

PRIMERA PARTE

Yucatán revisitado: Reflexiones sobre aspectos teóricos y metodológicos inconclusos

Eduardo Luis Menéndez Spina

El libro *Poder, estratificación y salud. Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán* que publiqué en 1981 fue parte de un proyecto bastante ambicioso, que sólo se concretó parcialmente no tanto en términos etnográficos sino teóricos y de publicación de sus resultados, debido a que solamente se editó una parte de los mismos, ya que ciertos desarrollos teóricos, como los referidos al papel de la dimensión ideológica y de las transacciones sociales en las relaciones de hegemonía/subalternidad, fueron imprecisos, pese a lo cual tuvieron cierto impacto, tal vez porque cuestionaban y proponían una alternativa a algunos de los conceptos y teorías dominantes en los años setenta y ochenta.

Por eso en este texto voy a revisar varios de los principales análisis

y propuestas del libro sobre Yucatán, tratando de observar los aportes, las incongruencias e incluso las omisiones que en varios casos fueron producto no sólo de mis limitaciones sino de las orientaciones teórico/ideológicas que manejaba en aquellos años, así como también de la decisión de no incluir ciertos aspectos como los referidos al papel de lo 'privado' por lo menos en el ámbito de los padecimientos.

El estudio sobre Yucatán ha sido básico para mi desarrollo como antropólogo, ya que a partir del mismo corroboré que si algo caracteriza el trabajo antropológico es el descubrimiento de lo 'obvio', es decir de lo que todos saben, y que el antropólogo 'descubre' y trata de describir y explicar en términos de la dialéctica otros/nosotros.

Eduardo Luis Menéndez Spina. Argentino radicado en México. Maestro en Salud Pública y Doctor en Antropología Social. Fue director del Departamento de Antropología de la Universidad de Buenos Aires y en la actualidad investigador del Centro de Estudios Superiores en Antropología Social, CIESAS. Autor de numerosas publicaciones sobre Antropología Médica y procesos de alcoholización.



ALGUNAS ACLARACIONES NECESARIAS

El proyecto suponía la publicación de tres volúmenes; el primero dedicado a los procesos de salud/enfermedad/atención-prevención descriptos y analizados a nivel del estado de Yucatán; un segundo texto iba a ser dedicado a analizar dichos procesos en dos comunidades (Ticul y Pustunich) de 16,000 y 1,000 habitantes respectivamente, que expresaban niveles diferentes tanto en términos económico/políticos como de formas de atención de las enfermedades. Y un tercero, en el que se analizarían de conjunto los datos obtenidos en los tres niveles señalados (Nota 1), para establecer conclusiones en términos de relaciones de hegemonía/subalternidad respecto de los procesos descriptos y analizados, y especialmente respecto de los procesos de salud/enfermedad/atención-prevención (de ahora en adelante procesos de s/e/a-p.).

Dicho análisis tenía dos objetivos centrales, en primer lugar observar las características y funciones de los tres principales modelos de atención y prevención de la enfermedad que operaban en Yucatán tanto a nivel de modelos como de saberes, no sólo para observar el peso diferencial que cada uno tenía en los saberes de la población respecto de los procesos de s/e/a-p, sino para llegar a conclusiones sobre el papel que tenían como

mecanismo ideológico que fortaleciera, legitimara, cuestionara y/o desplazara las relaciones de hegemonía/subalternidad dominantes, y posibilitara o no generar contrahegemonía. Y el segundo objetivo buscaba analizar las teorías, explicaciones y metodologías utilizadas por la Antropología Social y Cultural sobre los procesos de s/e/a-p que se daban en zonas con población indígena, para observar sus aportes, sus conclusiones y la pertinencia de sus enfoques teóricos respecto del papel y funciones cumplidos por la autoatención, la medicina tradicional y la biomedicina para los sectores sociales subalternos.

Si bien el trabajo etnográfico se concretó y dio lugar a una tesis de licenciatura sobre Ticul y Pustunich (Ramírez 1980), a una tesis de Maestría sobre Pustunich (Guzmán 1992), dos diagnósticos de salud a nivel del estado y de las dos comunidades (Menéndez, coord., 1978, Menéndez y Miceli, coords., 1977, y a dos monografías no publicadas (Menéndez 1981b; Menéndez y Ramírez 1980), lo cierto es que a finales de 1979, yo veía difícil la concreción de los tres volúmenes, por varias razones, y entonces decidí desarrollar el libro *Poder, estratificación y salud* a partir de centrar la descripción y análisis a nivel del estado yucateco, pero de tal manera que incluyera lo más congruentemente posible el diálogo entre los datos obtenidos a nivel

de estado y de las dos comunidades estudiadas, así como generar una crítica a las explicaciones y teorías antropológicas desarrolladas respecto de los aspectos ya señalados. Lo cual creo que, por lo menos, parcialmente se consiguió.

Fue un proyecto, y lo subrayo, que partió de objetivos y elaboraciones que venía trabajando en Argentina desde finales de la década de los 60' y especialmente durante los primeros años de los 70', y que referían por una parte a la formulación y precisión teórica de la propuesta de modelos de atención y en particular del Modelo Médico Hegemónico (MMH), que había podido profundizar a través de los estudios sobre salud ocupacional desarrollados en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. Y por otra parte, a la crítica de lo que denominaba en mis cursos Modelo Antropológico Clásico (MAC) que refería al modelo dominante que las Ciencias Antropológicas habían generado entre 1930 y 1960, y que más allá de las notorias diferencias que existían entre sus distintas y enfrentadas tendencias teóricas, evidenciaba una serie de características teórico/metodológicas, y sobre todo ideológicas similares (Nota 2). En el caso del MMH, esta continuidad Argentina/México se expresa en que dos de mis primeras publicaciones en México fueron la introducción al libro de Basaglia

et al (1978), *La salud de los trabajadores*, y mi libro *Cura y control* (1979), que tratan sobre el Modelo Médico Hegemónico. Y en el caso del Modelo Antropológico Clásico a la conclusión de un manuscrito de casi 400 páginas que nunca publiqué.

