



# PODER, ESTRATIFICACIÓN SOCIAL Y SALUD

Eduardo L. Menéndez

## COL·LECCIÓ ANTROPOLOGIA MÈDICA

### DIRECCIÓ

Josep M. Comelles (URV), Coral Cuadrada (URV)

### CONSELL D'EDICIÓ

Oriol Romaní (URV), Angel Martínez (URV), Susan Di Giacomo (URV), Mabel Gracia (URV), Josep Canals (URV), Xavier Allué (URV), Enrique Perdiguero (Universitat Miguel Hernández), Jordi Farré (URV), Inma Pastor (URV), Joana Zaragoza (URV), Maria Antònia Martorell (URV).

### COMITÈ ASSESSOR

Arachu Castro (Tulane University), Claudi Haxaire (Université Bretagne Occidentale), Alice Desclaux (Aix-en-Provence), Giovanni Pizza (Perugia), Pino Schirripa (Sapienza, Roma), Mari Luz Esteban Galarza (Universtat del País Basc), Gerardo Fernández Juárez (Univeridad de Castilla la Mancha), Txema Uribe Oyarbide (Universidad Pública de Navarra), Núria Romo Avilés (Universidad de Granada), Luis Montiel Llorente (Universidad Complutense de Madrid), Fernando Villaamil Pérez (Universidad Complutense de Madrid), Jesús Armando Haro Encinas (El Colegio de Sonora, Mèxic), Rosa Osorio Carranza (CIESAS, Mèxic), Alejandro Goldberg (Universidad de Buenos Aires), Joan Guix Oliver (URV), Carl Kendall (Tulane University), Ester Jean Langdon (Universidad Federal de Santa Catarina, Brasil), Cecilia Minayo (Fundació Oswaldo Cruz, Brasil), Ekkehard Schroeder (AGEM+Redaktion Curare), S. Van der Geest (Amsterdam), Francine Saillant (Université Laval, Canadà)

### MEMBRES D'HONOR

Lluís Mallart Guimerà (París X), Eduardo Menéndez (CIESAS, Mèxic),  
Tullio Seppilli (Perugia), Arthur Kleinman (Harvard)

# PODER, ESTRATIFICACIÓN SOCIAL Y SALUD

## Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán

Eduardo L. Menéndez



Tarragona, 2018

PUBLICACIONS DE LA UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI  
Av. Catalunya, 35 - 43002 Tarragona  
Tel. 977 558 474 · publicacions@urv.cat  
www.publicacions.urv.cat



Colección Antropología Mèdica, 15  
Sèrie Els Nostres Clàssics, 5

1.ª edición del texto: México 1981  
1.ª edición en PURV, corregida y aumentada: junio de 2018

ISBN (papel): 978-84-8424-687-9  
ISBN (PDF): 978-84-8424-688-6  
ISBN (EPUB): 978-84-8424-689-3  
ISBN (MOBI): 978-84-8424-690-9

DOI: 10.17345/9788484246879  
Depósito legal: T 812-2018

Fotografía de cubierta: *Día de muertos in Merida cemetery, Mexico.*  
G. Mannaerts (<https://bit.ly/2NYJUom>)





Cita el libro.



Consulta el libro en nuestra web.



Libro bajo una licencia Creative Commons BY-NC-SA.

-  Obra sometida al proceso de evaluación de calidad editorial por el sistema de revisión por pares según las normas de la colección Antropología Mèdica.
-  Publicacions de la Universitat Rovira i Virgili es miembro de la Unión de Editoriales Universitarias Españolas y de la Xarxa Vives, lo que garantiza la difusión y comercialización de sus publicaciones a nivel nacional e internacional.

## SUMARIO

EDUARDO MENÉNDEZ Y TARRAGONA. NOTA DE LOS EDITORES.....	7
PREFACIO .....	9
YUCATÁN O 35 AÑOS NO SON NADA.....	9
Algunas aclaraciones necesarias.....	9
Epidemiología sociocultural, expansión biomédica y curadores tradicionales.....	18
Todo el poder a lo privado.....	27
De cosmovisiones, esencialismos e historicidades.....	33
De ideologías, hegemonías y subalternidades.....	44
Bibliografía citada.....	54
INTRODUCCIÓN .....	57
CAPÍTULO I. ESTRUCTURA SOCIAL DE YUCATÁN: 1900-1978.....	63
El proceso demográfico.....	63
El proceso económico/político.....	70
La trayectoria económica de Yucatán.....	92
El proceso político/económico.....	111
Estratificación, movilización y participación social.....	135
Procesos ideológicos/culturales: una aproximación.....	163
CAPÍTULO II. ESTRUCTURA DE LA ENFERMEDAD EN YUCATÁN.....	179
Acotaciones metodológicas.....	180
Análisis de la mortalidad general y la mortalidad infantil.....	185
Mortalidad, morbilidad y el problema de la desnutrición: 1900-1969.....	195
Las principales causas de mortalidad y morbilidad: 1970-1978... ..	213
Mortalidad por edades: 1970-1977.....	240
Las condiciones de saneamiento y salubridad.....	251

CAPÍTULO III. ESTRUCTURA DE LOS RECURSOS PARA LA	
«CURACIÓN» .....	259
Hospitales, médicos y población: 1900-1960 .....	259
Instituciones públicas y privadas de salud. Complementación	
y conflicto. 1970-1977. ....	293
CAPÍTULO IV. RECURSOS Y SABERES MÉDICOS «TRADICIONALES» ..	343
Tipología de saberes curativos «tradicionales» en Yucatán. ....	344
Estructura y funcionamiento de los saberes curativos	
«tradicionales». Crítica al modelo antropológico. ....	368
Fanon, Gramsci, De Martino y otras aventuras de la dialéctica	
de la revolución .....	413
Las disputas por el campesinado .....	438
Acotaciones sobre el modelo antropológico: el caso de la medicina	
tradicional .....	465
V. CONCLUSIONES PROVISIONALES .....	475
Hacia la hegemonía médica. ....	476
Desnutrición, aprendizaje e irracionalidades de clase .....	482
Mortalidad: otra vuelta de tuerca .....	494
Últimas interpretaciones .....	510
BIBLIOGRAFÍA .....	521

EDUARDO MENÉNDEZ Y TARRAGONA  
(NOTA DE LOS EDITORES)

*Poder estratificación y salud* de Eduardo Menéndez (1981) llegó a nuestras manos en 1982 a través de Xavier Granero que lo tenía, a su vez, de manos de Jesús de Miguel. El libro lo había publicado el CIESAS, uno de los centros de referencia de la Antropología Social en México y América Latina, que habían fundado, años antes, Guillermo Bonfil y Ángel Palerm.

La lectura que hice de *Poder, estratificación y salud*, en 1982 fue coetánea a la de *Patients and Healers in the context of culture*, de Arthur Kleinman. Este último lo había comprado en Barcelona, en la Librería Herder poco antes, pero estaba en la lista de las cosas que has de leer y de las que vas dilatando la lectura. Tuve la misma actitud con ambos libros, pero un poco por azar los leí simultáneamente. Ambos libros, tan distintos, pero con tantos puntos en común, han marcado profundamente mi trayectoria personal y mi compromiso con la antropología médica y creo poder afirmar, que la de la antropología médica de Tarragona hasta la fecha. Seguramente estos dos libros y el capítulo de Eduardo Menéndez (1978) sobre el «modelo médico hegemónico» y su reimpresión en 2005 han sido los más citados por la antropología médica anclada en Tarragona durante casi cuarenta años.

Por esta razón, teniendo en cuenta que la edición de 1981 está agotada desde décadas, la colección de Antropología Médica de Publicacions URV, en su serie *Els nostres clàssics* decidió su reedición en formato digital. *Els nostres clàssics* nos permite honrar a una serie de referentes que han tenido un peso muy importante en el desarrollo de la antropología médica de la Universitat Rovira i Virgili, haciéndolos llegar a los lectores contemporáneos, ya que son nuestros maestros —Eduardo Menéndez y Lluís Mallart y el recientemente fallecido Tullio Seppilli, al mismo tiempo, hacemos un servicio al país publicando en catalán una serie de traducciones de pequeños clásicos de la antropología médica internacional. La producción del li-

bro ha sido compleja. Con Eduardo Menéndez descartamos la posibilidad de «reescribir el libro». Nos pareció que su condición inmarcesible de «clásico» lo hacía imposible, pero el autor asumió la escritura de un prefacio, con el objeto de discutir con cuatro décadas de distancia su misma obra.

