

SEGUNDA PARTE *

Yucatán revisitado: Reflexiones sobre aspectos teóricos y metodológicos inconclusos

Eduardo Luis Menéndez Spina

DE COSMOVISIONES,
ESENCIALISMOS
E HISTORICIDADES

Lo últimos aspectos señalados, junto con otros que se desarrollan en este y otros textos producidos a partir de la investigación sobre Yucatán, nos permitieron cuestionar toda una serie de interpretaciones y exclusiones generadas por la producción antropológica respecto de la medicina tradicional y de la biomedicina. Y una de las concepciones más fuertes, que dura en gran medida hasta la actualidad, es la de que las cosmovisiones indígenas no sólo son diferentes sino que son incompatibles con las 'occidentales', lo cual se expresaría en el rechazo, crítica y no uso de la biomedicina por parte de los pueblos originarios, así

como en su preferencia por los curadores tradicionales.

Y no cabe duda que a través de la mayoría de los textos surge que la población critica a los servicios médicos de atención primaria que operan en sus comunidades o cerca de las mismas; y que en ciertos contextos los utilizan poco o directamente no los utilizan, pero ello no ocurre porque las cosmovisiones indígenas rechazan a la biomedicina, sino por las razones analizadas previamente para Ticul. Y así, de la encuesta aplicada en esta comunidad en 1977 surgió que la población no va o va poco al Centro de Salud: a) porque el personal médico no está capacitado; y quienes atienden todavía no son médicos; b) por

* La primera parte de este artículo se publicó en el número 267 de la *Revista de la Universidad Autónoma de Yucatán*.

el mal trato; c) porque el servicio de hospitalización no le da alimentos al paciente; d) por el precio de las medicinas; e) por los horarios restringidos de atención (Menéndez y Miceli 1977).

Ahora bien, la mayoría de esas críticas son correctas, pero refieren a la calidad de la atención, y no a cosmovisiones diferenciadas, lo cual se evidenció tanto en Pustunich como en Ticul, ya que en ambas comunidades y en momentos distintos se dieron procesos que verificaron lo que estamos señalando. Y me refiero, a que, por ejemplo, el ingreso de nuevos pasantes y médicos que se caracterizaron por dar un mejor trato a los pacientes que los que atendían previamente a la población, condujo en poco tiempo a reducir las críticas y a incrementar la demanda de atención médica. Por otra parte, como vimos, la población sólo refiere estas críticas a la medicina oficial; mientras que respecto de la medicina privada la principal y frecuentemente única crítica es que es muy cara, y que los médicos se dedican a ganar dinero y a comprar tierras.

Pero además, toda una serie de procesos, en parte ya señalados, evidencian que la cosmovisión 'tradicional', y menos aún en términos de incompatibilidad, no opera o por lo menos no es decisiva en los comportamientos que los ticuleños tienen respecto de los procesos de s/e/a-p,

y que sobre todo se expresa a través del uso de fármacos no sólo por la población sino por los curadores tradicionales de todo tipo, incluidos los hmen. Más aún, la población coloca en el fármaco la mayor eficacia de la biomedicina, que es cada vez más un recurso de la medicina tradicional. La descripción y análisis de las trayectorias de enfermedad indica que los ticuleños utilizan articuladamente, y no en forma separada, tratamientos biomédicos y tradicionales, ya sea en forma simultánea o secuencial. Y en este proceso no cabe duda que existen 'apropiaciones' de los productos y concepciones biomédicos por parte de los ticuleños a partir de sus propios saberes, pero nada indica que dichos saberes se opongan a la biomedicina, sino por el contrario todos los datos indican que la biomedicina ha pasado a ser parte nuclear de sus usos y costumbres.

Ahora bien, este tipo de información que surgía en comunidades de Yucatán, y de otros estados en los que trabajé, sin embargo confrontaba y sigue confrontando a los enfoques antropológicos que estudian a los grupos étnicos como si solo utilizaran medicina tradicional, pese a que autores como Redfield habían evidenciado etnográficamente desde la década de los 30' varios de los aspectos que encontramos en la segunda mitad de la década de los 70', y que indicaban un uso creciente de la biomedicina.



Nuestros datos y análisis, como también los de Press (1975) para Yucatán o los de Erasmus (1963) para otras zonas del país divergían fuertemente de los trabajos que pensaban, y siguen pensando, a los grupos étnicos a través de cosmovisiones utilizadas no sólo en términos esencialistas sino de oposición incompatible con la cosmovisión, o por lo menos con la biomedicina, 'occidental'. Trabajos que se caracterizaban y se siguen caracterizando por buscar dicha cosmovisión, y por supuesto por encontrarla, aunque para ello tienen que excluir gran parte de los comportamientos de los sujetos que estudian. Estudios que en general se basan en lo que los 'informantes' les dicen, y no en lo que los sujetos y grupos hacen.

Entre las décadas de 1950' y 1970' —y en menor medida durante las de 1980' y 1990'— una parte de los antropólogos y por razones diferentes estaban preocupados por describir y analizar el saber de los grupos étnicos sobre los procesos de s/e/a-p en términos de una cosmovisión integral e integrativa, que en el caso mexicano refería casi unánimemente a la cosmovisión 'mesoamericana', y en el caso de Yucatán a la 'cosmovisión maya'. Y en sus trabajos de campo buscaban los 'rastros' de esa cosmovisión en los sujetos que entrevistaban como si la misma fuera la única vigente, excluyendo los datos que cuestionaban dicho objetivo.

Estos buscadores de cosmovisiones, lo hacían a partir de considerar la cosmovisión mesoamericana como 'realidad', en lugar de manejarla como una construcción metodológica e histórica, lo cual reforzaba sus tendencias esencialistas en una suerte de juego circular donde se buscan exclusivamente ciertos datos, que refuerzan los presupuestos, que conducen a seguir buscando los mismos datos. Esta orientación reflexivamente o no, tenía —y sigue teniendo— objetivos de tipo ideológico que más allá de su legitimidad, tendían a imponer a la realidad los presupuestos teórico/ideológicos que manejaban los estudiosos de las cosmovisiones.

Esta orientación a pensar y describir la realidad en términos de cosmovisiones limita o directamente impide describir y analizar la realidad como proceso, ya que pese a que esta orientación se desarrolló en gran medida a partir de tendencias historicistas que utilizaban términos como concepción del mundo, sin embargo los utilizó como modelos o tipos, subordinando a ellos la realidad estudiada. Si bien mi formación inicial en el campo de la historia me condujo a utilizar conceptos como concepción del mundo o mentalidades, mis intentos de entender los procesos históricos dentro de los que operaban las cosmovisiones y mentalidades, así como mis primeras investigaciones, especialmente la referida a la migración de personas

y grupos sociales de origen español e italiano a una mediana comunidad argentina, me condujeron a utilizar dichos conceptos sólo como referencias teóricas y metodológicas, ya que comencé a observar que si los aplicaba como tales, me conducían a cosificar las realidades estudiadas. La antropología alemana, y en menor medida la italiana, dentro de la cual en gran medida me había formado en la carrera de Ciencias Antropológicas de la Universidad Nacional de Buenos Aires, había llevado casi a sus últimos límites los usos de las concepciones del mundo a través del concepto de ciclo cultural, que si bien constituía una orientación metodológica que cuestionaba y superaba el empirismo dominante en muchas escuelas antropológicas, llevó a sus adeptos a imponer a las realidades estudiadas sus presupuestos no sólo históricos sino ideológicos (Nota 9).