Pero además, el proyecto sobre Yucatán trató de profundizar las características y funciones del Modelo de Autoatención (MA), —al que tempranamente consideré como el primer nivel de atención real de los padecimientos—, que si bien yo había desarrollado en términos teóricos y sobre todo de activismo político en relación con la autogestión durante los 60' y principios de los 70', sin embargo lo había trabajado muy escasamente en términos etnográficos, lo cual comencé a realizar en México a través de una serie de pequeños estudios artesanales (Menéndez, ed., 1982). Y aquí me interesa subrayar un aspecto que ha sido permanente en mi manera de hacer antropología, y me refiero a la incidencia que han tenido en mis marcos teóricos y en mis objetivos de estudio los procesos ocurridos en mi vida cotidiana. De tal manera que si bien mis reflexiones sobre autogestión tenían que ver con las críticas a las orientaciones económico/políticas e ideológicas que impulsaron los estados llamados 'socialistas reales', y la posibilidad de encontrar alternativas en las organizaciones del trabajo obrero y en menor medida campesino



desarrolladas en términos autogestivos bajo el capitalismo en varios países europeos y latinoamericanos, sin embargo la tendencia a buscar otros espacios autogestivos me llevó a encontrarlos en un campo inesperado, y me refiero a la autoatención de los padecimientos a nivel de grupos familiares. Autoatención que, si bien implicaba un alto grado de autoexplotación, evidenciaba posibilidades —y subrayo lo de posibilidades— de autonomía relativa y de micropoder, especialmente en el caso de la mujer en su rol de esposa/madre.

Pero el impulso inicial de recuperar los procesos de autogestión vino inicialmente de la quiebra teórica y política generada por los estalinismos en el poder, que condujo a la búsqueda de alternativas en las propuestas y experiencias autogestivas obreras y campesinas desarrolladas especialmente durante las décadas de 1920' y 1930'. Y en segundo lugar de las investigaciones realizadas a principios de los 70' en Argentina sobre enfermedades ocupacionales en diferentes ramas de la producción y de servicios; estudios que se realizaron en gran medida a través de la metodología desarrollada por el llamado 'modelo obrero italiano', que refiere justamente a la articulación autoatención/autogestión.

Ninguno de los trabajos realizados por los equipos de medicina ocupacional de la Facultad de Medicina de

la Universidad de Buenos Aires en los que participé, fueron publicados, pues lo básico era que el material obtenido sirviera para fundamentar las demandas de los trabajadores en el logro de mejores condiciones de trabajo que redujeran o eliminaran las enfermedades generadas durante el proceso productivo. Si bien a través de familiares y amigos pude conseguir que una parte de los materiales surgidos en nuestros estudios llegaran a México, donde me había exiliado en 1976, y pese a trabajar durante un tiempo en ellos y producir manuscritos, sin embargo no publiqué nada. Y esto lo señalo, porque va a ser una constante en mi trabajo, ya que no sólo en el caso de Yucatán, sino en todas las investigaciones que realicé entre 1977 y la actualidad, una parte, a veces la mayor parte como ocurre con el estudio del proceso de alcoholización en México, no fueron publicadas, pese a que en varios casos realicé/realizamos extensos escritos.

En la investigación realizada en Yucatán traté además de aclarar un problema metodológico frecuentemente cuestionado, y con razón, respecto de las diferentes tendencias, y especialmente las estructuralistas, que utilizan los conceptos/instrumentos modelo o tipo social, ya que las mismas suelen utilizarlos como realidades y no como construcciones metodológicas. Mi propuesta fue, y sigue siendo, considerar a todo modelo

como una construcción social y metodológica provisional que tiene que ser referida continuamente a la historicidad de los procesos; historicidad que puede conducir a la reformulación de las características y funciones de los modelos (Nota 3). Por lo cual, en la investigación sobre Yucatán traté de construir la trayectoria de las actividades biomédicas y del sector salud, así como de la medicina tradicional para dicho estado, desde finales del Siglo XIX hasta mediados de 1970, lo cual pude concretar parcialmente para el ámbito biomédico, pero no para el de los curadores tradicionales. Pero además, para evitar malas interpretaciones y/o malos usos, diferencié con mayor claridad el momento de la construcción metodológica que refiere a los modelos, del momento de la historicidad que refiere a los saberes que están operando en las realidades estudiadas, entendiendo por saberes la articulación de las representaciones y de las prácticas sociales utilizadas por los diferentes actores sociales en relación.

No obstante, y me interesa subrayarlo, las críticas pero también los malos usos continuaron hasta la actualidad, ya que mientras unos usan los modelos y especialmente el MMH como realidad y no como construcción metodológica, otros siguen señalando que yo cosifico y homogenizo las diferentes variantes biomédicas a través de encerrarlas en un modelo.

Y ello pese a que no solo he reiteradamente aclarado y fundamentado teórica y metodológicamente que el modelo es una construcción mientras los saberes refieren a la historicidad, sino que lo he evidenciado, por ejemplo, a través de mis estudios sobre procesos de alcoholización, donde describo y analizo diferentes grupos médicos que trabajan en atención primaria, para evidenciar sus semejanzas, pero también las diferencias en términos de saberes, y que me llevó a reformular algunas características del MMH (Menéndez y Di Pardo 1996). (Nota 4).

Dada mi orientación teórica, en Yucatán traté de relacionar los procesos de s/e/a-p con las condiciones económico/políticas, incluidas las formas de estratificación social dominante, y ello tanto a nivel del estado de Yucatán como de las dos comunidades mencionadas. Orientación que fue reforzada en México por mis tempranas relaciones con el campo de la Salud Pública, y sobre todo de una Medicina Social latinoamericana que, salvo excepciones, colocaba todo el peso explicativo —y también la solución de los problemas de enfermedad— en los determinantes sociales de la salud, que referían casi exclusivamente a los procesos económico/políticos. Y si bien incluí centralmente los aspectos económico/políticos, mi orientación gramsciana y mi formación antropológica limitó no sólo que



los usara como determinantes, sino que tratara de articular los procesos económico/políticos con los procesos sociales e ideológico/culturales, sin dar prioridad a los primeros.

Y además, hay otro aspecto que emerge en el estudio sobre Yucatán, y es el papel que le doy a la dimensión ideológica, que tiene que ver en gran medida con el peso teórico y metodológico que le daba —y sigiendo— a las propuestas gramscianas sobre todo en términos de las relaciones de hegemonía/subalternidad/contrahegemonía, que traté de aplicar en este estudio con usos y resultados ambiguos. Y así frecuentemente en ciertas páginas de este texto, lo ideológico aparece como equivalente de lo cultural, mientras en otras emerge como ideológico, sin estar nunca aclarado en el texto; lo que en gran medida tiene que ver con mis propias ambigüedades teórico/prácticas dado que corresponden a un manejo de lo ideológico que oscila entre un concepto utilizado para analizar académicamente los procesos de s/e/a-p, y un concepto utilizado en el campo ideológico/político, y que estaba expresando los usos que yo había desarrollado en Argentina.