El proceso de producción del libro ha tenido también sus complicaciones. Era necesario digitalizar correctamente una tipografía de linotipia de finales de los setenta, revisar el conjunto del texto para purgarlo de errores, resolver el problema de las tablas —la parte más compleja del maquetado de esta edición—, con el objeto de disponer de un texto con los niveles de calidad que se esperan de esta colección. El texto digitalizado fue revisado completamente por el autor, un proceso en el que se empleó concienzudamente puesto que nos comunicó que sí aprovecharía para revisar errores. Finalmente, una vez realizada la revisión por el autor se han efectuado dos revisiones editoriales para adecuarlo a los formatos de la colección.\*

\*[NOTA DE LA EDITORIAL] Los apéndices incluidos en la primera edición del libro pueden consultarse en línea en la dirección web siguiente: <<http://llibres.urv.cat/index.php/purv/catalog/book/305>>.



PREFACIO  
YUCATÁN O 35 AÑOS NO SON NADA<sup>1</sup>

*La Antropología es el estudio de lo obvio.*  
(Ernest BECKER, 1969)

Este libro sobre Yucatán (México), fue parte de un proyecto bastante ambicioso que solo se concretó parcialmente —no tanto en términos etnográficos e históricos, sino sobre todo teóricos y de publicación de sus resultados—, debido a que solo se editó una parte del mismo, y a que ciertos desarrollos teóricos, como los referidos al papel de la dimensión ideológica y las transacciones sociales en las relaciones de hegemonía, subalternidad y contra-hegemonía, fueron frecuentemente 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 ochenta. Lo cual no niega la importancia de la dimensión ideológica ni de las transacciones sociales, sino que cuestiona la manera en que fueron desarrolladas frecuentemente en ese texto.

*Algunas aclaraciones necesarias*

El proyecto inicial suponía la publicación de tres volúmenes: el primero, que es el que hoy se reedita, centrado en los procesos de salud, enfermedad y atención-prevención<sup>2</sup> descritos y analizados a nivel del estado de

<sup>1</sup> En este prefacio, presentaré información que no fue publicada en *Poder, estratificación y salud* (MENÉNDEZ, 1981), y que complementa varios aspectos desarrollados en ese libro. La mayoría de la información proviene de MENÉNDEZ (1978, 1981), MENÉNDEZ y MICELI (1978), MENÉNDEZ y RAMÍREZ (1980) y RAMÍREZ (1980), por lo cual solo 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.

<sup>2</sup> En adelante «procesos de SEAP».

Yucatán; un segundo texto iba a ser dedicado a analizar dichos procesos en dos comunidades de 16.000 y 1.000 habitantes respectivamente, que expresaban niveles de complejidad y análisis diferentes tanto en términos económico-políticos como de modelos de atención de las enfermedades. Y un tercero, en el que se analizarían en conjunto los datos obtenidos en los tres niveles señalados,<sup>3</sup> para establecer conclusiones en términos de relaciones de hegemonía, subalternidad y contra-hegemonía respecto de los procesos descritos y analizados, y especialmente respecto de los procesos de SEAP .

Dicho análisis tenía varios objetivos centrales, entre los cuales destaco dos. 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 solo para observar el peso diferencial que cada uno tenía en las representaciones y prácticas sociales de la población respecto de los procesos de SEAP , sino para llegar a conclusiones sobre el papel que tuvieron como mecanismo ideológico y social que fortaleciera, legitimara, cuestionara y/o desplazara las relaciones de hegemonía/subalternidad dominantes y posibilitara, o no, generar contra-hegemonía.

El segundo objetivo buscaba analizar las teorías y metodologías utilizadas por la Antropología Social y Cultural para estudiar los procesos de SEAP que se daban en zonas con población subalterna indígena y no indígena, para observar sus aportes, sus conclusiones y la pertinencia de sus enfoques teóricos y metodológicos 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), a dos diagnósticos de salud a nivel del estado y de las dos comunidades (MENÉNDEZ, 1978, MENÉNDEZ y MICELI, 1977), y a dos monografías no publicadas (MENÉNDEZ, 1981; MENÉNDEZ Y RAMÍREZ, 1980), lo cierto es que a principios de 1979, yo veía difícil por varias razones la concreción de los tres volúmenes. Decidí entonces desarrollar el libro Poder, estratificación y salud a partir de centrar la descripción y análisis a nivel del estado yucateco, pero de tal

3 También se incluiría información obtenida de informantes claves en nueve pequeñas comunidades.

manera que incluyera lo más congruentemente posible el diálogo entre los datos obtenidos a nivel del 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 sesenta y, especialmente, durante los primeros años de los setenta. 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 laboral desarrollados en el Instituto de Salud Ocupacional de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, y por la otra, 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.<sup>4</sup>

En el caso del MMH, la continuidad entre Argentina y México se expresó en que dos de mis primeras publicaciones en México fueron la introducción al libro de BASAGLIA *et alii* (1978), La salud de los trabajadores, y mi libro Cura y Control (1979), que tratan sobre el MMH. Y en el caso del MAC, a la conclusión de un manuscrito de casi 400 páginas que nunca publiqué, aunque partes del mismo aparecen en varios libros míos, y especialmente en La parte negada de la cultura (MENÉNDEZ, 2002).

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; si bien yo lo había desarrollado en términos teóricos y sobre todo de activismo político en relación con la autogestión durante los sesenta y principios de los setenta, lo había trabajado muy escasamente en términos etnográficos, lo cual comencé a desarrollar en México a través de una serie de pequeños estudios artesanales (MENÉNDEZ, 1982). Aquí me interesa subrayar un aspecto que ha sido permanente en mi manera de hacer antro-

4 Para una revisión crítica de varios de estos aspectos ver COMELLES (2004).

pología, 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 se desarrollaron en los países llamados «socialistas reales», y la posibilidad de encontrar alternativas en las organizaciones del trabajo obrero y en menor medida campesino desarrolladas en términos de autogestión bajo el capitalismo en varios países europeos y en menor grado en América Latina. La tendencia a buscar otros espacios de autogestión me llevó a encontrarlos en un campo inesperado. Me refiero a la autoatención de los padecimientos a nivel de los grupos familiares y de otros microgrupos; autoatención que, si bien implicaba un alto grado de autoexplotación, evidenciaba posibilidades –y subrayo posibilidades- de autonomía relativa y de micropoder.

Pero el impulso inicial de recuperar los procesos de autogestión vino, en primer lugar de la crítica a los estalinismos en el poder, que condujo a la búsqueda de alternativas en las propuestas y experiencias autogestionarias obreras y campesinas desarrolladas especialmente durante los veinte y los treinta del siglo xx. Y en segundo lugar, de las investigaciones realizadas a principios de los setenta en Argentina sobre enfermedades ocupacionales en diferentes ramas de la producción y de servicios. Estos estudios se realizaron, en buena medida, a través de la metodología desarrollada por el llamado «modelo obrero italiano», que refiere justamente a los procesos de autoatención/autogestión desarrollados a nivel de fábrica.

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. 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.<sup>5</sup> Si bien a través

5 Este es un aspecto que, por lo menos en América Latina, diferencia fuertemente la orientación que teníamos entre los cincuenta y los setenta, de la que va a dominar desde los ochenta hasta la actualidad. En las primeras décadas nos interesaba entender, investigar y de ser posible actuar. Por supuesto pensábamos publicar artículos y sobre todo libros, pero a partir de un proceso de maduración reflexiva. Mientras que, desde los ochenta, lo que domina es la necesidad de publicar artículos, y no es que no interese entender y actuar, pero lo central es «publicar o morir». Considero que este requisito, que las jóvenes generaciones han asumido como parte normal de su trayectoria profesional, es parte de una política académica que impulsa la productividad científica como mecanismo normalizado de autocontrol y reduce cada vez más la capacidad de actuar, movilizarse e intervenir en procesos sociales y políticos.

de familiares y amigos pude conseguir que 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, no publiqué nada. Esto lo señalo, porque va a ser una constante en mi trabajo, ya que no solo en el caso de Yucatán, sino en todas las investigaciones que realicé desde 1977 hasta la actualidad, una parte y a veces la mayor parte, como ocurrió con el estudio del proceso de alcoholización en México, no fue publicada, pese a que en varios casos realicé extensos escritos, y que en todos los casos lo desarrollé a nivel docente.

En la investigación realizada en Yucatán traté además de aclarar un problema teórico-metodológico frecuentemente cuestionado, y con razón, respecto de las diferentes tendencias, y especialmente las estructuralistas y comprensivitas, que suelen utilizar conceptos o instrumentos, como «modelo» o «tipo social», como realidades y no como construcciones metodológicas. Mi propuesta fue, y sigue siendo, considerar a todo «modelo» o «tipo» 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. Por lo cual, en la investigación sobre Yucatán traté de construir la trayectoria en términos de modelos de las actividades biomédicas, así como de la medicina tradicional para dicho estado, desde finales del siglo XIX hasta mediados de 1970. Lo que pude concretar parcialmente para el ámbito biomédico, pero no para el de los curadores tradicionales. De tal manera que lo que propongo en este texto son modelos de trayectoria, basados en datos históricos y etnográficos.

