el caso de esta última categoría es necesario realizar investigaciones más profundas, pero mientras tanto no hay que oponerse a las prácticas que incluye. (Cosminsky, 1992: 140-141.) Ahora bien, estas recomendaciones no han sido seguidas en los programas de capacitación en obstetricia; por el contrario, en la práctica éstas han sido subestimadas, negadas y rechazadas sin conocer su verdadero contenido.

Por otro lado, el proceso de agrupación de los médicos tradicionales en Yucatán es un fenómeno dinámico y contradictorio que fluctúa entre la incertidumbre y la esperanza, entre acusaciones mutuas, cuya sobrevivencia depende en gran medida de la buena voluntad de las instituciones oficiales. A pesar de esta situación, la Omimpy se erige como representante de los médicos tradicionales, y refuncionaliza y socializa un saber que es generado y apropiado colectivamente,

pues difunde una cosmovisión indígena de la enfermedad, utilizando todas las vías de legitimación que acompañan a la institucionalización (credenciales, diplomas y certificación para sus integrantes). También sistematiza y divulga su saber para legitimarse frente a sus interlocutores, y ha procurado su fortalecimiento a través de la búsqueda del reconocimiento legal para los médicos tradicionales, proceso en el que aún enfrentan muchos problemas. Actualmente ellos se sienten con la autonomía de ejercer su práctica y no en el ambiente de clandestinidad, como ocurría hace dos décadas, pues cuentan con el respaldo y reconocimiento de la Omimpy, poseen credenciales que los acredita como médicos tradicionales con el nombre de la Organización. Ahora asisten a ferias a dar consultas y promover sus medicamentos herbolarios y, lo más importante, pueden manifestar su rechazo a las políticas que atentan contra su identidad cultural.

Ante la deforestación, una alternativa que soluciona parcialmente el problema es la creación de huertos de plantas medicinales. Aunque hay árboles que sólo se encuentran en los montes altos. Los jardines botánicos también representan altos costos de mantenimiento. Una propuesta de los integrantes de la Omimpy en la *VII Jornada de Medicina Indígena Tradicional* fue la creación de reservas para

la protección del ambiente y la flora medicinal, sobre todo donde existen especies en peligro de extinción. Se sugirió la recuperación, registro, difusión y protección del conocimiento maya tradicional. En la declaración final, la agrupación solicitó el derecho al registro de patentes, de autor, de producción y comercialización de las plantas medicinales y, posteriormente, la transformación de éstas.

En síntesis, podemos concluir que las iniciativas de integración-articulación de los sistemas tradicionales con los oficiales y/o alopáticos no han tenido los resultados esperados. Y es que debemos dejar que las medicinas tradicionales sean ellas mismas con sus pueblos. Son distintas, y la medicina institucional debe buscar otras formas de interacción y no capacitar a los médicos tradicionales indígenas bajo un esquema exclusivamente biomédico, dissociado de sus dimensiones socio-culturales y psicológicas. Cuanto mejor sea la práctica médica tradicional, funcionará mejor al lado de la medicina alópata, complementaria y subordinadamente. De lo contrario, puede suceder lo mismo que con las parteras, que por formar parte del sistema estatal de salud, ya han dejado paulatinamente de atender partos. Actualmente su labor se circunscribe a la atención del embarazo y a la promoción de los métodos de control natal. Tampoco se ha considerado la opinión de és-

tas en el diseño de los programas de salud que las involucran.