De allí que, sin negar la existencia de concepciones del mundo entendidas sobre todo como herramientas metodológicas, mis trabajos y mis encuentros con Gramsci y De Martino me permitieron dinamizar dicho concepto, y no sólo a través del trabajo académico sino de mis actividades políticas. Reconozco que el país en que nací y me formé como sujeto tendía a cuestionar en la vida cotidiana, aunque mucho menos en la reflexión antropológica, el término concepción del mundo pensado en términos

esencialistas dado que, por ejemplo, los sujetos con los que me fui encontrando y conviviendo en el transcurso de mi niñez y juventud eran originarios o descendientes no sólo de España, Italia, Alemania, Francia, Grecia, Polonia, Turquía, Irán, Siria, Líbano, sino de Calabria o Piamonte, de Andalucía o Asturias, de Turingia o Prusia. Y además, y lo subrayo, de comunidades bolivianas, paraguayas o del norte de Argentina que se supone tenían ascendencia indígena. De tal manera que a mediados de la década de los 60' ayudado por el estudio ya citado sobre migraciones, asumí una actitud de rechazo teórico e ideológico a las posiciones esencialistas, y a reconocer como constantes los procesos de *mestizaje* social y cultural. Más aún, asumí que las sociedades tienden a generar una imagen esencialista de sí mismas, basada en la hegemonía de los sectores sociales dominantes que promueven la unidad o la exclusión de determinados actores sociales a partir de subrayar su esencialidad y su diferencia.

Llegué a la conclusión de que los conceptos de cosmovisión y concepción del mundo, tienden a generar no sólo visiones esencialistas, sino a eliminar los conflictos y contradicciones que operan al interior de esas cosmovisiones. Y que en el caso de la antropología desarrollada en América Latina —recordemos que estoy hablando de los 50', 60' y 70'— se



expresaba a través del peso aplastante que tenían la existencia de las cosmovisiones 'mesoamericana' y 'andina', lo que se expresaba también en gran parte de los estudios sobre medicina tradicional que, reflexivamente o no, buscaban confirmar la continuidad de dichas cosmovisiones.

Y es casi seguro que en la mayoría de las comunidades indígenas mexicanas, durante las décadas de los 50' y 60' la medicina tradicional era la más utilizada y que en la misma persistían procesos no sólo mesoamericanos sino generados durante la situación colonial, pero la mayoría de las investigaciones no daban cuenta de, por lo menos, dos hechos ya señalados. Por una parte no describían cual era la composición de la medicina tradicional que practicaban los sujetos y grupos y no sólo la que memorizaban los informantes; y segundo, salvo excepción, no describían el creciente uso de la biomedicina, que sobre todo se observaba en las prácticas de autoatención de los grupos étnicos. Más aún nadie describía los procesos de autoatención; tanto así, que cuando comenzamos nuestra investigación en 1977 en Yucatán, no pude localizar ningún estudio sobre procesos de autoatención de los padecimientos en población indígena, respecto no sólo de Yucatán, sino de México.

Si bien una parte de los estudios antropológicos, incluidos los

estudios sobre medicina tradicional, tenía que ver con la afirmación de la identidad y diferencia cultural de los indígenas mesoamericanos, así como con cuestionar la visión degradada, estigmatizante, racista y clasista que la sociedad dominante tenía —y sigue teniendo— hacia los grupos étnicos; la recuperación exclusiva de los aspectos 'tradicionales' mitificados o no, redujeron no sólo la posibilidad de entender lo que pasaba con los grupos étnicos desde la perspectiva de empoderar y movilizar a dichos grupos, sino de enfrentar y eliminar algunos de los aspectos más negativos que afectaban la vida cotidiana de los mismos. Gran parte de esos trabajos describieron y analizaron exclusivamente las enfermedades tradicionales y los curadores tradicionales, para evidenciar su persistencia en los grupos étnicos, pero soslayando señalar que los grupos donde más se practicaba la medicina tradicional eran quienes tenían las más altas tasas de mortalidad general, infantil y materna, así como las más altas tasas por muertes 'evitables', y las más bajas expectativas de vida. Eran estudios, en su mayoría antropológicos, en los cuales no aparecen nunca datos epidemiológicos, de tal manera que podemos llegar a saber el número de parteras empíricas, pero no cuantos niños y madres han muerto en el trabajo de parto. Podemos encontrar descripciones, a veces

muy sutiles, del susto o del mal de ojo, pero sin tener información sobre cuantos sujetos se han muerto por dichas enfermedades, en poblaciones caracterizadas por las altas tasas de mortalidad. De tal manera que a partir de Yucatán llegué a la conclusión de que a muchos antropólogos les interesa la muerte como eje de rituales colectivos, pero a partir de excluir las enfermedades de las que gran parte de sus sujetos de estudio mueren.

En estas descripciones etnográficas pueden tratarse los procesos de s/e/a-p sin la mejor referencia a las enfermedades alopáticas y a la biomedicina pese a que, como en Ticul, sean ya parte de los usos y costumbres, y obviamente de los sufrimientos. Más aún, dichos trabajos no suelen describir y analizar padecimientos mentales, aduciendo en algunos casos que una parte de los mismos son construcciones biomédicas, lo cual en gran medida es correcto, pero no niega que haya padecimientos y sufrimientos mentales en los grupos étnicos. Pero para algunos antropólogos, describir y analizar padecimientos mentales, pueden contribuir a estigmatizar a los sectores indígenas, como varios colegas me indicaron cuando publiqué mis primeros trabajos sobre proceso de alcoholización en México. Lo cual no niega que tengamos para México trabajos antropológicos

que describen los procesos sociales organizados en torno al consumo de bebidas alcohólicas, pero salvo alguna excepción en la mayoría de dichos trabajos los usos del alcohol aparecen, por lo menos hasta los 70', escasamente tratados en términos de enfermedad y de mortalidad. Es como si la necesaria crítica a la medicalización y fabricación biomédica de la enfermedad, condujera a excluir no sólo toda enfermedad alopática, sino los padecimientos considerados estigmatizantes, pese a que más allá de la estigmatización, dichos padecimientos y sufrimientos existen en los sujetos y grupos.