En mis textos teórico-metodológicos, para evitar malas interpretaciones y/o malos usos, he insistido en diferenciar 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. Pero pese a ello, las críticas a mis propuestas, 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 homogeneizo las diferentes variantes biomédicas a través de encerrarlas en un modelo. Y ello pese a que, no solo he aclarado reiteradamente y fundamentado teórica y metodológicamente que el modelo es una cons-

trucción mientras que los «saberes» refieren a la historicidad, sino que lo he evidenciado, por ejemplo, a través de mis estudios sobre procesos de alcoholización; en ellos describo y analizo diferentes grupos médicos que trabajan en atención primaria, para evidenciar sus semejanzas, pero también las diferencias en términos de saberes, lo cual me llevó a reformular algunas características del MMH (MENÉNDEZ Y DI PARDO, 1996).<sup>6</sup>

Dada mi orientación teórica, en mi estudio traté de relacionar los procesos de SEAP con las condiciones económico-políticas, incluidas las formas de estratificación social dominante, así como con las condiciones ideológico-culturales; 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 las corrientes dominantes de la Medicina Social latinoamericana que, salvo excepciones, colocaban todo el peso explicativo y la solución de los problemas de enfermedad en los determinantes sociales de la salud, referidos casi exclusivamente a procesos económico-políticos. Y si bien incluí centralmente los aspectos económicos-políticos, mi orientación gramsciana y mi formación antropológica limitaron no solo 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.

Por esa razón, en este estudio traté de darle un papel central a la dimensión cultural y sobre todo, a la ideológica, lo cual tiene que ver en gran medida con el peso teórico y metodológico que le daba —y sigo dando— a las propuestas de Gramsci, básicamente en términos de las relaciones de hegemonía, subalternidad y contra-hegemonía, que traté de aplicar, aunque con usos y resultados ambiguos. Ya que frecuentemente, en ciertas páginas de este libro, lo ideológico aparece como equivalente de lo cultural, mientras en otras emerge como ideológico, sin estar nunca aclarado. Lo cual tiene que ver con mis propias ambigüedades teórico-prácticas, dado que corresponden a un manejo de lo ideológico que oscila entre un

6 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 participé 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 y políticos que emergían al estudiar un determinado problema histórico, lo que me llevó a encontrar una solución provisional en las propuestas tipológicas de Weber, Durkheim pero también de R. Merton, para luego volver a recuperar la historicidad de los procesos, a través de una articulación tipo/modelo-historicidad.

concepto utilizado para analizar académicamente los procesos de SEAP, y un concepto utilizado en el campo ideológico-político, y que estaba expresando los usos —tal vez esquizoides—, que yo había desarrollado en Argentina.

A finales de los sesenta, como actualmente, consideraba la dimensión ideológica como una de las más decisivas, no solo para entender la realidad, sino para movilizarla. Había llegado a la conclusión de que la «cultura» que usamos cotidianamente es sobre todo reproducción rutinaria de la vida. La cultura está ahí, y más allá de sus características, de sus valores, de sus formas de expresión, la reproducimos 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 y en la «cultura del aguante» y no solo en la explotación. Debo aclarar que, afirmar la rutina y la repetición no niega las luchas, los sufrimientos, las alegrías, los encantamientos que todos los sectores sociales, incluidos los subalternos, viven cotidianamente.

Por estas y otras razones, a finales de los sesenta había llegado a la conclusión de que los sistemas sociales se reproducen a partir de que los producimos y reproducimos a través de nuestras prácticas de vida cotidiana, más allá de que cuestionemos los sistemas a través de nuestras palabras y tal vez de algunas de nuestras prácticas. Por lo tanto teníamos que tratar de convertir la cultura en ideología, entendida la dimensión ideológica no solo como un factor de cohesión, de homogeneización, de promoción de igualdades frecuentemente imaginarias, sino sobre todo como un mecanismo de movilización. Lo cual, en aquellos años, no solo estaba siendo impulsado por determinadas corrientes políticas, sino también por diversas tendencias anti-psiquiátricas, por la criminología crítica, por las teorías radicales de la desviación y especialmente por varias corrientes anticolonialistas, especialmente las fanonianas.

Desde mi perspectiva, no debíamos mitificar el pasado para, a partir del mismo, impulsar la toma de conciencia, cohesión y movilización de los sectores sociales subalternos, como ha sido frecuente en las propuestas nacionalistas y etnicistas (MENÉNDEZ, 2002), sino que debíamos hacerlo a través de lo que quedaba de los diferentes «pasados» como parte de nuestros presentes, sobre todo mediante la detección 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 Poder, estratificación y salud, donde a veces utilizo lo ideológico como movilización mientras en otros lo manejo como cohesión cultural. Esta dualidad expresaba la idea de que, partiendo de la cultura existente, la dimensión ideológica debería buscar recuperar los aspectos culturales propios que posibilitaran el empoderamiento y cambio, para convertirlos en una «nueva» cultura que impulse la transformación. Ello implicaba varios problemas en términos político-ideológicos como, por ejemplo, establecer si los aspectos culturales que reconstruimos -o proponemos a priori a partir de nuestros imaginarios- son parte propia y vigente de los grupos o son inventados o casi totalmente resignificados y, sobre todo, si son generados autónomamente por los sectores sociales subalternos o son generados desde fuera de ellos por intelectuales ajenos a esas comunidades, e inclusive por intelectuales nativos, pero que se han formado profesionalmente fuera de sus comunidades. Y si bien estos, y otros aspectos, aparecen a veces confusos en el libro que estoy introduciendo; 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 y contra-hegemonía, no solo como medio de conocimiento de los procesos a estudiar, sino como mecanismo de reflexión y de intervención política.

En este libro me plantee varios objetivos, llamémosles metodológicos, además de los ya comentados. En primer lugar traté de describir los procesos centrales que me interesaba analizar, es decir los de hegemonía, subalternidad y contra-hegemonía, desde diferentes dimensiones: económico-política, político-económica, ideológico-cultural, trayectorias de mortalidad/morbilidad y servicios de salud, buscando ver como en cada una operaban dichos procesos, así como la articulación que podía existir entre los mismos para favorecer, cuestionar e inclusive desplazar o sustituir la hegemonía.

En segundo lugar, intenté desarrollar una descripción y análisis «cíclico» de los materiales obtenidos, de tal manera que establecido y analizado un proceso/problema específico, trataba de retomarlo varias veces a lo largo del texto con diferentes niveles de complejidad, lo que condujo en varios casos a reiteraciones intencionales, aunque a veces tediosas. Posiblemente sean los análisis de la trayectoria de la mortalidad general, y en menor medida de la infantil, donde puede observarse, con mayor transparencia, lo que traté de hacer al presentar en diferentes partes del texto nue-



va información y análisis sobre ellas y sus posibles causalidades y que, en conjunto tenían un mismo objetivo: observar el papel de la biomedicina en el descenso y control de las tasas de mortalidad, y en el reforzamiento de la hegemonía biomédica.

El tercer objetivo fue desarrollar un texto simultáneamente histórico y etnográfico, en el cual los procesos históricos contextualizaran los materiales etnográficos, tanto míos como de otros analistas, descritos y analizados tanto a nivel macro-social —el Estado yucateco— como meso —Ticul— y micro-social —Pustunich—.

Ya señalé que el texto tiene varios déficits, que no solo refieren al manejo de la dimensión ideológica y de las transacciones sociales, sino también a la casi omisión de importantes procesos de SEAP, de los cuales solo señalaré dos. Me refiero a la falta de análisis y de referencias básicas respecto a las violencias, por una parte, y a los usos del alcohol y del alcoholismo por otra. Ambas omisiones son realmente graves, dado el papel central que tienen en la vida cotidiana de los yucatecos, y en las relaciones de hegemonía/subalternidad.

En el caso de las violencias me refiero, sobre todo, a los homicidios y suicidios, ya que Yucatán se diferencia radicalmente del resto de México por tener las tasas más bajas de mortalidad por homicidio de la república y por ser, simultáneamente, uno de los estados con más altas tasas de suicidios. Hay que subrayar que esta situación no es coyuntural, sino que, por lo menos desde finales del siglo XIX, caracteriza a la sociedad yucateca. Y si bien en el libro hago algunos comentarios, no solo no presento información estadística ni cualitativa, sino que no saco conclusiones en términos de los principales objetivos de mi estudio. Subrayo además que está problemática no apareció en el trabajo de campo, tal vez porque no la busqué.