NOTAS

- 1 Estos municipios son Abalá, Akil, Cantamayec*, Chacsinkín*, Chankom*, Chapab, Chemax*, Chichimilá*, Chikindzonot*, Chumayel*, Cuncunul*, Cuzamá, Dzan, Dzoncauich, Espita, Halachó, Homún, Kaua*, Mama, Maní*, Mayapán*, Opichén, Oxkutzcab, Peto, Sacalum, Sanahcat, Santa Elena, Sudzal, Tahdziu*, Tahmek, Teabo, Tekax, Tekom*, Temozón, Tepakán, Teya, Timucuy*, Tinum, Tixcacalcupul*, Tixméhuac*, Uayma, Xocchel y Yaxcabá. Los 17 municipios marcados con asterisco (*) cuentan con más del 90% de población mayahablante. Hocabá y Sotuta, aunque no figuran en esta relación, casi alcanzan 70%, el primero con 69.10 y el segundo con 69.02%. (Inegi, 2001.)
- 2 La vivienda maya (de paredes de bajareque y embarro y techos de palma de huano) ha sido percibida como símbolo de pobreza, insalubre y disfuncional, por la carencia de servicios sanitarios mínimos, pero cuyos sustitutos (casas hechas de bloques con techos de láminas) tampoco parecen ser una alternativa.
- 3 *Jmeen*, sacerdote maya del culto agrícola, curandero y herbolario.
- 4 Este Reglamento fue creado en 1976 (*Diario Oficial*, 25 de octubre de 1976) e integrado al código sanitario y 10 años después fue absorbido por la Ley General de Salud.
- 5 El enfoque de riesgo, desde el punto de vista biomédico, fue introducido por el sector salud en México en 1985 dentro de sus programas de salud reproductiva y planificación familiar con el cual se pretende reducir la morbilidad materno-infantil, previniendo embarazos de alto riesgo y la remisión a los centros de salud de mujeres con embarazos y partos difíciles.
- 6 En el programa se afirma que "los médicos indígenas tradicionales sostienen su derecho a conservar, practicar, desarrollar y transmitir su medicina tradicional, así como a defender sus sistemas de creencias, conceptos y prácticas médicas; que el único reconocimiento válido de la medicina indígena tradicional es el otorgado por las comunidades donde ésta se practica; la necesidad de que en el país se reconozca la existencia del sistema real de atención a la salud, conformado por la medicina académica, la medicina tradicional y la



- medicina doméstica" (PNMT, 1992).
- 7 Actualmente la capacitación de cerca de 1000 parteras indígenas yucatecas está en manos del sector salud: IMSS, IMSS-Oportunidades y la Secretaría de Salud (Güémez, 2002:12).
 - 8 Este enfoque fue adoptado por el sector salud en México a mediados de los ochenta, para sus programas oficiales de salud en los que se incluye los programas de capacitación a parteras.
 - 9 Lo anterior fue señalado por los médicos tradicionales presentes en la *VIII Jornada Peninsular para el Fortalecimiento de la Medicina Maya Tradicional*, realizada en el 2001 en Felipe Carrillo Puerto, Quintana Roo, en coordinación con el CDI-PNUD.
 - 10 Este evento se llevó a cabo en junio de 2001 en Mérida, Yucatán.