A finales de los 60' —y también actualmente— consideraba la dimensión ideológica como una de las más decisivas no sólo para entender la realidad, sino para movilizarla; había

llegado a la conclusión de que la 'cultura' que usamos cotidianamente es sobre todo reproducción rutinaria. La cultura está ahí, y más allá de sus características, de sus valores, de sus formas de expresión, esa cultura se reproduce cotidianamente a través de los diferentes espacios e instituciones sociales donde desarrollamos nuestras vidas, incluidos los espacios académicos, que también se caracterizan por su 'repetición'. Más aún, en el caso de los sectores sociales subalternos, dicha 'cultura' se expresaba en la autoexplotación de dichos sectores y no sólo en la explotación, lo cual sobre todo observaba a través de la vida cotidiana de las mujeres a nivel de los grupos familiares.

Durante esos años también había asumido que los sistemas se reproducen a partir de que lo producimos/reproducimos a través de nuestras prácticas de vida cotidianas, y más allá de que cuestionemos a los sistemas a través de nuestras palabras y tal vez de algunas de nuestras prácticas. Y que, por lo tanto, teníamos que tratar de convertir la cultura en ideología, entendida la dimensión ideológica no sólo como un factor de cohesión, de homogeneización, de igualdad aunque sean imaginarias, sino sobre todo de movilización. Lo cual, en aquellos años, no sólo estaba siendo impulsado por las corrientes antipsiquiátricas, por la criminología crítica, por las teorías radicales

de la desviación, sino también por las corrientes anticolonialistas especialmente las fanonianas.

Pero desde mi perspectiva no había que mitificar el pasado para a partir del mismo impulsar la concientización, cohesión y movilización de los sectores sociales subalternos, como ha sido frecuente en las propuestas nacionalistas y etnicistas (Menéndez 2002); sino hacerlo a través de lo que queda de los diferentes 'pasados' y sobre todo de los aspectos problemáticos actuales que pueden llegar a interesar y movilizar a conjuntos sociales subalternos. Y esta manera de pensar se evidencia en un texto como Yucatán, donde a veces utilizo lo ideológico como movilización mientras en otros lo manejo como cohesión cultural; dualidad que expresaba la idea de que partiendo de la cultura existente, la dimensión ideológica buscará recuperar los aspectos culturales propios de la misma que posibilitan su empoderamiento y cambio para convertirlos en una 'nueva' cultura que impulse la transformación.

Pero la cuestión central en términos político/ideológicos radica en si los aspectos culturales son propios y vigentes o son inventados o resignificados, y sobre todo si son generados autónomamente por los sectores sociales subalternos o son generados desde fuera de ellos. Todo lo cual aparece a veces confuso en el texto que

estoy prologando. No obstante, pese a estas ambigüedades, imprecisiones y también errores, sigo rescatando la utilización de la dimensión ideológica, especialmente en términos de las relaciones de hegemonía/subalternidad/contrahegemonía.

EPIDEMIOLOGÍA SOCIOCULTURAL, EXPANSIÓN BIOMÉDICA Y CURADORES TRADICIONALES

En el libro sobre Yucatán, y en función de los objetivos señalados, desarrollé algunos aspectos que más tarde iba a precisar en otros textos, pero que ensayé y puse a prueba tanto a nivel metodológico como de trabajo de campo en esta investigación, como es el caso de la propuesta de epidemiología sociocultural, que no pretendió desplazar a la epidemiología biomédica, sino complementarla, cuestionar algunos de sus enfoques, y sobre todo incluir no sólo procesos y relaciones sociales, y no en términos de variables, sino también de procesos y relaciones culturales, ideológicas, de poder y de relaciones de hegemonía/subalternidad. De allí que partiendo de viejas propuestas antropológicas desarrolladas sobre todo por el culturalismo norteamericano entre 1920 y 1950, y especialmente por autores como Bastide (1967), De Martino (1948, 1961) Devereux (1937, 1977); Durkheim (1974), Fanon (1962, 1968) o Stern (1945), y me refiero a que toda



comunidad desarrolla formas de diagnóstico y de explicación de los padecimientos que reconoce como amenazantes, y que no sólo operan a través de sujetos especializados. A partir de éstos y de otros autores, y de mis propios trabajos, llegué a la conclusión que los diferentes actores sociales implicados por diversas razones en los procesos de s/e/a-p que afectan a una población determinada, iban a desarrollar esquemas epidemiológicos que incluyen signos de enfermedad, criterios de gravedad o levedad de los mismos, incidencia diferencial en términos de edades, de género y de ocupación, pero también en términos étnicos y de clase social. Así como nociones sobre las variedades estacionales del impacto de las enfermedades, las causales de los padecimientos y otra serie de criterios que son necesarios —subrayo lo de necesario— para que los actores sociales involucrados puedan explicar y actuar respecto de los padecimientos que reconocen, para convivir con ellos aunque frecuentemente no puedan reducir sus efectos negativos y menos eliminarlos.

Y por eso, en las dos comunidades estudiadas (Nota 5) se trató de obtener los perfiles epidemiológicos que manejan los diferentes tipos de curadores tradicionales, los médicos oficiales y privados, la población a partir de grupos familiares seleccionados a través de criterios

de estratificación social, así como las principales organizaciones religiosas y laborales. Y teniendo como referencia el perfil epidemiológico que surge de las estadísticas vitales producidas por la Secretaría de Salud (Menéndez, coord., 1978; Menéndez y Miceli, coords., 1977; Ramírez 1980). Subrayo además, que los aspectos sociales, culturales, de poder —y más allá de que se hayan conseguido— se buscaron no sólo en la población y en los curadores tradicionales, sino también en los médicos y personal de salud. Y recordando que las relaciones de poder a través de la salud era una temática que describieron y analizaron mucho antes que Foucault, tanto científicos sociales funcionalistas e interaccionistas norteamericanos, como algunos miembros de la Escuela de Frankfurt y por supuesto Fanon, y que habían llegado a las conclusiones que más tarde Foucault popularizó.

En este ejercicio comparativo se encontró que todos los actores sociales reconocían las principales causas de enfermedad y de mortalidad, jerarquizadas también en forma similar, y coincidiendo tanto médicos como población en algunos aspectos como, por ejemplo, el escaso reconocimiento de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares, aun cuando las mismas se ubicaban entre las principales causas de mortalidad. Más aún, ni la población ni los médicos reconocían que una parte significativa de la

mortalidad cardiovascular podía ser la enfermedad de Chagas, de la cual los médicos que entrevisté desconocían sus signos básicos, así como la población ni siquiera conocía el nombre de Chagas. Pero no sólo detectamos similitudes sino obviamente diferencias como ser la menor estimación que da la población, comparada con los médicos, a la mortalidad por diarreas y por causas perinatales, y por supuesto fuertes diferencias en el reconocimiento positivo o negativo de las enfermedades denominadas tradicionales.