Los autores que manejan exclusivamente los aspectos tradicionales de los procesos de s/e/a-p como parte de cosmovisiones, suelen hacerlo no sólo en términos esencialistas, sino como detenidos en el tiempo, de tal manera que si bien hacen referencia a lo que ocurrió durante el periodo colonial, y especialmente con la expansión y penetración del catolicismo, o en la fase de la independencia política y de la revolución mexicana no se describen estos procesos históricos en términos de cosmovisiones referidas a los saberes tradicionales respecto de las principales enfermedades y las formas de enfrentarlas. De tal manera que a la hora de tratar los procesos de s/e/a-p de los grupos étnicos, lo único que aparece como referente



básico es la cosmovisión mesoamericana, con algunos comentarios al margen respecto de lo que pasó en México entre los siglos XVI y XXI respecto de los grupos étnicos y no étnicos en términos de cosmovisión.

Pero además necesitamos asumir que los sectores no indígenas, incluidos los criollos y la población europea se enfermaban, por lo menos entre los siglos XVI y XIX, de muchas de las enfermedades 'tradicionales' que padecían los pueblos originarios es decir de empacho, de mal de ojo, además de tifus y de tuberculosis broncopulmonar, y que además usaban medicina tradicional basada en la herbolaria al igual que los indígenas. Inclusive los médicos que podían llegar a consultar, hasta 1860/1890 también utilizaban la herbolaria como estrategia terapéutica central, y sus concepciones causales de las principales enfermedades infectocontagiosas referían a la teoría de los miasmas, que coincidía mucho más con cosmovisiones indígenas, que con los desarrollos de la biomedicina del último tercio del Siglo XIX. Más aún, la envidia —al igual que en las poblaciones indígenas actuales— era una de las dimensiones básicas de la 'cosmovisión' española, tanto que Menéndez Pidal en su Introducción a la Historia de España considera a la 'invidencia' como uno de los núcleos básicos del ser español.

Ahora bien ¿cuáles eran las concepciones del mundo de estos europeos y criollos que tenían, por lo menos, algunas concepciones y prácticas similares a las encontradas en la región que se llamó América? Máxime cuando una parte de los especialistas en el estudio de la medicina tradicional reconoció que los pueblos originarios, al igual que sus colonizadores europeos, no sólo tenían similares enfermedades 'tradicionales' sino que manejaban también las concepciones etiológicas y de tratamiento referidas a la relación entre lo frío y lo caliente. Por lo cual llegados aquí, y más allá de señalar que según lo que surge de señalado habría sociedades y sus sujetos que podemos analizarlos en términos de cosmovisión, mientras que otras parece que no, la cuestión central es si las cosmovisiones, tal como han sido manejadas en el caso de los pueblos originarios y respecto de los procesos de s/e/a-p, nos sirven para algo o no. Y me parece que no, por lo menos para lo que a mí me interesaba entender en el caso de Yucatán.

Como sabemos la relación frío/caliente dio lugar a discusiones académicas entre los que sostenían que dicha relación era un producto de las culturas nativas, y no una importación europea como sostenían otros, lo cual puede ser interesante, pero no para entender lo que pasa con los usos actuales de la relación frío/

caliente, dado que, por ejemplo, en mi experiencia no he encontrado sujetos originarios que se pusieran a discutir si un producto frío o caliente es propio de ellos o es parte de la expansión occidental. Creo que toda una serie de problemas y de interesantes discusiones, tienen que ver con los objetivos de los académicos o con los objetivos de los líderes políticos sean o no etnicistas, pero mucho menos con la vida cotidiana de los sujetos y grupos subalternos, y con la posibilidad no sólo de entenderla, sino de contribuir a reducir sus problemas de salud/enfermedad.

Considero que una parte de la Antropología de los 60', 70' y 80' manejaba concepciones más tradicionales que las de las comunidades que estudiaban, dominando una concepción empeñada en negar la historia o por lo menos los cambios en los procesos de *s/e/a-p*, y si bien una parte de estos estudios cuestionaban las propuestas neoevolucionistas y especialmente las sucesivas teorías de la modernización, y en particular las propuestas aculturativas, junto con críticas en gran medida correctas, negaban simultáneamente los cambios y/o se lamentaban por la expansión de 'occidente' a través de la biomedicina, en lugar de tratar de entender lo que esto significaba desde la vida cotidiana de los sujetos originarios.

Lo cual no niega que, antropólogos mexicanos y norteamericanos

que trabajaron en México, asumieran parte de estos cambios, pero sosteniendo la prioridad de la cosmovisión mesoamericana, como analizo extensamente en mi libro sobre Yucatán. Reconociendo, no obstante, que una serie de antropólogos cuestionarán esta tendencia; y así, por ejemplo, uno de los mejores conocedores de la medicina tradicional mexicana, y me refiero a G. Foster (1978), señalará a finales de los 70' los estereotipos que ha construido la antropología respecto de la medicina tradicional; estereotipos que no resisten la confrontación con los datos etnográficos, pero que sin embargo se mantuvieron hasta la actualidad.

Pero junto con estas corrientes se desarrolla desde finales de los 60', y especialmente durante los 70' y 80', otra corriente intencionalmente ideológica que asumirá la cosmovisión de la 'civilización' mesoamericana, como un instrumento de rehabilitación y empoderamiento de los pueblos originarios, y que también negará los cambios y mitificará el pasado en función de dichos objetivos. Y algunas de las cuestiones a discutir, son si las construcciones ideológico/académicas que estas propuestas imponen a la realidad tienen que ver o no con los objetivos de los sujetos y grupos indígenas, así como con las nuevas condiciones dentro de las que viven los pueblos originarios, incluidos sus asentamientos en localidades urbanas



a las que migran en forma constante. Asumir, por ejemplo, que existe la 'civilización del maíz', y pensar la cosmovisión de los sujetos actuales básicamente en torno al maíz, cuando México importa la mayor parte del maíz que se consume, y sólo el 10% de la población tiene que ver con la producción agrícola, y cada vez menos con la producción maicera como lo documentamos en Yucatán en su momento, puede ser que tenga cierto nivel de eficacia para organizar a la población en torno a objetivos ideológicos y tal vez movilizarla, pero necesitamos preguntarnos a quiénes, a cuántos y durante cuánto tiempo. Lo cual, obviamente, no niega que el maíz siga siendo parte central de la alimentación, y de los rituales agrarios que aún persisten en la población yucateca.

Se proponen cosmovisiones y civilizaciones a partir de un pasado frecuentemente resignificado, pero ignorando los nuevos usos y costumbres que se pueden ir convirtiendo no sé si en nuevas cosmovisiones, pero si en parte de los usos y costumbres. Son propuestas que no incluyen procesos como los que he venido señalando respecto de la apropiación indígena del fármaco en términos de eficacia, incluida la eficacia simbólica, o el hecho de que la mejor medicina sea la medicina privada, pero no sólo en términos de eficacia sino de relaciones de hegemonía/

subalternidad. Y si bien reconocen el papel que está cumpliendo la pérdida del manejo de la propia lengua por la población infantil y juvenil y el reemplazo de la misma por la lengua de los colonizadores; no parecen asumir ciertos procesos, como el que son frecuentemente los propios padres de los niños y jóvenes indígenas los que están impulsando el uso de la lengua hegemónica como mecanismo de ascenso social, o por lo menos de una mejor supervivencia.