BIBLIOGRAFÍA

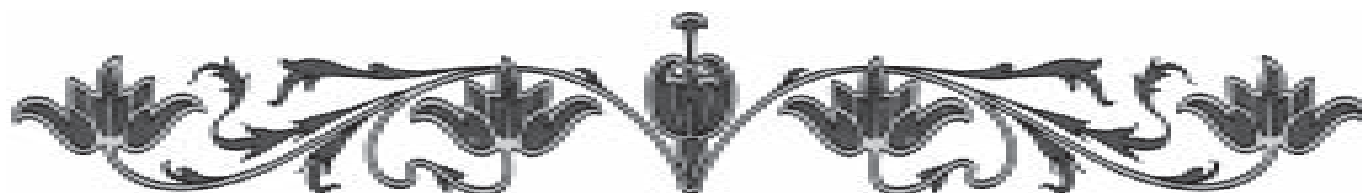
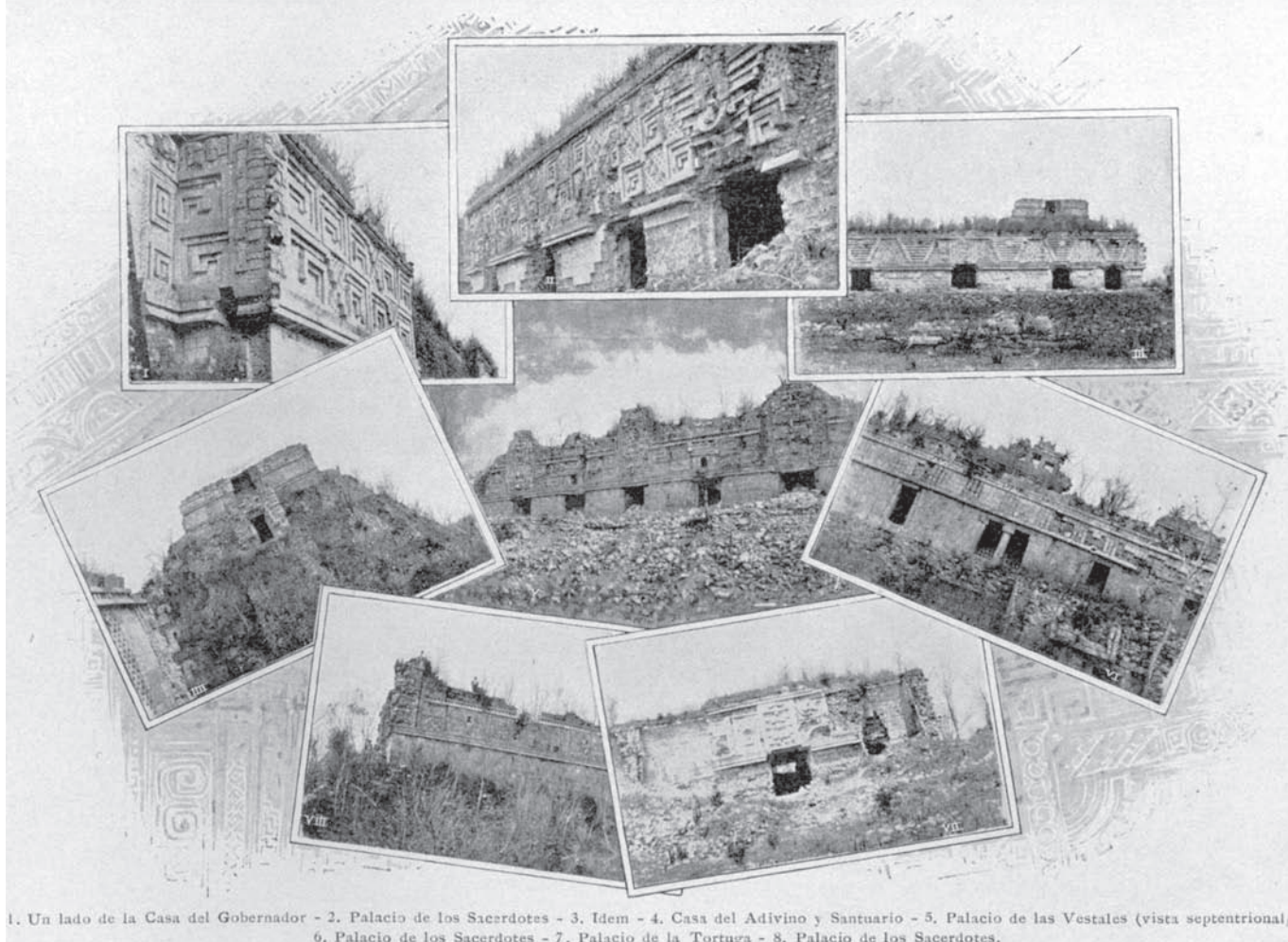
- Bracamonte, Pedro; E. Quintal; M. Güémez, A. Barrera. (2002). *La situación histórica y actual del pueblo maya de Yucatán*. Diagnóstico del Instituto para el Desarrollo de la Cultura Maya del Estado de Yucatán. (Versión Preliminar) Indemaya. Mérida, Yucatán, México, julio de 2002.
- Conapo. (2004). *Carpeta Informativa*, Consejo Nacional de Población, México, 2004.
- CDI. (2001). *Programa Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas 2001-2006*. Hacia una nueva relación. Plan Nacional de Desarrollo. Talleres Gráficos de México, México Gobierno Federal. PNDPI
- Conamit. (1992). *Programa Nacional del Consejo Nacional de Médicos Indígenas Tradicionales*. México.
- Cosminsky, Sheila. (1992). "La antropología médica y el parto" en Campos, Roberto (coord) *La antropología médica en México*. Instituto Mora, México.
- Diario de Yucatán*. (2002). La búsqueda de bienestar fuera de los consultorios (Prácticas curativas tradicionales y populares) Suplemento especial "Salud". 27 de noviembre de 2001, Págs. 1 y 5.
- Güémez Pineda, Miguel. (1997). "De comadronas a promotoras de salud y planificación familiar. Proceso de incorporación de las parteras empíricas al sistema institucional de salud". En Krotz, Esteban (Coord.) *Cambio cultural y resocialización en Yucatán*. Tratados y memorias de la Unidad de Ciencias Sociales 3. Universidad Autónoma de Yucatán. Pp. 117-147, Mérida, Yuc.