Pero lo importante a recuperar, es la existencia no sólo de diferencias sino de aspectos similares entre médicos y población, más allá de que los médicos nieguen dichas similitudes y subrayen que la gente se caracteriza por su ignorancia. Así como que los antropólogos subrayen no sólo las diferencias sino las incompatibilidades entre las cosmovisiones indígenas y la biomedicina, sin incluir, como veremos más adelante, información sobre los saberes biomédicos como para evidenciar la existencia de dichas incompatibilidades, y obviamente excluyendo las similitudes.

Antes de continuar, me interesa puntualizar que estas dos propuestas fueron poco utilizadas por la mayoría de los antropólogos e ignoradas por los epidemiólogos; y así tuvieron que pasar más de veinte años

para que investigadores como A. Haro y P. Hersch retomaran nuestros planteamientos sobre epidemiología sociocultural. Y en el caso de las similitudes, casi no han sido asumidas hasta la actualidad, dado que prácticamente todo el mundo se concentra en la búsqueda de las 'diferencias' pese a la importancia que tiene trabajar con las similitudes, por lo menos en el caso de los procesos de *s/e/a-p*. Y así, por ejemplo, no sólo el personal de salud conoce los ciclos anuales de las enfermedades infectocontagiosas, sino que la población y especialmente las madres yucatecas, también los reconocen. Saben, por ejemplo, que el mal de ojo incide sobre todo entre junio y septiembre, y que estas variaciones estacionarias tiene que ver con el lapso en que se dan las peores condiciones de alimentación, por lo menos en las comunidades estudiadas, recordando que en Yucatán el mal de ojo puede ser generado no sólo por un ebrio, sino también por un hambriento. En Yucatán, y otras partes de México, los médicos consideran que los niños enferman y sobre todo mueren de diarrea o gripes por tener bajas defensas; mientras las madres consideran que sus hijos se enferman y pueden morir por diarreas o gripes porque están 'débiles'.

Ahora bien, una parte de las 'coincidencias' entre los diferentes actores sociales pueden ser explicadas por el creciente proceso de



biomedicalización de los saberes de los sujetos locales; así como por un principio de realidad de estos actores, que tratan de apropiarse de la eficacia de instrumentos biomédicos, sobre todo de los fármacos, estrechamente relacionado con la situación de pobreza y de empobrecimiento de la mayoría de la población, Población que necesita apropiarse del saber médico, inclusive en términos simbólicos, como manera de enfrentar las enfermedades que la amenazan. Proceso en el cual convergen, por una parte el reconocimiento de la eficacia biomédica a la cual la población, incluidos curadores tradicionales, atribuyen sobre todo el descenso de la mortalidad así como la casi desaparición de problemas endémicos, como el paludismo. Y por otra, que la salud no aparece entre los problemas prioritarios señalados por la población, ya que para ésta los problemas graves son la mala situación económica y ocupacional planteados en términos de carencias, pobrezas e inexistencia de recursos básicos. Principio de realidad y situación de pobreza que se expresan en que, por lo menos, una parte de los ticuleños reconocen que la higiene y la salubridad son importantes para no contraer enfermedades, pero que no tienen dinero como para instalar letrinas o para colocar pisos de cemento en sus viviendas.

De los procesos analizados surgió que para la población de estas

comunidades, la enfermedad y no la salud constituye un proceso normal, entendido como hecho cotidiano y permanente. La gente siempre ha vivido con sus enfermedades y padecimientos, y las enfermedades y padecimientos de sus familiares, amigos, vecinos, de tal manera que los mismos forman parte normalizadas de sus vidas, y por eso saben en qué épocas del año la gente se enferma y se muere más, pero también en que época nacen y mueren más niños. Y fue, por lo tanto en Yucatán, que verifiqué una de las tantas obviedades que fui descubriendo a través de mis estudios, es decir que la enfermedad es normal y no sólo frecuente en estos grupos, y que la diferencia entre lo normal y lo patológico no existe en sociedades como la ticuleña, sino a partir de entender la vida como padecimiento, lo cual ya había registrado en el caso de mis estudios sobre enfermedad ocupacional en Argentina. Y esta normalidad de los padecimientos, se refleja en que los ticuleños diferencian entre malestar y enfermedad entendidos como una suerte de continuo, y donde el malestar se convierte en enfermedad no sólo en función de su gravedad, sino debido a que ese malestar ya no permite al sujeto ejercer las actividades básicas para la sobrevivencia del mismo y de su grupo, y que pueden referir al desempeño de una mujer en los quehaceres del hogar o de un varón o una

mujer en el desempeño laboral de fabricar zapatos o de hacer vestidos tradicionales. Es decir que un malestar pasa a ser enfermedad cuando no permite al sujeto trabajar, lo cual también había encontrado previamente en trabajadores de diferentes ramas de la producción en Argentina. Por lo cual en Ticul, el malestar y el padecimiento son entendidos no sólo como normales sino como procesos.

Fue en Ticul, al igual que previamente en trabajadores mineros o en choferes de camiones de pasajeros, donde observé que todos podían señalar cuales eran las enfermedades que los aquejaban o podían aquejarlos, así como podían enumerar criterios para establecer no sólo el tipo de enfermedad sino su gravedad, pero sin poder definir que entendían por salud. Es a partir de estos trabajos que llegué a la conclusión de que la salud es un concepto básicamente ideológico más o menos como el de 'revolución'.

La aplicación de este enfoque epidemiológico permitió establecer cuáles eran las formas de atención propuestas por cada actor social así como también el uso de las mismas, encontrando que para las enfermedades consideradas graves —salvo los 'hechizos' o brujería— el principal recurso es el biomédico, pero que para los malestares y formas agudas cotidianas y frecuentes de enfermar, la forma más usada es la autoatención

y en segundo lugar los curadores tradicionales; más aún, observé que la autoatención es parte inevitable de toda trayectoria de enfermedad: Pero además este enfoque permitió obtener información sobre las formas de prevención que utilizan para enfermedades tradicionales y para las enfermedades alopáticas, incluidas las enfermedades ocupacionales de ciertos sectores laborales como alfareros y zapateros o relacionadas específicamente con la salud de la mujer, y más allá de que fueran considerados padecimientos tradicionales o alopáticos. 'Descubrimos' que la prevención es parte intrínseca de los saberes médicos populares, puesto de manifiesto en que la población de Ticul enumera criterios de prevención para todas las enfermedades tradicionales que padecen o padecían los ticuleños, así como para las enfermedades alopáticas. Lo que tendría que ser asumido por los médicos y por el sector salud, en lugar de reiterar la crítica de que los sujetos rechazan o no cumplen con las políticas y actividades de prevención, confundiendo rechazo con inexistencia de criterios y acciones de prevención.