El consumo de alcohol y el alcoholismo estuvo presente, no solo en los datos estadísticos y en las entrevistas, sino en las observaciones de la vida cotidiana. Y sin embargo no dediqué ningún espacio a su descripción y análisis, pese a constituir uno de los principales instrumentos/mecanismos de hegemonización en la sociedad mexicana, como analicé en estudios ulteriores sobre el proceso de alcoholización en México. Ya que el alcohol, un producto traído por los colonizadores, se convirtió en un componente necesario e irremplazable de la mayoría de los rituales sociales, económicos, religiosos, deportivos y políticos de México, incluidos los que tenían que ver con ceremonias y cosmovisiones mesoamericanas. Más aún, determinadas bebidas alcohólicas se convirtieron en parte de la

identidad étnica de numerosos grupos, así como de las identidades societarias a nivel regional e inclusive nacional. Sin olvidar, además, que el alcohol identificaba también las actividades biomédicas como sustancia de purificación e higiene.

*Epidemiología sociocultural, expansión biomédica  
y curadores tradicionales*

En *Poder, estratificación y salud*, 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. Me refiero a la propuesta de «epidemiología sociocultural», que no pretendió desplazar a la epidemiología biomédica, sino complementarla, cuestionando algunos de sus enfoques, y sobre todo incluyendo no solo los procesos y relaciones sociales, sino también los culturales, ideológicos y de poder, así como analizarlos en términos de relaciones de hegemonía, subalternidad y contra-hegemonía. De allí que partiendo de viejas propuestas antropológicas desarrolladas sobre todo por el culturalismo norteamericano entre 1920 y 1950, y autores como BASTIDE (1967), DE MARTINO (1948, 1961) DEVEREUX (1937, 1977); DURKHEIM (1974), FANON (1962, 1968) y STERN (1941), propuse lo que era obvio para ellos, pero que era excluido por los salubristas. Me refiero, por ejemplo, a que en toda comunidad los sujetos y grupos saben sobre sus enfermedades, ya que generan y manejan formas de diagnóstico y de explicación de los padecimientos que reconocen como amenazantes.

Es decir, todos los sujetos tienen un saber epidemiológico, y no solo los actores sociales encargados profesionalmente de atender y/o prevenir los padecimientos. Llegaba a la conclusión que los diferentes actores sociales, a partir de su inserción social y ocupacional, desarrollan perfiles epidemiológicos de los padecimientos que más los afectan real e imaginariamente. Dichos perfiles incluyen signos y causas de las enfermedades, criterios de gravedad o levedad de las mismas, incidencia diferencial de los padecimientos en términos de edad, 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, y otra serie de criterios referidos a atención y prevención de los padecimientos, 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 limitarlos y menos eliminarlos.

Por esa razón, en las dos comunidades estudiadas 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 de los mismos el perfil epidemiológico que surge de las estadísticas vitales producidas por la Secretaría de Salud (MENÉNDEZ, 1978; MENÉNDEZ y MICELI, 1977; RAMÍREZ, 1980). Subrayo además, que los aspectos sociales, culturales y de poder, de los perfiles epidemiológicos se buscaron (más allá de que se hubiese conseguido) no solo en la población y en los curadores tradicionales, sino también en los médicos y el personal de salud. Cabe recordar que las relaciones de poder a través de los procesos de SEAP es 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; así como varias de las corrientes antipsiquiátricas, quienes habían llegado a gran parte de las conclusiones que más tarde Foucault popularizó.

En este trabajo comparativo se encontró que todos los actores sociales reconocían los principales padecimientos de los cuales enfermaban y morían, jerarquizándolos también en forma similar. Médicos y población coincidían 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 por enfermedades cardiovasculares podía deberse a la enfermedad de Chagas, de la cual los médicos que entrevisté desconocían sus signos básicos, y la población ni siquiera conocía su nombre. No solo detectamos similitudes sino, obviamente, diferencias como 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.

Aclaro que no es que los sectores sociales subalternos no reconozcan la existencia y el papel negativo de las diarreas, sobre todo en niños menores de cinco años, sino que las ven como parte de la normalidad cotidiana

de la vida y de la muerte de los niños. Pero lo importante a recuperar es la existencia, no solo de diferencias, sino de aspectos similares entre médicos, curadores tradicionales y diferentes sectores sociales de la población, más allá de que los médicos las nieguen y subrayen que la gente se caracteriza por su ignorancia. Así como que la mayoría de los antropólogos enfaticen no solo las diferencias sino las incompatibilidades entre las cosmovisiones indígenas y la biomedicina, excluyendo las similitudes y sin incluir, como veremos más adelante, información sobre la presencia de saberes biomédicos en los saberes indígenas; posiblemente con el objetivo, consciente o no, de confirmar las mencionadas diferencias e incompatibilidades.

Antes de continuar, me interesa puntualizar que las dos propuestas señaladas fueron poco utilizadas por la mayoría de los antropólogos. Tuvieron que pasar casi veinte años antes de que investigadores como Jesús Armando HARO (2011) y Paul Hersch retomaran nuestros planteos sobre epidemiología sociocultural. Pero en el caso de las similaridades 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 primeras en los procesos de SEAP. Y así, por ejemplo, necesitamos asumir que no solo el personal de salud conoce los ciclos anuales de las enfermedades infecto-contagiosas, sino que la población y, especialmente, las madres yucatecas, también los reconocen, y no solo respecto de los padecimientos alopáticos. Saben, por ejemplo, que el mal de ojo incide sobre todo entre junio y septiembre, y que estas variaciones estacionarias tienen que ver con el lapso en que se dan las peores condiciones de alimentación en las comunidades estudiadas. Y recordando que, en Yucatán, el mal de ojo puede ser generado no solo por un ebrio o una embarazada, sino también por un hambriento. Allí y en 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»; asumiendo que la «debilidad» también constituyó un concepto biomédico.

Ahora bien, una parte de las «coincidencias» entre los diferentes actores sociales pueden ser explicadas por el creciente proceso de medicalización de los saberes de los sujetos y actores sociales locales, el cual se articula con el principio de realidad de dichos actores, que tratan de apropiarse de la eficacia de instrumentos biomédicos, sobre todo de los fármacos, y está estrechamente relacionado con la situación de pobreza y

de empobrecimiento de la mayoría de la población subalterna, aunque no solo con ello. Esta población necesita apropiarse del saber médico, inclusive en términos simbólicos, como manera de enfrentar eficazmente a las enfermedades que la amenazan. Observamos que la población, incluidos una parte de los curadores tradicionales, atribuyen a productos y acciones biomédicas clínicas y salubristas, el descenso de la mortalidad infantil, así como la casi desaparición de problemas endémicos, como el paludismo.

Es importante consignar que la salud no aparece entre los problemas prioritarios señalados por la mayoría de la población subalterna, ya que para ésta los problemas graves son la mala situación económica y ocupacional, planteada en términos de carencias, pobreza e inexistencia de recursos básicos. Principio de realidad y situación de pobreza que se expresan en que una parte de los ticuleños reconocen que la higiene y la salubridad son importantes para no contraer enfermedades, pero que no tienen dinero para instalar letrinas o para colocar pisos de cemento en sus viviendas, ya que el poco dinero que tienen lo emplean para subsistir y, sobre todo, para alimentarse. Por supuesto que podría argüirse que una parte de ese escaso dinero, sobre todo los varones, lo gastan en bebidas alcohólicas. Pero esto ameritaría un análisis bastante complejo, que ahora no podemos desarrollar.

De los procesos analizados se desprende que para estas comunidades, la enfermedad y no la salud constituye un proceso normal, entendido como hecho cotidiano y constante. La gente siempre ha vivido con sus enfermedades y padecimientos, y las de sus familiares, amigos y vecinos, de tal manera que forman parte normalizada de sus vidas, y por eso saben en qué épocas del año la gente se enferma y se muere más, pero también en qué época nacen y mueren más niños. Y fue, por tanto, en Yucatán, dónde verifiqué una de las tantas obviedades que fui descubriendo a través de mis estudios, es decir, que la enfermedad es vivida como normal y no solo como «frecuente» por 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 mis estudios sobre enfermedades ocupacionales en Argentina.

Esta normalidad de los padeceres, 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 solo cuando se agrava, sino sobre todo cuando el mismo ya no permite al sujeto ejercer las actividades básicas para la sobrevivencia de él y de su grupo. Lo cual puede 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. Un malestar pasa a ser enfermedad cuando no permite al sujeto trabajar. En Ticul, el malestar y el padecimiento son entendidos no solo como normales sino como procesos.

Fue en Ticul, al igual que entre trabajadores mineros o choferes del transporte colectivo en Buenos Aires y en la provincia de Jujuy, donde observé que todos los sujetos —por supuesto con diferencias—, podían señalar cuales eran las enfermedades que los aquejaban o podían aquejarlos, así como podían enumerar criterios para establecer no solo 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 utópico; más o menos como el de revolución. Más aún, asumí otro hecho obvio, que tanto el personal de salud, como los antropólogos que estudiamos los procesos de SEAP, no trabajamos con la salud, sino con enfermedades y padecimientos.

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 (brujería)— el principal recurso era el biomédico, pero que para los malestares y formas agudas cotidianas y frecuentes de enfermar, la forma más usada era la autoatención y en segundo lugar los curadores tradicionales; más aún, observé que ésta era parte inevitable de toda trayectoria de enfermedad.