- Güémez Pineda, Miguel. (2000). "La concepción del cuerpo humano, la maternidad y el dolor entre mujeres mayas yucatecas". *Revista Mesoamérica*, Año 21, Número 39, junio de 2000. Plumsock Mesoamerican Studies. CIRMA, La Antigua, Guatemala.
- Güémez Pineda, Miguel. (2002). "De la hegemonía a la subordinación obligatoria: Visiones del pasado y el futuro de la partería en Yucatán, México", *Temas Antropológicos*. *Revista Científica de Estudios Regionales*. Facultad de Ciencias Antropológicas de La Universidad Autónoma de Yucatán. Vol. 24 Núm. 1, Págs. 117-148.
- Güémez Pineda, Miguel. (2004) "Entre la incertidumbre y la esperanza: La Organización de médicos indígenas mayas de la Península de Yucatán", ponencia presentada en el VI Congreso Internacional de Mayistas. Villahermosa, Tab.
- Inegi. (2000). *Anuario Estadístico, Yucatán*, Edición 2000. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Gobierno del Estado de Yucatán.
- Inegi. (2001). XII Censo General de Población y Vivienda 2000. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, México, 2001.
- Martínez, Jorge (ed). (1990). *Temas de salud y planificación familiar*. Cuaderno de ejercicios. Academia Mexicana de Investigación en Demografía Médica, México.
- Menéndez, Eduardo L. (1981). *Poder, estratificación y salud: análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán*. Ediciones de la Casa Chata 13.
- Ramírez, Luis A. (2002) "Yucatán", en Ruz, Mario (Coord.) *Los mayas peninsulares: un perfil socioeconómico*. Cuaderno del Centro de Estudios Mayas, 28. Instituto de Investigaciones Filológicas, UNAM, 2002.