Y, por lo tanto, sin negar los posibles éxitos que la educación bilingüe puede generar, los que la impulsan necesitarían reflexionar sobre el bajo nivel técnico que la caracteriza, y sobre que suelen ser los padres y otros familiares los menos convencidos de ese tipo de educación, ya que ellos quieren que sus hijos manejen lenguas que posibiliten un mejor nivel de vida (Martínez 2007, 2009 a, 2009 b). Y aclaro que no cuestiono la promoción de la educación bilingüe en términos de proyectos de rehabilitación y empoderamiento socio-cultural, sino que considero que los que la impulsan debieran tomar en cuenta el punto de vista no sólo de los padres y familiares sino de los jóvenes indígenas, para no volver a planificar e impulsar programas desarrollados desde las perspectivas de los profesionales y líderes, más que desde los puntos de vista y necesidades de los propios indígenas,

y que, como en el caso de los procesos de s/e/a-p pueden concluir no sólo en fracaso sino en consecuencias paradójales y frecuentemente negativas.

Cuando en los 50', 60' y 70' la mayoría de los miembros de los grupos étnicos mexicanos hablaban todavía la lengua original, los promotores de las cosmovisiones adherían a la teoría de Sapir/Whorf que propone que la lengua es el principal mecanismo a través del cual un grupo estructura el mundo y lo reproduce. Más aún, la lengua aparecía como la característica cultural más resistente al cambio; pero ocurre que en México, según el último censo, la mayor parte de la población que se asume como indígena dice no hablar su lengua originaria, lo cual obliga a reflexionar sobre la posibilidad de persistencia de las cosmovisiones y/o sobre los usos ideológicos del conocimiento, más allá de que sigamos usando la teoría de Sapir/Whorf. Ya que tengo la impresión que dentro de un mundo actual caracterizado por la producción constante de 'nuevas' narrativas y por la negación de que existan algo así como verdades, las teorías son utilizadas cada vez más con objetivos ideológicos, pero sin reflexionar sobre las consecuencias que pueden tener dichos manejos no tanto para los intelectuales sino para los sectores sociales subalternos, que esos intelectuales dicen defender.

Más aún, tengo la impresión de que la información ha pasado a ser secundaria, y que todo depende de la 'interpretación' que hagamos de la misma, lo cual en gran medida es correcto, siempre y cuando seamos congruentes con los usos de la información. Para una parte de los antropólogos dedicados a la medicina tradicional y sobre todo los preocupados por la salud intercultural, la lengua aparecía como uno de los principales obstáculos para desarrollar una buena y eficaz relación médico/paciente indígena. Mientras que para otros, el mantenimiento de la lengua era un requisito básico para asegurar la identidad, la diferenciación y el empoderamiento. Pero en el estudio sobre Yucatán, y especialmente de Ticul, surgieron datos que nos obligaron a repensar estas y otras propuestas. Y así, en 1978 en Ticul encontramos que uno de los médicos del centro de salud, el 90% del personal paramédico y administrativo de dicho centro, y el 70% de los médicos privados hablaban maya y español, y ya señalamos que la casi totalidad de la población de Ticul era bilingüe. Es decir, que la mayoría del personal de salud y de los pacientes manejaban la lengua maya, y sin embargo las críticas al personal de salud del centro eran las mismas que las que se observaban en los centros donde dicho personal no hablaba la lengua de la población.



Inclusive observamos que, pese a este mantenimiento de la lengua, disminuye el número y uso de los curadores tradicionales, y se incrementa la demanda de atención y productos biomédicos, lo cual implica reflexionar sobre si la persistencia de la propia lengua constituye o no un vehículo para el mantenimiento y ejercicio de cosmovisiones propias, dada la importancia decisiva de los curadores tradicionales y especialmente de los h'men en esa conservación. Considero que posiblemente el bilingüismo compartido pudo ser un vehículo más de expansión de la biomedicina, máxime cuando por lo menos, uno de los médicos con mayor tiempo de ejercicio profesional en Ticul no sólo hablaba maya, sino que reconocía la existencia de enfermedades tradicionales, e inclusive 'derivaba' en algunas circunstancias pacientes a curadores tradicionales. Considero que posiblemente el bilingüismo puede haber funcionado como un mecanismo más, que evidencie y legitime las relaciones de hegemonía /subalternidad.

Pero un aspecto central a preguntarnos es ¿qué lengua maya utilizan el personal de salud, la población, los curadores tradicionales e inclusive los hmen que son los que aseguran la mayor continuidad cultural, tanto en el caso de los procesos de s/e/a-p como de los rituales agrarios? Una de las técnicas de sanación más utilizada

todavía en Yucatán es la 'santiguada', que implica rezar en maya, pero ocurre que la mayoría de los curadores tradicionales que la ejercen así como los sujetos que solicitan el ritual, no entienden el significado de los rezos que pronuncian, dado que según señalan los rezos se dicen 'en maya de los antiguos'. Y esto implica dos cuestiones a asumir; primero que lo que parece que actúa no es la lengua en sí, sino la eficacia del rezo; y segundo que a través de la propia lengua estamos observando procesos de cambio tan radicales como que los propios sujetos ya no entienden la lengua de sus ancestros. Lo cual, y lo subrayo, no ignora que algunos curadores tradicionales sigan entendiendo el 'maya antiguo', pero asumiendo que no sólo son una minoría, sino que están en proceso de desaparición o de transformación.

Lo cual me lleva a recuperar otro de los 'descubrimientos' que realicé en Yucatán, y que no fue desarrollado en dicho texto, pero que orientó mi mirada sobre todo en la investigación ulterior sobre procesos de alcoholización. Me refiero, como ya lo señalé previamente, a la existencia y papel de los rituales, a través de los cuales observé una vez más la tendencia de una parte de los antropólogos a buscar los rituales casi exclusivamente en el pasado, en la perduración de los mismos, y segundo a buscarlos casi exclusivamente





en el campo religioso. Y es desde entonces que me planteo observar las vacunaciones como posibles rituales, o pensar ciertos comportamientos —siguiendo a Goffman— como rituales de relación, como el referido a la actitud de pago de consultas que no se pagan al médico.

DE IDEOLOGÍAS, HEGEMONÍAS Y SUBALTERNIDADES

A lo largo de este texto he presentado diversos procesos a través de los cuales pueden observarse algunas de las relaciones de hegemonía/subalternidad que se organizaron en torno a los padecimientos y su atención en Yucatán, y especialmente en la comunidad de Ticul, así como también emergió el papel que tiene la dimensión ideológica en la orientación de dichas relaciones. De allí que ahora retomaré gran parte del material analizado para reinterpretarlo en términos de las relaciones de hegemonía/subalternidad que se dan básicamente entre sectores biomédicos, curadores tradicionales y conjuntos sociales, asumiendo que la mayoría de la población yucateca no sólo pertenece a los sectores sociales subalternos sino que vivía y sigue viviendo en condiciones de pobreza, según lo evidencian las estimaciones realizadas en 2015 por investigadores de El Colegio de México, del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática y del

Comité Técnico para la Medición de la Pobreza.