Pero además, este enfoque permitió obtener información sobre las formas de prevención que utilizaban para las enfermedades tradicionales y para las enfermedades alopáticas, incluidas las enfermedades ocupacionales de ciertos sectores laborales como alfareros y zapateros, o las relacionadas específicamente con la salud de la mujer, más allá de que fueran considerados padecimientos tradicionales o alopáticos. Descubrimos que la prevención era parte intrínseca de los saberes médicos populares, puesto de manifiesto en que la población de Ticul enumeraba criterios de prevención para todas las enfermedades tradicionales que padecen o padecieron los ticuleños, así como para las enfermedades alopáticas. Lo cual 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 de prevención.

Este enfoque me permitió observar que los habitantes de Ticul y Pustunich podían atribuir una parte de los malestares y de las enfermedades graves, como problemas cardiovasculares o cánceres, a relaciones conflictivas entre sujetos, entre familias, y a las relaciones entre obrero y patrono, lo cual supone una continuidad ideológico-cultural con las enfermedades tradicionales, dado que las mismas se caracterizan por ser en su casi totalidad producto de relaciones sociales.

A partir de estos y otros aspectos comencé a pensar si las enfermedades y las acciones biomédicas 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, a los cuales habían de 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 expansión biomédica que se estaba dando no solo en zonas urbanas sino también rurales, incluso entre los curadores tradicionales. Se documentó la expansión directa a través de los 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 sobre todo mexicanos, que subrayaban, no solo 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 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 en el estado yucateco, y desde la década de 1930 en ambas comunidades. 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 infecto-contagiosas 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 solo directa —servicios de salud biomédicos—, sino también de manera indirecta pero constante, 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 solo es producto de la eficacia experimentada por los usos de la propia población, sino también por el énfasis que ponen los médicos en la eficacia de los medicamentos.

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, y en el que, en 1912, sus laboratorios ya producen la vacuna antivariólica. A finales del siglo XIX, Yucatán era el estado con el mayor número de médicos después de la ciudad de México, y era líder en impulsar campañas de saneamiento ambiental que tenían que ver con el control de enfermedades infecto-contagiosas 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 legas que residen permanentemente sobre todo en pequeñas comunidades para detectar e informar al sector salud sobre la presencia de casos de paludismo.

En Yucatán, desde finales de los años veinte y principios de los treinta, operó un equipo interdisciplinario liderado por uno de los principales epidemiólogos norteamericanos de esa época, en el cual trabajaron varios antropólogos, incluido Robert REDFIELD. Produjo varios informes epidemiológicos exhaustivos obtenidos mediante las técnicas biomédicas más



avanzadas de la época, y generó información antropológica cualitativa sobre enfermedades alopáticas y curadores tradicionales (SHATTUCK *et alii*, 1933). Estos trabajos antropológicos nos informan de la expansión biomédica en los años treinta, inclusive en pequeñas comunidades como Dzitas donde «compiten la curandera con el sanador ambulante, y ambos con el doctor que estudió y se graduó en la ciudad» (REDFIELD, 1941:388). Añadiendo 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 (REDFIELD, 1941:374-375).

Si bien la mayoría de los médicos estaban concentrados en la capital del estado, podemos observar que en el Ticul de 1920 ya había dos médicos privados permanentes, que pasaron a ser tres en 1940. Pero en 1938 se instala un Centro de Higiene Rural con un médico y una enfermera, que en 1942 pasó 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. Entre 1950 y 1970 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 ya diez médicos en Ticul de los cuales siete son privados, y tres privados/oficiales; pero en 1977 llegan a ser catorce 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. 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», es decir supervisadas. Hay también 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).

Más allá de demostrar o no la influencia de la expansión biomédica en términos de las experiencias de vida por lo menos de los ticuleños, 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 de 23 en 1940 a 8,77 en 1976. Inclusive, en Ticul la primera causa de mortalidad, es decir la gastroenteritis, pasa de 1.096 casos por 10.0000 en 1940 a 109 en 1970 (MENÉNDEZ, 1981:154-184).

Si bien no debemos adjudicar estos descensos de la mortalidad solo a la influencia directa e indirecta de la biomedicina, si necesitamos asumir en términos de relaciones de hegemonía /subalternidad que la población, incluidos los curadores tradicionales, consideran que la biomedicina, las acciones de saneamiento del medio ambiente y especialmente los fármacos, han hecho posible la reducción de la mortalidad, sobre todo en niños menores de cinco años. No solo del estudio sobre Yucatán, sino de trabajos realizados por nosotros en comunidades de otros estados con población indígena, surge que ya a finales de la década de los setenta, la biomedicina forma parte de las trayectorias de enfermedad de la población. Ahora bien, considero que es importante reconocer que esta 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 entenderla como parte de un proceso más general e integral.

El conjunto de estos aspectos incidirá no solo en modificar los «usos y costumbres» en términos generales, sino en forma directa e indirecta en los procesos de SEAP. Y daré dos ejemplos para que quede claro lo que estoy señalando; el primero es que México, en la década de 1940, fue el tercer país en utilizar penicilina a escala mundial, generándose lo que un médico llamó una «lluvia de antibióticos». La medicina mexicana y la yucateca en particular comenzaron a utilizar este fármaco desde fechas muy tempranas; más aún, fue recetado también tempranamente por auxiliares de salud y por curadores tradicionales, y no solo por médicos. En Ticul y en Pustunich, los antibióticos constituían para la población la principal expresión de la eficacia de los fármacos.

El segundo ejemplo tiene que ver con que la población de Ticul cuando tenía diarreas bebía refrescos, especialmente Coca Cola y Manzanita, y no agua, lo cual fue señalado no solo 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 el consumo de un producto que estaba penetrando en el mercado y que se caracterizaba por su potabilidad, y por haber sido durante años uno de los principales símbolos del imperialismo norteamericano. México, además, se iba a convertir en el principal consumidor de refrescos per cápita a nivel mundial, en la primera década del siglo XXI.

### *Todo el poder a lo privado*

La 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 consultará cada vez más a los médicos, pero manteniendo una actitud crítica o ambivalente hacia ellos. 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 formaban parte de actividades biomédicas oficiales, como era el caso de las parteras.

Pero además se suscitaron otros problemas, y así, por ejemplo, cuando realizamos nuestro estudio, se estaba aplicando 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 los pasantes y los médicos hacia los auxiliares de salud, sobre todo porque éstos diagnosticaban y trataban enfermedades para las cuales —según los médicos— no estaban capacitados. Se cuestionaba que los auxiliares de salud, no solo manejaran aspirinas o jarabes para la tos sino también antibióticos y fármacos psicotrópicos. Es decir, el PEC fue un programa diseñado por salubristas del Sector Salud mexicano que buscaban impulsar programas tipo «médicos descalzos» chino, pero que no correspondía para nada con las concepciones y expectativas no solo de los médicos clínicos, y de los pasantes de medicina, sino de la población.

El Sector Salud mexicano y, mucho más tarde, las organizaciones no gubernamentales (ONGs) han utilizado, por lo menos desde la década de los veinte, auxiliares y promotores de salud en forma ocasional o planificada. Han capacitado a miles de personas, incluyendo curadores tradicionales, en actividades no solo de educación y prevención, sino de atención y curación. Y pese a ello, periódicamente los investigadores «re-descubren»

que las personas legas 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 analizar los usos y desusos del mismo por dicho Sector, así como las razones que éste ha tenido y tiene para utilizarlos o excluirlos según sus objetivos.

En Ticul y Pustunich, como en otras comunidades, si bien la población critica ciertos aspectos de la biomedicina, sin embargo, lo que demanda son mejores servicios biomédicos, mientras no demanda que haya mejor medicina tradicional ni un mayor número de curadores tradicionales. Es necesario señalarlo, porque ya en 1977-1981 observamos un descenso en el número de curadores tradicionales, así como una creciente biomedicalización de los mismos. En Ticul, por ejemplo, entre 1960 y 1977 los yerbateros se habían reducido a la mitad y muchos de ellos solo trabajaban a tiempo parcial o ya solo se dedicaban a officiar rituales agrarios, dejando de atender enfermedades. Inclusive los *h'men* (*shamanes*) no solo habían reducido su número, sino que ya no tenían el prestigio socio-médico-religioso que los caracterizaba.

No obstante, durante las décadas de los 70' y 80' un tipo de curadora tradicional, las parteras empíricas, incrementó su número y su trabajo. En Yucatán, en 1977, las parteras realizaban el 70% de los partos, mientras en Ticul operaban el 55% de los mismos. Una parte significativa de las parteras había sido capacitada 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 fuerte y rápidamente 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, aunque obviamente no era aplicado por las parteras empíricas.