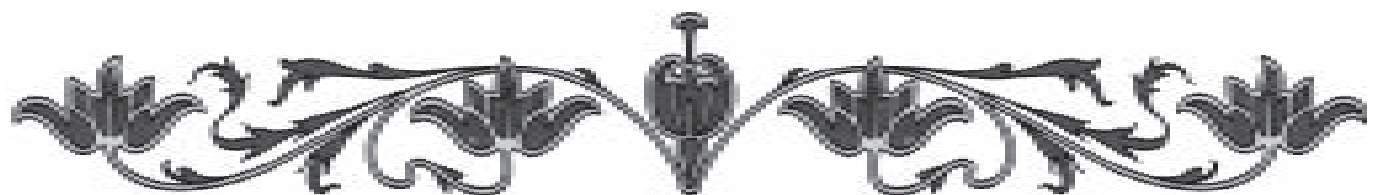
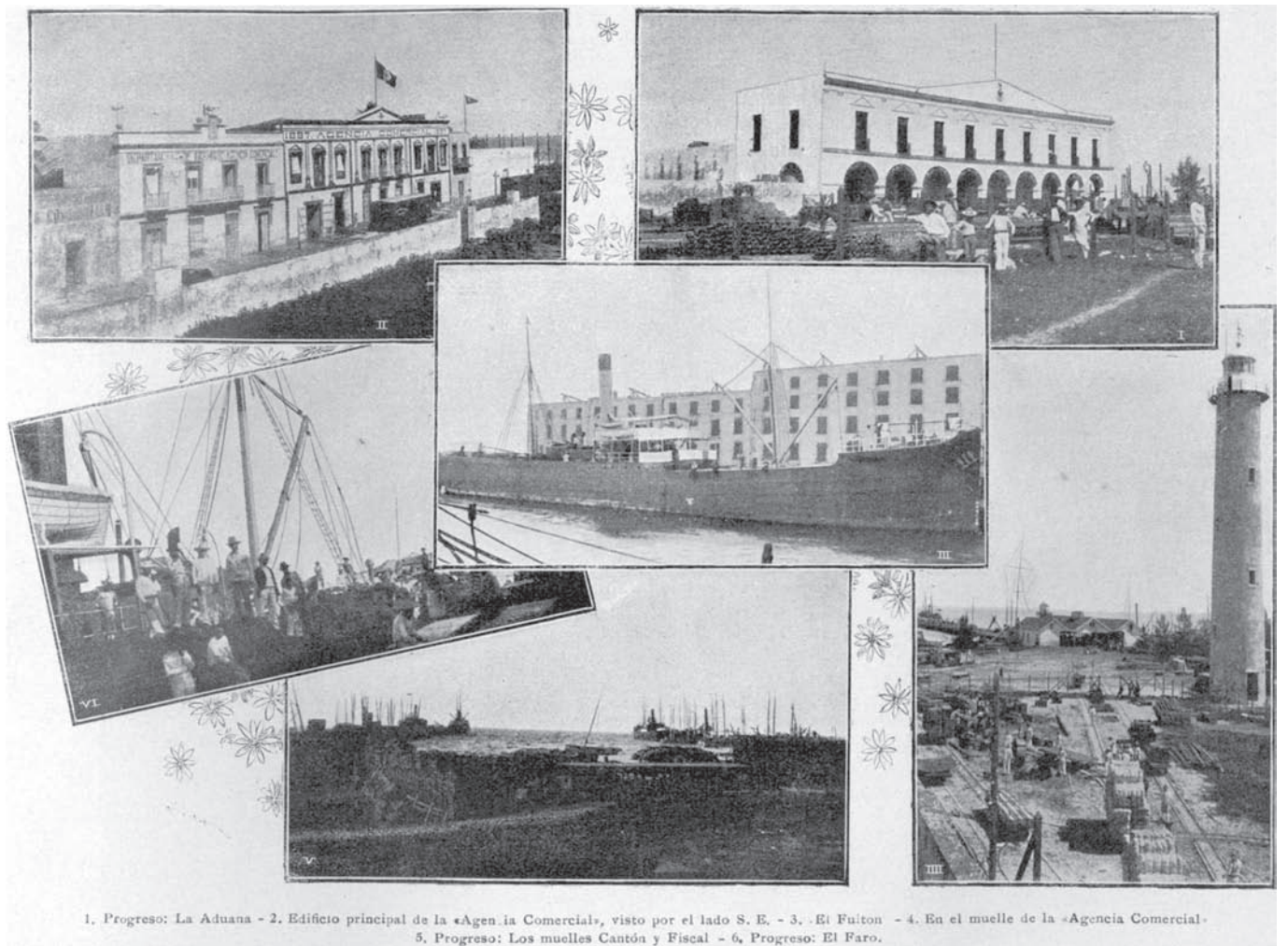
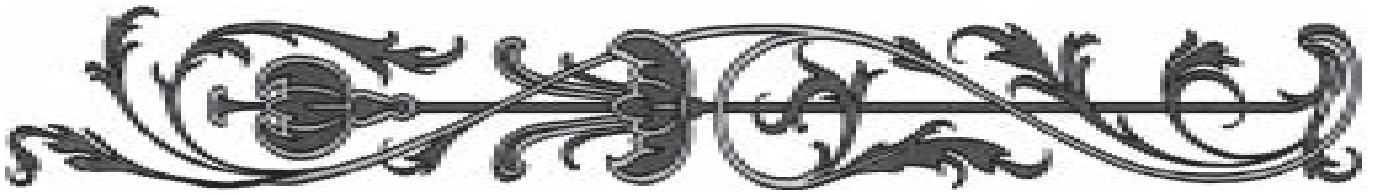