Es este enfoque el que me permitió observar que una parte de los malestares y de los padecimientos graves como problemas cardiovasculares o cáncer los pueden atribuir a relaciones conflictivas entre sujetos, entre familias, en las relaciones



obrero/patronales, lo cual suponía una continuidad ideológico/cultural con las enfermedades tradicionales, dado que las mismas se caracterizan por ser en su casi totalidad producto de relaciones sociales. Y es a partir de estos y otros aspectos que también comencé a pensar si las enfermedades y atenciones de tipo alopática estaban dando lugar al desarrollo de nuevos rituales sociales. Me pregunté si las vacunaciones o los grupos de Alcohólicos Anónimos —en Ticul había cuatro a finales de los 70'— estaban generando rituales, o si ciertos comportamientos constituían rituales en el sentido de los propuestos y analizados por Goffman (1981), como los expresados a través de la actitud de personas pobres que luego de la consulta médica en el Centro de Salud, le preguntan al médico cuanto le deben, sabiendo que no tienen que pagarle, pero a partir de una concepción colectiva de que el mejor médico es el médico 'particular', y que la mejor atención la dan los especialistas; médicos a los cuales tienen que pagarles la consulta. Ritual que expresaba simultáneamente la pobreza del paciente y que la mejor medicina es la que se paga.

Tal vez uno de los principales aportes de este texto fue producir información y análisis respecto de la expansión de la biomedicina inclusive en áreas rurales y con población indígena, evidenciando un proceso

de biomedicalización que se estaba dando no sólo en zonas urbanas sino también rurales, inclusive en los curadores tradicionales. Se documentó la expansión directa a través de servicios de salud, oficiales y privados, así como la expansión indirecta a través del uso de fármacos por la población y por los curadores tradicionales. Y esto no se hizo en cualquier estado, sino en Yucatán, que tanto entre 1977 y 1981 como en la actualidad tenía y sigue teniendo el mayor porcentaje de población indígena comparado con cualquier otro estado mexicano. Información e interpretación que cuestionaban gran parte de las interpretaciones —mucho más que la información— de toda una serie de antropólogos, que subrayaban no sólo el peso de la medicina tradicional, lo cual era parcialmente correcto, sino que tendían a ignorar tanto la expansión creciente en forma directa e indirecta de la biomedicina, como la reducción significativa del número de la mayoría de los tipos de curadores tradicionales.

Nuestra investigación trató de observar la trayectoria biomédica, y también de la medicina tradicional, entre finales del Siglo XIX a nivel del estado yucateco, y desde la década de 1930 a nivel de dos comunidades, y se trató de observar la expansión biomédica a través de varios procesos, siendo los principales la instalación de servicios de atención biomédicos



oficiales y privados, el desarrollo de actividades preventivas como las campañas y acciones de vacunación y la aplicación de programas contra enfermedades infectocontagiosas o contra la desnutrición; así como la intermitente pero constante capacitación biomédica de auxiliares de salud y sobre todo de parteras empíricas, y de un proceso relativamente autónomo caracterizado por la apropiación y uso de fármacos por la mayoría de los curadores tradicionales. Tratamos de insistir en la expansión no sólo directa —servicios de salud biomédicos— si no también en la constante expansión indirecta de saberes y productos biomédicos, especialmente fármacos, dado que tanto para la población como para los curadores tradicionales de Ticul el poder de la medicina reside en los fármacos, concepción que no sólo es producto de sus propios usos, sino del énfasis que ponen los médicos en la eficacia de los fármacos.

Ahora bien, Yucatán constituye uno de los estados en que más tempranamente se desarrollaron algunas actividades biomédicas como por ejemplo la vacunación antivariólica iniciada en 1804; un estado que a principios del siglo XX tenía una de las mayores coberturas de vacunación a nivel nacional, subrayando que en 1912 laboratorios yucatecos ya producen la vacuna antivariólica. A finales del siglo XIX, Yucatán era el

estado con el mayor número de médicos después de la capital de México, y era líder en impulsar campañas de saneamiento ambiental que tenían que ver con el control de enfermedades infectocontagiosas como la fiebre amarilla y el paludismo. Y si bien dichas campañas fueron intermitentes, en el caso del paludismo supuso desde 1956 el diseño y aplicación de un programa caracterizado por su continuidad y eficacia. Programa, y lo subrayo, que incluyó personas que residen permanentemente en medianas y pequeñas comunidades para detectar e informar al sector salud sobre la presencia de casos de paludismo.

Pero además, en Yucatán desde finales de los años 20', y sobre todo durante la década del 30', operó un equipo interdisciplinario liderado por uno de los principales epidemiólogos norteamericanos de esa época, en el cual trabajaron varios antropólogos incluido R. Redfield, equipo que produjo varios exhaustivos informes epidemiológicos obtenidos a través de las técnicas biomédicas más avanzadas del momento, así como generó información antropológica cualitativa sobre biomedicina y sobre curadores tradicionales (Shattuck 1933). Y son estos trabajos antropológicos los que nos informan de la expansión biomédica en los años 30' inclusive en pequeñas comunidades como Dzitás, donde "compiten la curandera con el

sanador ambulante, y ambos con el doctor que estudió y se graduó en la ciudad" (Redfield 1941:388). Señalando Redfield que la biomedicina aparece como la más prestigiosa forma de atención para todos los sectores sociales, y que inclusive los más pobres van al médico privado cuando tienen dinero (1941:374-375).

Si bien la mayoría de los médicos estaban concentrados en la capital del estado, podemos observar que en Ticul en 1920 ya tenemos dos médicos privados permanentes, que pasan a ser tres en 1940. Pero en 1938 se instala un Centro de Higiene Rural con un médico y una enfermera, que en 1942 pasa a llamarse Centro de Salud Infantil, contando con un médico y dos auxiliares de enfermería, para en 1962 convertirse en un Centro de Salud con nueve camas de hospitalización, contando con dos médicos y tres auxiliares de enfermería. Durante las décadas de los 50' y 60' el número de médicos fluctúa entre seis y siete, subrayando que dos de ellos trabajan para el Centro de Salud, pero dando consulta también a nivel privado. Para 1970 hay diez médicos en Ticul de los cuales siete son privados, y tres privados/oficiales, pero en 1977 llegan catorce médicos incluidos dos pasantes de medicina. De tal manera que el porcentaje de médicos pasa de 4 por 10,000 habitantes en 1940 a 7 por 10,000 en 1977. Pero además en el

Centro de Salud hay una enfermera titulada, un odontólogo, dos pasantes de enfermería, cinco auxiliares de enfermería, un técnico de laboratorio, así como un agente sanitario, dos promotores de salud y quince parteras controladas. Hay además siete farmacias, de las cuales tres pertenecen a médicos privados, tres a familiares de médicos, y una a un trabajador administrativo del centro de salud, pero además casi toda tiendita vende aspirinas y vitaminas. (Menéndez y Miceli 1977, Ramírez 1980).