Considero que toda una serie de procesos evidencia la situación de subalternidad de los saberes de los conjuntos sociales respecto del saber y de las instituciones biomédicas, ya que dichos conjuntos sociales tanto a nivel de representaciones como de prácticas sociales utilizan las orientaciones que han ido generando el saber y las instituciones médicas. Y así, como ya vimos, la población considera más eficaz a la biomedicina que a la medicina tradicional, especialmente para las enfermedades más graves, salvo 'los hechizos'. Y si bien critica a la biomedicina que se ofrece a nivel oficial, evalúa a la medicina privada, y especialmente a la que ejercen los especialistas, como la mejor.

Más aún, consideran a los fármacos biomédicos como los más eficaces comparado con cualquier otro 'instrumento' de sanación, y el prestigio de los mismos es correlativo del incremento del número de farmacias, y de que gran parte de las tiendas venden medicamentos. Estos medicamentos no sólo se utilizan para 'curar' enfermedades alopáticas, sino cada vez más para curar enfermedades tradicionales. Esto no niega que la población y sobre todo los curadores tradicionales utilicen plantas eficaces para tratar gran parte de los padecimientos tradicionales, eficacia

reconocida por las investigaciones actuales para plantas de amplio consumo actual en Yucatán, como la chaya que contiene calcio, fósforo y hierro y puede tener efectos positivos en problemas renales y en la disminución del colesterol.

Pero ocurre, y esta es una de las cuestiones obvias pero que se evita analizar, que el uso intensivo de las plantas medicinales por los curadores tradicionales y por la población yucateca corresponde a los tiempos en que se dieron las tasas más altas de mortalidad, y eso la población y los curadores lo saben, aunque parece que los antropólogos no. En Ticul, y en otras comunidades de Yucatán, y de otros estados, la gente reconoce que 'antes' la gente y sobre todo los niños se morían mucho más que en la actualidad. Y más allá de discutir sobre si la biomedicina sea la principal causal de este descenso (McKweon 1976), la población lo vive así. Por supuesto que junto con los fármacos la población sigue consumiendo chaya, aunque el estereotipo dominante a finales de los 70', era que esta planta sólo la consumían los pobres.

La biomedicina se expande constantemente, y varias de sus acciones han pasado a ser parte 'normal' de la vida cotidiana de los pueblos originarios como son las vacunaciones periódicas y los controles de planificación familiar. Los saberes médicos, como

ya lo señalé, se expanden en forma directa (servicios de salud oficiales y privados) y en forma indirecta (fármacos), hasta convertirse en parte intrínseca de la carrera del enfermo. Pero estos procesos ocurren en contextos en los cuales hasta la década de los 50' y 60' dominaba la medicina tradicional (Güémez 2005), y el desplazamiento de la misma ha sido en gran medida producto de la eficacia biomédica debido a las razones señaladas previamente.

Pero junto con la eficacia, incluida la eficacia simbólica depositada en el fármaco, la biomedicina se expande a través de la aplicación de políticas preventivas constantes como las referidas al paludismo, a la desnutrición y especialmente a la planificación familiar. Políticas que pueden tener un alto grado de agresividad y de utilizar inclusive elementos de coerción, como es el caso de la planificación familiar que impuso como principal método de control en Yucatán la esterilización de mujeres por una parte (Menéndez 2009), así como la exclusión de la partera del trabajo de parto por otra, sin que hubiera otra resistencia por parte de la población, que tratar de optar por la partera mientras estas pudieran realizar partos. De allí que hasta fechas recientes la mayoría de los partos en las áreas rurales yucatecas eran realizados por parteras dado que las mismas cumplían no sólo labores



específicas durante el embarazo y el alumbramiento, sino que desarrollaban determinados rituales que controlaban ciertas ansiedades en la parturienta, así como realizaba tareas de ayuda doméstica durante parte del puerperio. Pero pese a la pérdida de la mayoría de estos apoyos, las familias no enfrentaron el programa, sino que tuvieron sus hijos con las parteras hasta que el sector salud las excluyó. Un sector salud que se caracteriza por su verticalidad, por no consultar a la población respecto de los programas que les van a aplicar, y que va acostumbrando a la población a dicha verticalidad. Y que cuando demanda la participación individual o comunitaria, esta será casi inevitablemente subordinada (Menéndez y Spinelli, coords. 2006). En el caso de los curadores tradicionales, como ya lo señalé, salvo las parteras empíricas que siguen teniendo funciones subordinadas al Sector Salud, todos han disminuido sustancialmente su número, y varios están en vías de desaparición como ocurre con los curadores de más alto estatus étnico, es decir los hmen. Si bien a finales de los 70' ya había disminuido su número, en la actualidad casi han desaparecido, pero la reducción del número de hmen implica la desaparición del principal operador de rituales mayas tanto para las sanaciones de enfermedades consideradas más graves, como para los

rituales agrarios. El hmen era quien posibilitaba la continuidad cultural maya en términos de cosmovisiones, expresadas a través de sus acciones en el campo de la enfermedad tradicional y de la producción milpera. Y ambas han ido desapareciendo o transformándose.

Pero además, dado que la demanda de atención de los curadores tradicionales por parte de la población se ha reducido cada vez más, se han incrementado los conflictos y competencias entre ellos por razones de mercado, lo cual los ha llevado a muchos de ellos a utilizar emblemas biomédicos como elemento de diferenciación y distinción con otros curadores, como puede observarse en la importancia que los curadores tradicionales dan a los diplomas que obtienen en los talleres y cursos, tanta que parecen darle más importancia a los diplomas que a lo que aprendieron en dichos talleres y cursos. Pero estos usos no sólo son productos de la biomedicalización, sino que los diplomas y otros reconocimientos pueden ser usados por los curadores tradicionales como mecanismo para incrementar la clientela y/o para cobrar más la consulta.

Los curadores tradicionales han demandado el reconocimiento legal de su trabajo, y no tanto para evitar ser acusados de ejercicio ilegal de la medicina, lo cual ha sido siempre mínimo, por lo menos, durante el lapso

analizado, sino para poder ser incluidos en forma paralela o mixta dentro del Sector Salud para así recibir algún tipo de salario o subsidio económico, como han recibido las parteras empíricas, y durante algunos lapsos los auxiliares de salud.

Los procesos de exclusión o subordinación de los curadores tradicionales no dio lugar a la creación y desarrollo de organizaciones autónomas que transaccionaran autónomamente con el sector salud, ya que las organizaciones que surgieron a finales de los 80' y sobre todo durante los 90' en Yucatán (Güémez 2005), al igual que en todo el país fueron pensadas, organizadas, y financiadas por el Instituto Nacional Indigenista y por otras instituciones gubernamentales y no gubernamentales; es decir no fueron propuestas e impulsadas por los curadores tradicionales y los grupos étnicos. De tal manera que cuando por razones político/económicas dicho apoyo cesó, las organizaciones se diluyeron hasta desaparecer. En la actualidad ninguna de las acciones impulsadas por estas organizaciones (clínicas mixtas o interculturales, clínicas de medicina tradicional) siguen funcionando, o lo hacen de manera precaria, y casi sin demanda de atención.