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 que donde había atención biomédica. Y que además, como era obvio, en dichas zonas se aplicaba un menor número de métodos definitivos y de dispositivos intrauterinos (DIU). Por lo

cual, las parteras comenzaron a ser cada vez más marginadas, hasta que la aplicación relativamente reciente de una nueva norma del Sector Salud las excluyó casi totalmente de la realización de los partos, aunque las siguió utilizando 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 y Pustunich indicaron la preferencia de las mujeres por tener partos con parteras tradicionales. Pero, sin embargo, no solo en Yucatán sino a nivel nacional ni las mujeres ni las parteras —pero tampoco las ONGs—, enfrentaron las medidas aplicadas por el Sector Salud que las excluían del parto. O mejor dicho, el «enfrentamiento» de las mujeres embarazadas y de las parteras se redujo a no concurrir a los centros de salud y a no formar parte de las parteras «controladas». Por lo tanto, este proceso no solo indica el pragmatismo del Sector Salud, que utiliza a los curadores tradicionales cuando le conviene en función de establecer mayores coberturas de atención en áreas marginadas, pero los excluye parcial o totalmente cuando considera que ya 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.

Este proceso evidenció la fuerte biomedicalización que se había generado en los curadores tradicionales, y especialmente en las parteras empíricas, dado que no solo utilizaron fármacos y técnicas médicas por lo menos desde la década 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 económicos y reconocimientos «profesionales», lo cual era decisivo para sectores caracterizados por la pobreza.

Los datos obtenidos en comunidades yucatecas y especialmente en Ticul y Pustunich, 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 ORTEGA (1999) documentaron este descenso, de tal manera que en los 90, en el área trabajada por esta investigadora, solo quedaban unas pocas parteras que ya no eran demandadas por la población, y ya no quedaba ningún *h'men*. El Censo de Médicos Tradicionales realizado en 2014-2015 por INDE-MAYA, la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI) y los Servicios de Salud de Yucatán indican que quedan diecinueve *h'men* en todo el estado, de los cuales solo siete se dedican a sanaciones, ya

que la mayoría se dedica a rituales agrarios<sup>7</sup> y actividades educativas. En cambio, 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 implicaba 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 a la medicina ejercida por el Centro de salud. La encuesta que aplicamos evidenció que el 65 % prefería ir al médico privado y solo un 10 % al Centro de salud, mientras el resto refería a otras instituciones de seguridad social (5%) y a la autoatención (20%). Pero no solo es la percepción de la comunidad, sino que los datos obtenidos 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» 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 solo 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. Además, una parte de los médicos particulares son permanentes y cuando se van de Ticul, lo hacen para radicarse en Mérida; mientras los del Centro de Salud, y sobre todo los pasantes, rotan anualmente. La mayoría de los médicos particulares (70%) habla maya, pero los pasantes no.

7 Este proceso, como siempre, es más complejo, dado que las parteras empíricas siguen siendo el curador tradicional con mayor número de operadores según dicho Censo, pero realizando cada vez menos partos. Actualmente ellas realizan «sobadas» (acomodación del «producto»), actividades anticonceptivas y una parte trabajan también como hueseras y hierbateras.

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,<sup>8</sup> 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 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, consideró que los medicamentos recetados y vendidos en forma directa por los médicos particulares en el consultorio, o indirecta en las farmacias, tienen más eficacia que los que les recetan, 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, además, 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. Además, algunos médicos obtienen sus mayores ganancias de la venta de medicinas, y no del precio de la consulta. En todo este proceso hay una trayectoria ocupacional de los médicos, según la cual estos profesionales tratan de trabajar inicialmente en el Centro de Salud para a partir del mismo formar su clientela privada utilizando los procesos señalados: me-

<sup>8</sup> El médico con mayor demanda de consulta hacía cuarenta años que residía en Ticul.

nor tiempo de espera, mayor tiempo de consulta, así como criticando las medicinas del Centro que él mismo receta comparándolas negativamente con las que receta privadamente. Cuando éste médico deja de trabajar en el Centro de Salud, y se independiza como médico privado, pasa también a hablar mal de la atención que se da en el Centro de Salud, y no solo de los medicamentos.

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.

De ahí que la población de Ticul, inclusive la más pobre, considere que la buena medicina debe ser pagada y que lo gratuito o de menor costo es de mala calidad o de calidad inferior. Que al Centro de Salud solo 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 solo la expansión y hegemonía de la biomedicina en términos de saberes médicos, sino de su expansión en términos de «cosmovisiones» mercantilistas referidas no solo al precio y la ganancia, sino a la calidad de un producto o de un servicio. Así como también expresan la situación del sujeto en términos de clase social y/o de pertenencia étnica. No solo 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 conocen y critican el mercantilismo médico, pero que lo reproducen no tanto a través de sus críticas verbales sino de sus comportamientos.

La expansión de lo «privado» a través de la biomedicina, sería por lo tanto parte de la expansión de la «cosmovisión» capitalista, y se evidenciaría en que en lengua maya el concepto de «privado» es ambiguo, y que la población necesita utilizar palabras en español como «medicina particular», en una comunidad donde el 95% de la población habla y/o entiende



maya.<sup>9</sup> Pero además, el dominio creciente de representaciones y prácticas biomédicas cuestiona la hegemonía de una cosmovisión exclusivamente mesoamericana, por lo menos respecto de los procesos de SEAP.

*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 solo 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 consultados 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 por las siguientes razones: *a*) porque el personal médico no está capacitado, ya que quienes atienden todavía no son médicos, sino pasantes; *b*) por 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). 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 profesio-

9 Según M. A. GÜEMEZ (2005), antropólogo médico yucateco con gran dominio de la lengua maya, no existe en maya un concepto claro que refiera a «propiedad». Solo existen las palabras *int'ial*, *atia'al* y *utia'al*, que indican que algo es «mío», «tuyo» o «suyo».

nales 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 solo refiere estas críticas a la medicina oficial; mientras que respecto de la medicina privada las principales críticas son 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» no opera o por lo menos no es decisiva en los comportamientos que los ticuleños tienen respecto de la mayoría de los procesos de SEAP. Más aún, no aparece incompatible —como pretenden gran parte de los analistas— con la «cosmovisión» biomédica, lo cual, sobre todo, se expresa en que no solo la población sino los curadores tradicionales de todo tipo, incluidos los *h'men*, utilizan cada vez más fármacos. 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, cuestionaba en los 70 y sigue cuestionando en la actualidad, los enfoques antropológicos que estudiaban y siguen estudiando a los grupos étnicos como si solo utilizaran medicina tradicional, pese a que autores como REDFIELD (1941) habían evidenciado etnográficamente desde la década de los 30 muchos 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 solo 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 tuvieron 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, sin tomar en cuenta 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 SEAP 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 conduce 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 y siguen tendiendo a imponer a la realidad los presupuestos teóricos e ideológicos que manejaban y manejan, los estudiosos de las cosmovisiones.

Esta tendencia 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 solo como construcciones metodológicas, ya que comencé a observar que si los aplicaba como tipos me conducían a cosificar las realidades estudiadas.

La antropología alemana, y en menor medida la italiana, dentro de la cual en gran parte 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 solo históricos sino ideológicos.<sup>10</sup>

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 solo 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 concepto 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 solo de España, Italia, Alemania, Francia, Grecia, Polonia, Turquía, Irlanda, Siria, Líbano, sino de Calabria o Piamonte, de Catalunya 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 solo visiones esencialistas, sino a eliminar los conflictos y contradicciones que operan al interior de esas cosmovisiones, ya que se pretende una homogeneidad inexistente en términos sociales.

10 No debemos olvidar que Paul Kirchoff, uno de los creadores e impulsores del concepto de cosmovisión mesoamericana en México, se formó dentro de estas tradiciones disciplinarias. Pero tampoco debemos olvidar que varios de los más importantes representantes de esta escuela, como José Imbelloni u Osvaldo Menghin adhirieron a las concepciones y gobiernos fascistas en Italia y nazis en Austria y Alemania, durante los treinta y cuarenta del pasado siglo.

Lo señalado no niega que 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 solo mesoamericanos sino sobre todo generados durante la situación colonial y el periodo «independiente», 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 real de la medicina tradicional que usaban los sujetos y grupos y no solo la que memorizaban los informantes; y segundo, salvo excepción, no describían el creciente uso de 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 y no indígena, no solo respecto 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 solo 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 aparecían casi nunca datos epidemiológicos, de tal manera que podíamos llegar a saber el número de parteras empíricas, pero no cuantos niños y madres habían muerto en el embarazo, en el trabajo de parto o en el puerperio. Más aún, podíamos encontrar descripciones, a veces muy sutiles, del susto o del mal de ojo, pero sin tener información sobre cuantos sujetos se habían muerto por dichas enfermedades, en poblaciones caracterizadas por

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, pero no la mortalidad; es decir, les preocupa la muerte como eje de rituales colectivos y cosmovisiones, 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 SEAP sin la menor referencia a las enfermedades alopáticas, y a los tratamientos biomédicos, pese a que, como en Ticul y Pustunich, sean ya parte de los usos y costumbres, y obviamente de los sufrimientos de sus habitantes. 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 puede 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 (MENÉNDEZ, 1991). Es como si la necesaria crítica a la medicalización y fabricación biomédica de la enfermedad, condujera a excluir no solo toda enfermedad alopática, sino los padecimientos considerados estigmatizantes, pese a que más allá de la estigmatización, dichos padecimientos y sufrimientos existan en los sujetos y grupos.