Ahora bien, más allá de la influencia real de la expansión biomédica en el control de enfermedades, y que aparece en términos de las experiencias de vida por lo menos de los tuculeños; necesitamos asumir que dicha expansión es correlativa de los notables descensos de las tasas de mortalidad general y etarias, así como en el incremento de la esperanza de vida. Más aún, observamos que cuando en Yucatán dominaba la atención por curadores tradicionales en 1930 la esperanza de vida era de 23 años, mientras en 1970 llega a 59 años. A su vez la mortalidad general pasa de 30 personas por mil en 1922 a 7.9 personas en 1977, y la de Ticul pasa de 23 en 1940 a 8.77 en 1976. Inclusive, en Ticul la primera causa de mortalidad, es decir la gastroenteritis, pasa de 1096 casos por 100,000 en 1940 a 109 en 1970 (Menéndez 1981:154-184). Y esta correlación se traduce en



que la población, incluidos los curadores tradicionales, consideran que la biomedicina, las acciones de saneamiento del medio y especialmente los fármacos han hecho posible la reducción de la mortalidad sobre todo en niños menores de cinco años, y especialmente por enfermedades infectocontagiosas.

No sólo de los datos para Yucatán, sino de trabajos realizados por nosotros en comunidades de otros estados con población indígena, surge que ya a finales de 1970' la biomedicina forma parte de las trayectorias de enfermedad de la población. Ahora bien, considero que es importante asumir que la expansión biomédica necesita ser correlacionada con otros procesos como el incremento de la educación formal, los procesos migratorios, la constante penetración de nuevos productos manufacturados, el desarrollo del transporte público y de la industria turística, para entender dicha expansión como parte de un proceso más general e integral. De tal manera que el conjunto de estos aspectos incidirán no sólo en modificar los 'usos y costumbres' en términos generales, sino que incidirán en forma directa e indirecta en los procesos de s/e/a-p. Y de lo cual sólo daré dos ejemplos para que quede claro lo que estoy señalando. El primero refiere a que México, en la década de 1940', es el tercer país a nivel mundial en utilizar penicilina,

generándose lo que un médico llamó una 'lluvia de antibióticos', de tal manera que la población mexicana y la yucateca en particular comenzó a utilizar este fármaco desde fechas muy tempranas; más aún, fue utilizado también tempranamente por auxiliares de salud y por curadores tradicionales. En Ticul, los antibióticos constituían para la población la principal expresión de la eficacia de los fármacos.

Y el segundo ejemplo tiene que ver, con que la población de Ticul cuando tenía diarreas bebía refrescos, especialmente Coca Cola y Delaware, y no agua, lo cual fue señalado no sólo por las familias entrevistadas sino también por los médicos. Dicho comportamiento tiene que ver con que en Ticul los refrescos constituían la única forma de beber agua potable, dado que la población carecía de la misma. Y recordemos que las gastroenteritis constituían la principal causa de mortalidad. Más allá de cómo se generó este proceso, lo importante es la asociación y consumo que la población hace entre concepciones impulsadas por el salubrismo —beber agua potable— y consumo de un producto que estaba penetrando en el mercado, y que se caracterizaba por su potabilidad, pero también por haber sido durante años uno de los principales símbolos del imperialismo norteamericano. Y recordemos además que México se iba a convertir en el principal

consumidor de refrescos per cápita a nivel mundial en la primera década del 2000.

TODO EL PODER A LO PRIVADO

Ahora bien, esta expansión biomédica se desarrolló a través de procesos que implicaban constantes convergencias, distanciamientos y relaciones ambiguas entre médicos, curadores tradicionales y población, de tal manera que, por ejemplo, la población de Ticul irá consultando cada vez más a los médicos, pero manteniendo una actitud crítica o ambivalente hacia los mismos. Mientras, a su vez, los médicos cuestionarán el 'atraso' y la ignorancia de la población y de los curadores tradicionales, inclusive de los curadores que formarán parte de actividades biomédicas oficiales.

Pero además se suscitaron otros problemas, y así, por ejemplo, cuando realizamos nuestro estudio, se aplicó en Yucatán el Programa de Extensión de Cobertura (PEC), que implicaba la inclusión de pasantes de medicina y de auxiliares de salud en pequeñas comunidades, lo cual dio lugar a una insistente crítica por parte de pasantes de medicina y de médicos hacia los auxiliares de salud, sobre todo porque diagnosticaban y trataban enfermedades para las cuales no estaban capacitados según dichos profesionales, y especialmente porque no sólo manejaban aspirinas

o jarabes para la tos sino también antibióticos y fármacos psicotrópicos. Es decir, el PEC fue un programa de los salubristas del Sector Salud mexicano que buscaba impulsar programas tipo 'médicos descalzos' chino, pero que no correspondía para nada con las concepciones y expectativas no sólo de los médicos clínicos, sino de los estudiantes de medicina.

Ahora bien, el Sector Salud mexicano ha utilizado por lo menos desde la década de los 20' auxiliares y promotores de salud en forma ocasional o planificada; ha capacitado a miles de personas, incluidos curadores tradicionales, en actividades no sólo de educación y prevención, sino de atención y curación, incluido el uso de fármacos. Y pese a ello, periódicamente los investigadores 'descubren' que las personas pueden ser capacitadas para identificar padecimientos e inclusive atender algunos, y también periódicamente critican al Sector Salud por no utilizar este tipo de personal, sin asumir los usos y desusos así como las razones biomédicas que dicho Sector ha tenido y tiene para utilizarlos/excluirlos según sus objetivos.

En Ticul, como en otras comunidades, la población si bien critica ciertos aspectos de la biomedicina, también demanda mejores servicios biomédicos, aunque no solicita que haya mejor medicina tradicional ni un mayor número de curadores



tradicionales, lo cual es necesario señalar dado que ya en 1977/1981 observamos, como ya indiqué, un descenso en el número de curadores tradicionales así como una creciente biomedicalización de los mismos. Y así, por ejemplo, los yerbateros entre 1960 y 1977 se habían reducido a la mitad en Ticul, y muchos de ellos sólo trabajaban a tiempo parcial o ya sólo se dedicaban a officiar rituales agrarios, dejando de atender enfermedades. Inclusive los hmen o jmen (shamanes) no sólo habían reducido su número sino que ya no tenían el prestigio que los caracterizaba.