Las organizaciones de curadores tradicionales de Yucatán expresan lo que evidencia la trayectoria económico/política y social en Yucatán,

por lo menos desde finales del Siglo XIX hasta la actualidad, es decir que las propuestas de cambio y transformación política, las de desarrollo económico tanto industrial como agrícola, o las de formación y expansión de los servicios de salud —y más allá de su eficacia curativa y preventiva— no proceden del campesinado indígena, sino que son propuestas pensadas e impulsadas desde otros sectores sociales en función de intereses y objetivos particulares o colectivos. Esta tendencia está descrita y analizada en mi texto en forma extensa, señalando que durante el periodo de máximo impulso ideológico y político de la revolución mexicana en Yucatán (décadas de 1910' a 1930'), las propuestas, las formas organizativas y las movilizaciones fueron generadas e impulsadas por líderes y organizaciones obreras o de sectores medios. Inclusive los sectores del gobierno que impulsaron programas económicos en términos de organizaciones colectivas de producción y consumo, así como el magisterio que en un momento encabezó proyectos que cuestionaban a los sectores sociales dominantes, concluyeron en la lucha por reivindicaciones sindicales particulares, o en la constitución de burocracias explotadoras en forma directa e indirecta del campesinado.

El análisis de la trayectoria económica y política que observamos en



Ticul, confirma estos tristes finales, ya que no detectamos ninguna confrontación del campesinado salvo en ciertos momentos de fuerte hambruna que dio lugar en la década de 1940' a saqueos de tiendas para conseguir alimentos. Y si bien durante la década de los 70', los trabajadores del calzado y de la industria alfarera trataron de organizarse sindicalmente, generando demandas y paros de labores, las propuestas fueron generadas por militantes venidos desde Mérida, subrayando que pese a ello no se pudieron organizar sindicatos en ninguno de los dos casos.

Todo indica que el campesinado indígena, por lo menos durante el lapso analizado en Yucatán, trató de subsistir a través de dos mecanismos básicos, la autoexplotación y la migración temporal o definitiva. Es decir, en lugar de tratar de modificar la situación de pobreza y marginalidad dentro de la que vive; optó por desarrollar acciones individuales y grupales que posibiliten una subsistencia básica. No obstante, no cabe duda que el campesinado indígena ha desarrollado estrategias de vida, pero la mayoría basadas en la autoexplotación, tratando de apropiarse de algunas de las técnicas y productos más eficaces para paliar o solucionar sus problemas, como lo hemos señalado respecto de los procesos de s/e/a-p, especialmente en el caso de la apropiación de los fármacos;

y sin importarle mucho si coincide o no con la cosmovisión mesoamericana. La situación de pobreza permanente conduce a los sectores subalternos a un constante pragmatismo para sobrevivir, y así, por ejemplo, los curadores tradicionales —como vimos— utilizan los cursos, los diplomas y los fármacos como mecanismos de lucha dentro de un mercado de atención de las enfermedades cada vez más competitivo.

En Ticul varias enfermedades tradicionales han ido desapareciendo o 'transformándose' en enfermedades alopáticas, de tal manera que para las madres el mal de ojo es ahora diarrea, mientras algunos 'aires' han pasado a ser bronquitis. Este es un proceso que se ha ido constituyendo a partir de asumir que la población y especialmente las mujeres, tienen un esquema epidemiológico respecto de las enfermedades tradicionales y alopáticas que afectan a la comunidad y especialmente a su familia, y para diagnosticarlas han ido identificando una serie de síntomas básicos a través de los cuales diagnosticar las principales y diferentes enfermedades que amenazan la salud, pero a partir de un número reducido de síntomas que posibilita no sólo la identificación de cada padecimiento, sino el rápido pasaje del diagnóstico de una enfermedad tradicional a una alopática y viceversa (Menéndez 1990). Y en este proceso

van afirmándose las enfermedades alopáticas, y reduciendo o desapareciendo enfermedades tradicionales, lo cual no sólo es producto de la expansión biomédica sino del necesario pragmatismo de los sectores subalternos.

Más aún, esta dinámica posibilita y legitima pasar de la demanda de consulta de un curador tradicional a un alópata y viceversa, pero conservando a veces ciertos rituales que permiten su control simbólico, al mismo tiempo que refuerza la articulación biomedicina/medicina tradicional. Como ya señalamos, en Ticul operaba a finales de la década de los 70' la 'santiguada' que implicaba la bendición del enfermo con ruda o con un tipo de palma y cruces de madera, al mismo tiempo que se pronunciaba una oración en maya. La santiguada se aplicaba porque favorecía la recuperación del enfermo, y originalmente refería exclusivamente a los enfermos atendidos por un curador tradicional, pero a finales de los 70' se aplicaba también a los pacientes que ya habían sido atendidos por un médico alópata (Ramírez 1980).

Como lo señalamos, los curadores tradicionales necesitan desarrollar estrategias de supervivencia, y por eso por lo menos una parte de ellos aceptó las propuestas de capacitación ofrecidas por el Sector Salud, convirtiéndose algunos en

promotores y auxiliares de salud, una parte de los cuales luego de un tiempo se convirtieron en curadores populares por cuenta propia. A estos curadores, en algunos contextos mexicanos se los conoce como 'médicos particulares', y se caracterizan por curar con fármacos, lo cual frecuentemente aprendieron del personal biomédico. Ellos curan tanto enfermedades alopáticas como tradicionales, y una parte de estos curadores ha instalado farmacias (Cortez 2015), lo cual les ha permitido mejorar su situación económica. Es decir, utilizan los saberes médicos, pero en comunidades donde no hay médicos privados.

Si bien la biomedicina se expandió constantemente, necesitamos asumir que todavía a finales de la década de los 70', la mayoría de las enfermedades no graves si no se curaban a través de la autoatención implicaban la consulta a un curador tradicional, subrayando que la mayoría de estos eran polivalentes. Pero lo que surgió, sobre todo de las entrevistas (Nota 10), es que la autoatención constituía el primer nivel de atención de los padecimientos de todo tipo, incluido los 'hechizos'; siendo el grupo familiar y especialmente la mujer el eje del proceso de autoatención (Nota 11). Surgió que a través de la autoatención se generan las más frecuentes y decisivas articulaciones entre biomedicina y



medicina tradicional, y donde se observa la hegemonía que va cobrando la biomedicina a partir no sólo de las representaciones sociales, sino de las prácticas. Pero además, la autotención evidencia en forma simultánea el pragmatismo y la autoexplotación de los sectores subalternos.