Los autores que manejan exclusivamente los aspectos tradicionales de los procesos de SEAP como parte de cosmovisiones, suelen hacerlo no solo 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, y menos cómo dichos procesos históricos afectaron 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 SEAP 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 sujetos que colonizaron Yucatán, así como los criollos, se enfermaban, por lo menos entre los siglos *xvi* y *xix*, de muchas de las enfermedades «tradicionales» que padecían los indígenas, 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 incluían 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 y no 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 solo tenían similares enfermedades «tradicionales» sino que las explicaban y trataban a través de la relación entre lo frío y lo caliente. Por lo cual llegados aquí, y más allá de señalar que pareciera que habría sociedades y sujetos que podemos analizarlos en términos de cosmovisión, mientras que otros 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 SEAP, nos sirven para algo o no. Y me parece que no, por lo menos para lo que a mí me interesa conocer y entender en el caso de Yucatán, ya que para ello sería necesario observar la cosmovisión mesoamericana en términos de la vida cotidiana actual de los yucatecos, y por supuesto de los mayas chiapanecos y guatemaltecos.

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 como discusión académica, 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 —o más o menos 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 y/o de los líderes políticos sean o no etnicistas, pero mucho menos con los procesos y problemas de la vida cotidiana de los sujetos y grupos subalternos, y con la posibilidad no solo de entenderlos, sino de contribuir a reducir sus problemas de SEAP.

Considero que una parte de la Antropología de los 60, 70 y 80 manejaba concepciones más tradicionales que las de las comunidades que estudiaba, por lo menos respecto de los procesos de SEAP. Dominando una concepción empeñada en negar la historia o por lo menos los cambios en los procesos de SEAP; 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; observamos que 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 tanto en términos subjetivos como objetivos.

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 análisis extensamente en este libro. Reconociendo, no obstante, que una serie de antropólogos cuestionaron esta tendencia; y así, por ejemplo, uno de los mejores conocedores de la medicina tradicional mexicana, y me refiero a G. FOSTER (1978), enumeró 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 desarrolló desde finales de los 70, y especialmente durante los 80 y 90, otra corriente intencionalmente ideológica que asumirá la cosmovisión de la «civilización» mesoamericana, de la andina, y la de los otros grupos nativos como un instrumento de rehabilitación y empoderamiento de los pueblos originarios, y que también negará, por lo menos, ciertos 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 consumen por lo menos los animales, y solo el 10 % de la población tiene que ver con la producción agrícola, y cada vez menos con la producción maicera como lo documentamos en este texto para Yucatán; 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 a partir de un pasado frecuentemente mitificado, pero ignorando los nuevos usos y costumbres que se pueden ir convirtiendo en nuevas cosmovisiones. 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 solo 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. 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, 2009a, 2009b). Y aclaro que no cuestiono la promoción de la educación bilingüe en términos de proyectos de rehabilitación y empoderamiento sociocultural, sino que considero que los que la impulsan debieran tomar en cuenta el punto de vista no solo 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 indí-

genas, y que, como en el caso de los procesos de SEAP, pueden concluir no solo en fracaso sino en consecuencias paradójicas 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 (2010), 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. Y señalo esto, porque 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 conocían la lengua maya, y sin embargo las críticas de la población 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.

Ahora bien, el hecho de que por lo menos una parte del personal de salud oficial y privado conocieran la lengua maya, no significa que la usaran en su trabajo; lo cual no cuestiona lo señalado, sino que nos lleva a interrogarnos ¿por qué la población no solicitó o exigió ser atendida en su lengua original por personal de salud que la maneja? Y aquí nuevamente tenemos que referir estos procesos al papel articulado de las relaciones de hegemonía/subalternidad y de coerción que dominan en las relaciones que los sectores sociales subalternos establecen con las instituciones de salud.

Inclusive observamos que, pese al 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 solo hablaba maya, sino que reconocía la existencia de enfermedades tradicionales, e inclusive «derivaba» en algunas circunstancias pacientes a curadores tradicionales. Por lo tanto, posiblemente, el bilingüismo puede haber funcionado como un mecanismo más, que evidencie y legitime las relaciones de hegemonía /subalternidad dominantes.

Pero otro aspecto central a preguntarnos es ¿qué lengua maya utilizan el personal de salud, la población, los curadores tradicionales e inclusive los *h'men*? 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 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 alcoholi-

zación. Me refero, 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 planteé observar las vacunaciones como posibles rituales, o pensar ciertos comportamientos —siguiendo a Goffman— como rituales de relación, como el ya 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 las comunidades de Ticul y de Pustunich, así como también el papel que tiene la dimensión ideológica en la orientación de dichas relaciones. De allí que ahora retomaré parte del material analizado para reinterpretarlo en términos de las relaciones de hegemonía/subalternidad/contrahegemonía que se dan básicamente entre sectores biomédicos, curadores tradicionales y conjuntos sociales, asumiendo que la mayoría de la población yucateca no solo 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 evidencian 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 como ya vimos, la población actual 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 comparados 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 solo se utilizan para «curar» enfermedades alopáticas, sino cada vez más para tratar 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 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 más intensivo y generalizado 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 general y etarias, tal como referimos antes. Y esto la población y los curadores lo saben, aunque parece que los antropólogos no. En Ticul, en Pustunich y en otras comunidades de Yucatán, y de otros estados, la gente reconoce que «antes» la gente y sobre todo los niños morían mucho más que en la actualidad. Y más allá de discutir sobre si la biomedicina sea o no la principal causa de este descenso (ΜΣΚΩΕΟΝ, 1976), la población lo vive así. Por supuesto que junto con los fármacos la población sigue consumiendo plantas medicinales y alimentarias, inclusive la chaya, aunque el estereotipo dominante a finales de los 70 era que esta planta solo 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 y en forma indirecta, 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 (GÜEMEZ, 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 utilizar inclusive elementos de coerción, como es el caso de la planificación familiar que impuso como principal méto-

do 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 la mismas cumplían no solo 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, como lo hemos evidenciado en este y en otros textos (MENÉNDEZ, 2006a, 2006b).

En el caso de los curadores tradicionales, como ya señalé, salvo las parteras empíricas que siguen teniendo funciones subordinadas al Sector Salud, todos los demás 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 *h'men*. Si bien a finales de los 70 ya había disminuido su número, en la actualidad casi han desaparecido, pero la reducción del número de *h'men* implica la desaparición del principal operador de rituales mayas tanto para las sanaciones de enfermedades consideradas más graves, como para los rituales agrarios. El *h'men* era quien —según los especialistas— 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 se han ido reduciendo, 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 organizados

por el Sector Salud o por ONGs; tanta que parecen darle más importancia a los diplomas que a lo que aprendieron en dichos talleres y cursos. Pero estos usos no solo 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 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 con el Sector Salud, ya que las organizaciones que surgieron a finales de los 80 y sobre todo durante los 90 en Yucatán (GÜEMEZ, 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 o impulsadas por los curadores tradicionales ni por los grupos étnicos. De tal manera que cuando por razones político-económicas dicho apoyó 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) sigue funcionando, o lo hacen de manera precaria, y casi sin demanda de atención (MENÉNDEZ, 2016). 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 por 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, fueron reduciendo sus luchas a reivindicaciones sindicales particulares, o a la constitución de burocracias explotadoras 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. Ahora bien, subsistir, y a veces mejorar sus condiciones de vida, ha sido difícil para la mayoría, ya que los últimos registros oficiales indican que el 70 % de la población indígena vive en situación de pobreza o indigencia.