No obstante, durante la década de los 70' y 80' hay un tipo de curadora tradicional, las parteras empíricas, que incrementan su número y su trabajo; y así en Yucatán para 1977 las parteras realizan el 70% de los partos, mientras en Ticul operan el 55% de los mismos. Ahora bien, una parte significativa de las parteras habían sido capacitadas por el sector salud, tendencia que se había iniciado a mediados de la década de los 20', y se había desarrollado en forma intermitente hasta que en la década de los 70' y en función del programa de planificación familiar, se decidió intensificar la capacitación, así como proveer a las parteras de instrumental y fármacos biomédicos. El objetivo central del programa de planificación familiar era reducir fuertemente la tasa de natalidad,

con la tendencia a aplicar 'métodos definitivos', de allí que en Yucatán la esterilización (salpingoclasia), pasara a ser el principal método anticonceptivo utilizado por el Sector Salud, que obviamente no era aplicado por las parteras empíricas.

Pero este uso de las parteras se hizo mientras el sector salud no extendió su cobertura con médicos, ya que si bien se había adiestrado a las parteras en el uso de anticonceptivos, los datos estadísticos indicaban que en las zonas donde el parto seguía en manos de parteras empíricas la reducción de la tasa de natalidad era mucho menor, y además se colocaban, como era obvio, un menor número de métodos definitivos. Por lo cual las parteras comenzarán a ser cada vez más marginadas, hasta que la aplicación de una nueva norma del sector salud, las excluyó casi totalmente de la realización de los partos, aunque las siguió incluyendo sobre todo en actividades de educación para la salud relacionadas con la mortalidad materna y el uso de anticonceptivos.

La encuesta y las entrevistas realizadas en Ticul indicaron la preferencia de las mujeres a tener partos con las parteras tradicionales. Sin embargo, no sólo en Yucatán sino a nivel nacional ni las mujeres ni las parteras enfrentaron las medidas aplicadas por el sector salud que las excluía del parto. Por lo cual este proceso no

sólo indica el pragmatismo del sector salud que utiliza a los curadores tradicionales cuando les conviene en función de establecer mayores coberturas de atención en áreas marginadas, pero los excluye parcial o totalmente cuando ya considera que no cumplen con los objetivos establecidos. Sino que también indica la subordinación de la población y de los curadores tradicionales a las políticas aplicadas por el sector salud.

Pero además, este proceso evidenció la fuerte biomedicalización que se había generado en los curadores tradicionales, y especialmente en las parteras empíricas, dado que no sólo utilizaron fármacos y técnicas médicas por lo menos desde las décadas de los 50', sino que una parte de las parteras permanecieron en los centros de salud desarrollando las actividades señaladas previamente. Y en gran medida permanecieron porque recibían pequeños ingresos, lo cual era casi determinante en sectores caracterizados por la pobreza.

Como señalamos, y retomaremos después, los datos obtenidos en comunidades yucatecas y especialmente en Ticul, indicaban que salvo en el caso de las parteras, todos los tipos de curadores tradicionales estaban reduciendo su número. En las décadas de los 80' y 90' varios trabajos y especialmente el de J. Ortega (1999) documentaron este descenso en Yucatán, de tal manera que en los 90' en el área

trabajada por esta investigadora sólo quedaban unas pocas parteras que ya no eran demandadas por la población, y ya no quedaba ningún hmen o shaman. Lo cual se expresa en el Censo de Médicos Tradicionales realizado en 2014/2015 por Indemaya, la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI) y los Servicios de Salud de Yucatán, que indica que quedan 19 hmen en todo el estado de Yucatán, de los cuales sólo siete se dedican a sanaciones, dado que la mayoría se dedica a rituales agrarios (Nota 6) y actividades educativas. Y además han surgido diferentes tipos de curadores *new age*, algunos de los cuales se autodenominan 'sacerdotes'.

Aun cuando sea obvio, es importante recordar que los curadores tradicionales son curadores privados, y que fue el estado quien a partir de la década de los 30' generó servicios oficiales de atención médica gratuitos o que implicaban un pago mínimo a través de las denominadas 'cuotas de recuperación'. Señalo estos aspectos, porque en Ticul la mayoría de la población prefiere la medicina privada respecto de la medicina ejercida por el centro de salud. La encuesta aplicada evidenció que el 65% prefería ir al médico privado y sólo un 10% al centro de salud, mientras el resto refería a otras instituciones de seguridad social (5%) y a la autoatención (20%). Pero no sólo es la percepción de la comunidad, sino que los datos indican que en 1978



el volumen anual a nivel privado era de 54,000 consultas, mientras las del centro de salud eran de alrededor de 10,000 consultas (Ramírez 1980).

Para los ticuleños los médicos 'particulares' (privados) de Ticul, y sobre todo los especialistas que atienden en Mérida, capital del estado, son los facultativos de mayor prestigio; en segundo lugar los médicos diplomados del Centro de Salud, y por último y muy diferenciados de los anteriores, los pasantes de medicina que ejercen en el centro de salud. Según Ramírez (1980), la gente prefiere a los médicos particulares porque dan consulta a toda hora, el tiempo de consulta es más extenso, dado que es de 8 de la mañana a 13 hs. y de 15 a 18 hs., mientras el Centro de Salud sólo atiende por la mañana. Además los médicos particulares dan consulta a domicilio, mientras los del centro de salud no lo hacen. Con los médicos privados el trato suele ser más personal y la gente puede tratar problemas —generalmente emocionales— que no son escuchados por el personal del centro de salud. Pero además, una parte de los médicos particulares son permanentes y cuando se van de Ticul, lo hacen para radicarse en Mérida; mientras los pasantes rotan anualmente. La mayoría de los médicos particulares (70%) hablan maya, mientras los pasantes no lo hablan.

Ahora bien, la preferencia por la medicina privada parece basarse en

las condiciones de la consulta, en el prolongado tiempo de permanencia en Ticul de los médicos (Nota 7), en que el médico debe ser diplomado y en el pago o gratuidad de la consulta, según lo cual la mejor consulta es la que se paga. Por eso, para los ticuleños los médicos particulares, pero sobre todo los especialistas de Mérida, son mejores porque todos cobran la consulta, y los de más prestigio, los especialistas de Mérida, cobran mucho más. La gente de Ticul conoce los nombres y los domicilios de los especialistas de Mérida, sobre todo de los que trabajaron antes como médicos generales en Ticul.