Ahora bien, estas acciones, a través de las cuales la población subalterna incluidos los curadores tradicionales tratan de apropiarse de saberes biomédicos articulándolos con los tradicionales, además de tener el objetivo de paliar o curar sus padecimientos pueden ser interpretadas como resistencias en términos intencionales o por lo menos funcionales para seguir manteniendo la identidad, pertenencias, cosmovisiones, lo cual tal vez puede llegar a ocurrir, pero que no detectamos en Yucatán, y en otros contextos mexicanos, ni en términos subjetivos ni objetivos.

En el texto sobre Yucatán, como señalé al principio, propuse el concepto de transacciones para entender las relaciones que operan entre los estratos/instituciones dominantes y los dominados, y traté de describirlas y analizarlas en cuatro dimensiones (económica, política, ideológica y referida a los procesos de s/e/a-p), para concluir que pese a que las clases subalternas no sólo reconocen la explotación, marginación, racismo al que son sometidas, sin embargo la

mayoría de las estrategias que generan no enfrentan a los sectores dominantes sino que tratan de sobrevivir a través de la autoexplotación, de la apropiación, de la resignificación de aspectos generados por los sectores hegemónicos. La capacidad de agencia no está en los grupos subalternos yucatecos en formular alternativas propias, sino en apropiarse, por ejemplo, de los fármacos y utilizarlos según sus posibilidades y objetivos, para a partir de dichos usos modificar la situación individual y grupal. Y es a través de este proceso que vemos jugar la hegemonía/subalternidad, y las transacciones.

Ahora bien, considero que la inclusión de la dimensión ideológica si bien emerge en múltiples procesos, como acabamos de ver, sin embargo está escasa y ambiguamente utilizada en mi texto sobre Yucatán, lo cual puede observarse en la síntesis de las transacciones ideológicas que formulo en el mismo. Y sin embargo era fácil reconocer que la población yucateca fue apropiándose de los saberes médicos hasta hacerlos parte de sus propios saberes curativos y preventivos, pero no a partir de un vacío, sino de la existencia de saberes previos que los sectores subalternos van modificando en función de su pragmatismo. De nuestro estudio surge que los sectores subalternos se caracterizan por el cambio y no por la permanencia, por el reconocimiento

de los saberes eficaces y no por el rechazo, pero obviamente ajustándolos a sus posibilidades.

Los saberes biomédicos van a ponderar permanentemente su superioridad y eficacia técnica y científica comparada con los saberes tradicionales, y una parte de dichos saberes será asumido cada vez más como propio por los sectores subalternos. Pero asumiendo que a través de los saberes médicos no sólo se difunden capacidades técnicas supuestamente superiores sino que se introducen constantemente valoraciones de superioridad cultural, de que lo privado es lo mejor, de que lo mejor viene de fuera de las comunidades, y esto opera mucho menos a través de la coerción o de propagandas públicas, que de los hechos que la comunidad vive cotidianamente, por ejemplo cuando se enferma y atiende su enfermedad; es decir se aprende a través de sus prácticas de vida cotidiana.

Una cotidianeidad que conduce a que la población reconozca como sus principales problemas los referidos a su situación de pobreza, de desocupación, de carencia de alimentos, y es desde esta situacionalidad que considera la salud como un problema secundario, y no porque no le preocupe sino porque la pobreza reduce la posibilidad de enfrentar la enfermedad y la desnutrición. La

imposibilidad de reducir la mortalidad por gastroenteritis o por respiratorias agudas que todavía dominaba los saberes populares en las décadas de los 40', 50', 60' y 70', no significaba que negaran un problema tan evidente como el del número de hijos menores de cinco años que se les morían. Pero el pragmatismo ideológico los lleva no tanto a asumir lo que ya 'saben', es decir que no tienen recursos para reducir o eliminar las muertes infantiles, sino que los lleva a formular y utilizar saberes tradicionales para poder convivir con dichas muertes (De Martino 1948, 1961, 1975).

Y es a partir de una 'cosmovisión'—o más precisamente 'saberes'—que normalizaba la mortalidad, que la biomedicina comienza a ser asumida. Y es esta biomedicina la que según la experiencia de los grupos subalternos, reduce la mortalidad y sobre todo la de sus hijos, y lo hace a través de medios que pueden ser comprados u obtenidos de alguna manera. Y en consecuencia, más allá de que los sectores subalternos critiquen y aun rechacen aspectos de los saberes biomédicos, sin embargo, hacen suyos parte de dichos saberes, y los legitiman no sólo en sus representaciones sociales, sino sobre todo en lo que hacen. Y es verdad que mucho de lo que hacen los sectores subalternos contradice las



recomendaciones médicas, pero a partir de realizar actos biomédicos. Y así las tiendas de las comunidades estudiadas pueden vender tabletas de fármacos, incluidos antibióticos, por unidades, lo cual implica de entrada que la persona no cumplirá con el tratamiento, pero sin embargo compra un producto que puede llegar a curar su padecimiento, más allá de que ella asuma que no va a poder comprar más tabletas o antibióticos.

La biomedicina genera no sólo nuevos productos sino nuevas concepciones como la posibilidad de reducir la muerte, e incrementar la esperanza de vida, y estas ideas médicas van a ser también apropiadas por los sectores subalternos, dada su eficacia comparativa. Pero estas propuestas y comportamientos van generando nuevas necesidades que previamente no existían, y que encuentran en los saberes biomédicos su posibilidad de concreción. Y por lo menos una parte de estos procesos se van convirtiendo en el 'sentido común' de los sectores subalternos, como diría Gramsci, lo que constituye la expresión más insidiosa de las relaciones de hegemonía/subalternidad.

Ahora bien, en todo este análisis ¿dónde quedó la contrahegemonía?, ya que no cabe duda que en el texto sobre Yucatán aparece en las reflexiones referidas a Gramsci,

a De Martino y también a Fanon (1962, 1968), pero sin que observemos y menos analicemos procesos contrahegemónicos. No es que los sectores subalternos no 'luchen', no 'resistan', no 'cuestionen', por el contrario lo hacen pero como respuesta a las constantes expansiones de los sectores dominantes; lo hacen para defender lo que tienen, o para apropiarse de productos eficaces pero en términos de autoexplotación. Por lo cual, en este estudio no he podido detectar acciones contrahegemónicas o contraculturales o equivalentes al rol que el velo tenía para Fanon (Nota 12), y menos aún el surgimiento de nuevas hegemonías, y si bien emergen las desconfianzas y envidias en forma reiterada, las mismos favorecen los procesos de autoexplotación y de dominación indirecta. Y esto, por más que surge del libro sobre Yucatán, sin embargo no está dicho con claridad, posiblemente porque no sólo no quería, sino que en ese momento no podía escribirlo. 