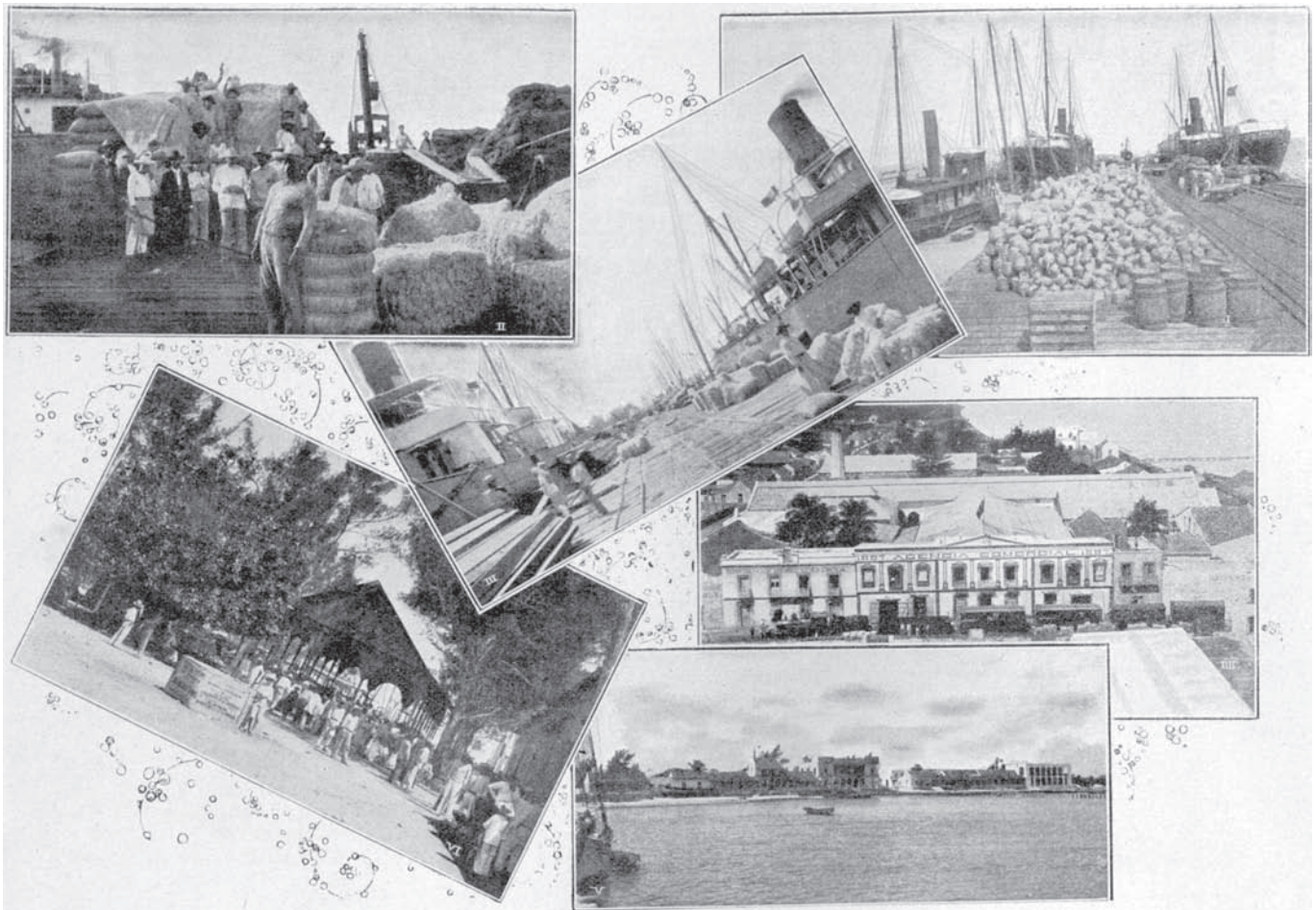


ARQUEOLOGÍA YUCATECA - Ruinas de Uxmal

Fotografías del distinguido aficionado Sr. D. Juan Rivas







1. Parte media del muelle Fiscal con los vapores «Ibero», «Themis» y «South Gwalia» - 2. Cargando henequén - 3. Muelle Fiscal
4. Oficinas y almacenes N. 1, 3 y 4 de la «Agencia Comercial» en 1901 - 5. Progreso: Vista de la bahía - 6. Progreso: El mercado de carnes.