Todo lo privado es considerado mejor, por lo menos en el campo de la atención médica, ya que pese a que varias actividades médicas son similares tanto a nivel privado como oficial, la gente de Ticul considera mejor lo privado. Y así aproximadamente el 80% de los entrevistados considera que los medicamentos recetados y vendidos en forma directa por los médicos particulares (en el consultorio) o indirecta (farmacias) tienen más eficacia que los que les recetan y dan o venden en el Centro de Salud. Más aún, las medicinas que recetan y venden los médicos privados y los especialistas son mejores porque vienen de la capital de México, mientras que las del Centro de Salud vienen de la capital de Yucatán. Esta percepción es constantemente avalada por los

médicos, quienes afirman que los medicamentos del Centro de Salud son 'chafitas' (mala calidad), informando a los pacientes cuales son las mejores 'marcas' de los fármacos, dado que estas son las 'verdaderas' medicinas y no las que les vende el Centro de Salud. Recordemos que en el centro de salud de Ticul los fármacos los suelen recetar un pasante, y que en Pustunich los suele recetar un auxiliar de salud.

Los entrevistados señalan que la consulta médica se centra en el tratamiento y sobre todo en los medicamentos recetados, insistiendo los médicos en el cumplimiento de la dosis prescrita. Ahora bien, las medicinas recetadas por el Centro de Salud cuestan la mitad de las prescritas por los médicos particulares, y recordemos que los médicos en forma directa o indirecta son los dueños de seis de las siete farmacias que hay en Ticul. Pero además los médicos obtienen sus mayores ganancias de la venta de medicinas, y no del precio de la consulta. En todo este proceso hay una carrera profesional de los médicos, según la cual estos profesionales tratan de trabajar inicialmente en el Centro de Salud para a partir de él formar su clientela privada, por lo cual hablan mal de las medicinas que ellos mismos recetan, y cuando se independizan como médico privados pasan también a hablar mal de la atención dada en el Centro de Salud.

Según los ticuleños, la consulta médica del centro de salud es casi gratuita porque la dan los 'practicantes' (pasantes) y no los médicos diplomados; para ellos los 'practicantes'. Son médicos que están aprendiendo a partir de tratar las enfermedades de los ticuleños, y por eso constituye una medicina inferior. Más aún, algunos informantes la consideran inclusive de menor calidad que la de los curadores tradicionales, pues éstos saben lo que tienen que hacer, mientras los practicantes recién están aprendiendo.

Ahora bien, de todos estos aspectos surge que la población de Ticul, inclusive la más pobre, considera que la buena medicina debe ser pagada; que lo gratuito o de menor costo es de mala calidad o de calidad inferior. Que al Centro de Salud sólo van los pobres y por razones económicas, dado que saben que la medicina particular es la mejor. Y que por lo tanto la medicina pública y gratuita es inferior a la medicina privada y paga. Estas concepciones son las dominantes en una población caracterizada por situaciones de pobreza y de extrema pobreza. Y si me he extendido en estos aspectos es porque los mismos expresan no sólo la expansión y hegemonía de la biomedicina en términos de saberes médicos, sino de su expansión en términos de 'cosmovisiones' mercantilistas referidas no sólo a que el precio y la ganancia expresan la calidad de un producto o de un servicio,



sino a que también expresan la situación del sujeto tanto en términos de clase social como de pertenencia étnica, y no sólo porque no puede pagar una consulta privada, sino porque las instituciones del estado refuerzan su situación de inferioridad ante los otros y ante sí mismo, al decidir que sea un 'practicante' y no un médico quien lo atiende. El tipo de medicina consumida indica el lugar de los sujetos en la sociedad en la que viven; sujetos que, además, conocen y critican el mercantilismo médico, pero que sin embargo lo reproducen no a través de sus críticas verbales sino de sus comportamientos.

Esta expansión biomédica en términos de medicina privada se evidenciaría en que en lengua maya el concepto de 'privado' es ambiguo, y necesitan utilizar palabras en español como 'medicina particular', en una comunidad donde el 95% de la población habla y/o entiende maya (Nota 8). Lo cual no sólo expresa la expansión biomédica, sino el dominio de representaciones y prácticas que cuestionan el dominio de una cosmovisión exclusivamente mesoamericana, por lo menos respecto de los procesos de s/e/a-p. 

Continuará...

NOTAS

1. También se incluiría información obtenida de informantes claves en nueve pequeñas comunidades.
2. Para una revisión crítica de varios de estos aspectos ver Comelles 2004.

3. Inicialmente reconocí tres modelos, el de Autoatención, el Modelo Médico Hegemónico, y el Modelo Alternativo Subordinado, sí como submodelos, que siempre pensé en términos de modelos y de saberes, pero reconociendo que las elaboraciones teóricas más precisas se dan respecto de los dos primeros modelos, y que el tercer nivel ha sido el menos elaborado por mi hasta la actualidad.
4. Considero que fue mi formación inicial en la carrera de Historia, en mis primeros trabajos de corte histórico, y sobre todo en los grupos de discusión de historia de las mentalidades en los que participe durante tres años junto con José Luis Romero, Reina Pastor, Jaime Rest, Analía Payró y Ernesto Laclau que asumí la complejidad de los procesos económicos, sociales, culturales, políticos que emergían al estudiar un determinado problema histórico, y que me llevó a encontrar una solución provisional en las propuestas tipológicas de M. Weber, de Durkheim pero también de R. Merton, para luego volver a recuperar la historicidad de los procesos, a través de una articulación tipo/modelo-historicidad.
5. En este texto, presentaré información que no fue publicada en el libro sobre Yucatán, y que complementa varios de los aspectos desarrollados en ese libro. La mayoría de la información proviene de los siguientes textos: Menéndez (Coord.) 1978, Menéndez 1981a, Menéndez 1981 b, Menéndez y Miceli (Coords.) 1978, Menéndez y Ramírez 1980, y Ramírez 1980, por lo cual sólo en algunos casos se indicará en el texto la procedencia específica de la información manejada. Considero que la presentación y discusión de estos 'nuevos' materiales, constituye uno de los principales aportes de esta presentación.
6. Este proceso, como siempre es más complejo, dado que las parteras sigue siendo el curador tradicional con mayor número de operadores según dicho Censo, pero realizando cada vez menos partos. Ahora ellas realizan sobadas (acomodación del 'producto'), y una parte trabaja también como huesera y hierbatera.
7. El médico con mayor demanda de consulta, hacía cuarenta años que residía en Ticul.
8. Según M. A. Güémez, antropólogo médico yucateco con dominio de la lengua maya, no existe en maya un concepto claro que refiera a propiedad. Sólo existen las palabras intia'al, atia'al y utia'al, que indican que algo es mío, tuyo o suyo.