Coyoacán (México, DF); 10/07/2015

NOTAS

9. No debemos olvidar que uno de los creadores e impulsores del concepto de cosmovisión mesoamericana en México, y me refiero a Paul Kirchoff se formó dentro de estas tradiciones disciplinarias. Pero tampoco debemos olvidar que varios de los más importantes representantes de esta escuela como J. Imbelloni u O. Menghin adhirieron a las concepciones y gobiernos

- nazifascitas de Italia y Austria/Alemania respectivamente, durante las décadas de 1930' y 1940'.
10. Generalmente las encuestas no registran la autoatención incluida la automedicación, dada la forma de preguntar; es en los estudios cualitativos donde podemos observar que la autoatención es la primera, continua y más frecuente forma de atención de los padecimientos.
 11. En los trabajadores zapateros y alfareros se detectaron saberes de autoatención de sus padecimientos ocupacionales.
 12. Durante los 70' el rol del velo por una parte, y el enfermo de origen argelino con síntomas generalizados y difusos por otra, constituían dos de los procesos analizados por Fanon en términos científicos (psiquiátricos) e ideológico/políticos que yo tomaba como referencia de las consecuencias y posibilidades de las relaciones de hegemonía /subalternidad.
- BIBLIOGRAFÍA CITADA**
- Bastide, R. (1967), *Sociología de las enfermedades mentales*, México, Siglo XXI, Editores.
- Comelles, J. M. (2004), "El regreso de las culturas. Diversidad cultural y práctica médica en el siglo XXI", en G. Fernández Juárez (Coord.), *Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas*, Quito, ABYA-YALA:17-30.
- Cortéz, R. (2015), "Muertes en niños de cinco años: desigualdad étnica, económica y de género como condicionantes de la autoatención entre familias zoques de Ocoatepec, Chiapas", Tesis de Doctorado en Antropología Social, México, CIESAS.
- De Martino, E. (1948), *Il mondo magico, prolegomeni a una storia del magismo*, Torino, Einaudi.
- (---)(1961), *La terra del rimorso. Contributo a una storia religiosa del sud*, Milano, Il Saggiatore
- (---)(1975), *Mondo popolare e magia in Lucania, Roma/Matera*, Basilicata Editrice.
- Devereux, G. (1937), "Institutionalized homosexuality on the Mohave Indians" en *Human Biology* 9:498-527.
- (---)(1977), *De la ansiedad al método en las ciencias del comportamiento*, México, Siglo XXI.
- Durkheim, E. (1974), *El suicidio*, México, UNAM.
- Erasmus, Ch. (1963), *El hombre asume el control*, Buenos Aires, Omeba.
- Fanon, F. (1962), *Los condenados de la tierra*, México, Fondo de Cultura Económica.
- (---)(1968), *Sociología de la revolución*, México, ERA.
- Foster, G. (1978) "Prólogo" en B. Velimirovic (1978), *La medicina moderna y la antropología médica en la población fronteriza mexicano/estadounidense*, Washington DC, OPS, Publicación científica N° 350:4-11.
- Goffman, E.(1981), *La presentación de la persona en la vida cotidiana*, Buenos Aires, Amorrortu.
- Güémez, M. A. (2005), "Entre la duda y la esperanza: la situación actual de la organización de Médicos Indígenas Mayas de la península de Yucatán" en *Temas Antropológicos* (2005), vol. 27 (N° 1-2): 31-66).
- Guzmán, V. (1992), "Salud y enfermedad en la comunidad maya de Pustunich. Concepciones de la salud y enfermedad en una comunidad campesina de Yucatán", Tesis de Maestría en Antropología Social, México, Escuela Nacional de Antropología e Historia.
- Martínez, C. (2007), "¿Es el Multiculturalismo Estatal un factor de profundización de la Democracia en América Latina? Una reflexión desde la etnografía de los casos de México y Ecuador" en V. Bretón et al (Edits.), *Ciudadanía y Exclusión: Ecuador y España frente al Espejo*, Madrid, Catarata: 182-203.
- (---)(2009 a), "Introducción" en C. Martínez (Comp.): 9-35.
- (---)(2009 b), "La crisis del proyecto cultural del movimiento indígena" en C. Martínez (Comp.) (2009):173-196.
- Martínez, C. (Comp.) (2009), *Repensando los movimientos indígenas*, Quito, FLACSO
- McKeown, Th. (1976), *The modern rise of population*, Mondon, Academic Press.
- Menéndez, E. L. (1978) "El modelo médico y la salud de los trabajadores" en F. Basaglia y otros (1978), *La salud de los trabajadores. Aportes para una política de la salud*, México, Editorial Nueva Imagen: 9-51.
- (---)(1979), *Cura y Control. La apropiación de lo social por la práctica psiquiátrica*, México, Editorial Nueva Imagen.
- (---)(1981a), *Poder, estratificación y salud. Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán*, México, Ediciones de la Casa Chata.
- (---)(1981b), "Hacia la hegemonía médica: formas de atención de la enfermedad en una comunidad yucateca", México, Ms.
- (---)(1990), *Antropología Médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*, México, CIESAS.

- (---)(2002), *La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencias y racismo*, Barcelona, edicions bellaterra.
- (---)(2009), "De racismos, esterilizaciones y algunos otros olvidos de la antropología y la epidemiología mexicanas" en *Salud Colectiva* vol.5 (2):155-180.
- Menéndez (Coord) (1978), Diagnóstico de salud del Estado de Yucatán, México, Escuela de Salud Pública de México.
- Menéndez, E. L. (Ed.) (1982), Medios de comunicación masiva, reproducción familiar y formas de medicina 'popular', México, CIESAS.
- Menéndez, E. L. y R. B. Di Pardo (1979), *De algunos alcoholismos y algunos saberes. Atención primaria y proceso de alcoholización*, México, CIESAS.
- Menéndez, E. L. y M. Miceli (Coords.) (1977), Diagnóstico del municipio de Ticul, Yucatán, México, Escuela de Salud Pública de México.
- Menéndez, E. L. y M. Ramírez (1980), Producción social y reproducción ideológica de los procesos de salud / enfermedad en una comunidad yucateca, México, Ms.
- Menéndez, E. L. y H. Spinelli (Coords.), *Participación social ¿Para qué?*, Buenos Aires, Lugar Editorial.
- Ortega, J. (1999), "Proceso reproductivo femenino: saberes, género y generaciones en una comunidad maya de Yucatán", Tesis de Doctorado en Antropología Social, El Colegio de Michoacán, México.
- Press, I. (1975), *Tradition/adaptation. Life in a modern Yucatan maya village*, Connecticut, Greenwood.
- Ramírez, M. (1980), "Dinámica y conceptos sobre enfermedad y salud en Ticul, Yucatán", Tesis de Licenciatura en Antropología Social, Escuela Nacional de Antropología e Historia.
- Redfield, R. (1941), *Yucatán, una cultura en transición*, México, Fondo de Cultura Económica.
- Shattuck, G. et al (1933), *The Peninsula of Yucatan. Medical, biological, meteorological and sociological studies*, Washington D.C. Publication 431, Carnegie Institute.
- Stern, B. (1945), *American Medical Practice in the Perspectives of a York, The coomowearth Fund*.