No obstante, no cabe duda que el campesinado indígena ha desarrollado estrategias propias de vida, pero la mayoría basada 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 SEAP, especialmente en el caso de la apropiación de los fármacos; y además sin importarle mucho -por lo menos en sus prácticas- 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 supervivencia ocupacional 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, y sobre todo las mujeres reconocen la existencia y papel de los «bichos» (virus, bacterias) en la transmisión de enfermedades. Este es un proceso que se ha ido constituyendo en la población, y especialmente las mujeres tienen un esquema epidemiológico respecto de las enfermedades tradicionales y alopáticas que afectan a su familia; y han ido identificando una serie de síntomas básicos a través de los cuales diagnosticar las principales y diferentes enfermedades que amenazan especialmente la salud de sus hijos, pero a partir de un número reducido de síntomas que posibilita no solo 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 solo 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 aprendieron del personal biomédico. Ellos curan tanto enfermedades alopáticas como tradicionales, y una parte de estos curadores ha instalado farmacias por lo menos en ciertas comunidades indígenas (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, 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 de dicho proceso,<sup>11</sup> 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 solo de las representaciones sociales, sino sobre todo de las prácticas. Pero además, la autoatención 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 su identidad, pertenencias y cosmovisiones culturales. Lo cual tal vez puede llegar a ocurrir, pero que no detectamos en Yucatán, ni 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 cinco dimensiones (económica, política, ideológica, cultural y referida a los procesos de SEAP), para concluir que pese a que las clases subalternas no solo 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

11 En trabajadores zapateros y alfareros se detectaron saberes de autoatención de sus padecimientos ocupacionales.

situación individual y grupal. Y es a través de este proceso que vemos jugar la hegemonía/subalternidad, y las transacciones sociales.

Ahora bien, considero que la inclusión de la dimensión ideológica, si bien emerge en múltiples procesos, como acabamos de ver, sin embargo, está —como ya lo indiqué— 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 dichas transacciones, ya 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 sostener permanentemente su superioridad y eficacia técnica y científica comparada con los saberes tradicionales, y una parte de los saberes médicos será asumido cada vez más como propio por los sectores subalternos. Más aun, a través de los saberes médicos no solo se difunden productos y capacidades técnicas más eficaces, sino que se generan constantemente valoraciones de superioridad cultural, de que lo privado es lo mejor, de que lo máspreciado viene de fuera de las comunidades. Lo cual opera no tanto mediante la coerción o las propagandas públicas, sino básicamente a través de los hechos que los sujetos y la comunidad viven cotidianamente, cuando por ejemplo, los sujetos se enferman y atienden su enfermedad. Es decir, la población va asumiendo la hegemonía biomédica 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; siendo desde esta situacionalidad —como ya lo señalamos— que considera la salud como un problema secundario, y no porque no le preocupe la salud, sino porque la pobreza y los medios con que cuentan reduce la posibilidad de enfrentar exitosamente la enfermedad, la desnutrición y la muerte. Generando, como lo analiza y propone DE MARTINO (1948, 1961, 1975), explicaciones y prácticas que les permiten convivir con dichas muertes pero sin modificar estructuralmente la situación de riesgo en que viven.

Y es a partir de una cosmovisión —o más precisamente «saberes»— que justificaban las altas tasas de mortalidad, que la biomedicina comienza a ser apropiada por estos sectores sociales subalternos. Y es esta biomedicina, la que según la experiencia de los grupos subalternos reduce la mortalidad, 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 solo 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 venden no solo cajas de antibióticos o de antidiarreicos, sino tabletas individuales de dichos fármacos lo cual implica de entrada que la persona no cumplirá con el tratamiento. Pero, y es lo que me interesa subrayar, dicha persona compra un producto que *sabe* puede llegar a curar su padecimiento, más allá de que ella pueda o no comprar más tabletas de antibióticos, dadas sus limitaciones económicas.

La biomedicina genera no solo 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 pero también más eficaz de la expansión hegemónica.

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 hegemónicas y de coerción 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 equi-

valentes al rol que el velo tenía para Fanon,<sup>12</sup> y menos aún el surgimiento de nuevas hegemonías. Y si bien emergen las desconfianzas y envidias en forma reiterada, las mismas favorecen los procesos de autoexplotación y de dominación indirecta, y no los contrahegemónicos.<sup>13</sup>

Y esta conclusión, por más que surge reiteradamente en *Poder, estratificación y salud*, sin embargo, no está dicha expresamente en mi libro, posiblemente porque no solo no quería, sino que en ese momento no podía escribirlo.

Coyoacán (México DF), noviembre de 2017.

12 Durante los años setenta 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.

13 Durante el lapso analizado, pero tampoco ulteriormente, pude detectar en el campesinado maya yucateco los procesos de empoderamiento político e ideológico que se dieron entre los pueblos originarios en países como Bolivia y Ecuador a partir de la década de los 70', y sobre todo durante los 80', 90' y primeros años del 2000. Considero que nuestro análisis explica en gran medida porque en Yucatán, pese a contar con el mayor porcentaje de población indígena, no se dieron procesos similares.

*Bibliografía citada*

- BASTIDE, Roger (1967). *Sociología de las enfermedades mentales*. México: Siglo XXI Editores.
- BECKER, Ernest (1969) «La psicología de Mills y la gran conversión histórica en el problema de la alienación». En HOROWITZ, Irving L. (comp.) (1969). *La nueva sociología. Ensayos en honor de Claude. Wright Mills*, Vol. 2. Buenos Aires: Amorrortu.
- COMELLES, Josep M. (2004) «El regreso de las culturas. Diversidad cultural y práctica médica en el siglo XXI». En FERNÁNDEZ JUÁREZ, Gerardo (coord.) (2004) *Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas abtropológicas*. Quito: ABYA-YALA.
- CORTÉZ, Renata (2015) *Muertes en niños de cinco años: desigualdad étnica, económica y de género como condicionantes de la autoatención entre familias zoques de Ocotepac, Chiapas*. Tesis de Doctorado en Antropología Social. México: CIESAS.
- DE MARTINO, Ernesto (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, Georges (1937) Institutionalized homosexuality on the Mohave Indians. *Human Biology*, 9: 498-527.
- (1977) *De la ansiedad al método en las ciencias del comportamiento*. México: Siglo XXI.
- DURKHEIM, Emile (1974) *El suicidio*. México: UNAM.
- ERASMUS, Charles (1963) *El hombre asume el control*. Buenos Aires: Omeba.
- FANON, Frantz (1962) *Los condenados de la tierra*. México: Fondo de Cultura Económica.
- (1968) *Sociología de la revolución*. México: ERA.
- FOSTER, George (1978) «Prólogo». En VELIMIROVIC, Boris (1978) *La medicina moderna y la antropología médica en la población fronteriza mexicano/estadounidense*. Washington D.C.: OPS, Publicación científica N° 350
- GOFFMAN, Erving (1981) *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. Buenos Aires: Amorrortu.

- GÜEMEZ, Miguel A. (2005) «Entre la duda y la esperanza: la situación actual de la organización de Médicos Indígenas Mayas de la península de Yucatán». *Temas Antropológicos*, 27(1-2): 31-66.
- GUZMAN, Violeta (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.
- HARO, Jesús A. (2011) *Epidemiología sociocultural. Un diálogo en torno a su sentido, métodos y alcances*. Buenos Aires: Lugar Editorial-El Colegio de Sonora.
- MARTÍNEZ, Carmen (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 BRETÓN, Víctor *et alii* (eds.) (2007) *Ciudadanía y Exclusión: Ecuador y España frente al Espejo*. Madrid: Catarata, 182-203.
- MARTÍNEZ, Carmen (2009a) «Introducción». En MARTÍNEZ, Carmen (comp.) (2009), *Repensando los movimientos indígenas*. Quito: FLACSO.
- (2009b) «La crisis del proyecto cultural del movimiento indígena». En MARTÍNEZ, Carmen (comp.) (2009) *Repensando los movimientos indígenas*. Quito: FLACSO.
- MENÉNDEZ, Eduardo L. (1978) «El modelo médico y la salud de los trabajadores». En BASAGLIA, Franco *et alii* (1978) *La salud de los trabajadores. Aportes para una política de la salud*. México: Editorial Nueva Imagen.
- (1979) *Cura y Control. La apropiación de lo social por la práctica psiquiátrica*. México, D.F.: Editorial Nueva Imagen.
- (1981) *Hacia la hegemonía médica: formas de atención de la enfermedad en una comunidad yucateca*. México, Ms.
- (1990) *Antropología Médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*. México, D.F.: CIESAS.
- (2002). *La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencias y racismo*. Barcelona: Edicions Bellaterra.
- (2006a) «Las múltiples trayectorias de la participación social». En MENÉNDEZ y SPINELLI (2006) (coords.) *Participación social ¿Para qué?* Buenos Aires: Lugar Editorial.

- MENÉNDEZ, Eduardo L. (2006b) «La participación social en salud: las representaciones y las prácticas». En MENÉNDEZ y SPINELLI (coords.) (2006) *Participación social ¿Para qué?* Buenos Aires: Lugar Editorial.
- (2009) «De racismos, esterilizaciones y algunos otros olvidos de la antropología y la epidemiología mexicanas». *Salud Colectiva*, 5 (2): 155-180.
- (2016) «Salud intercultural: propuestas, acciones y fracasos». *Ciencia & Saude Coletiva*, 21 (1): 109-118. MENÉNDEZ, Eduardo L. (1978) *Diagnóstico de salud del Estado de Yucatán*. México, D.F.: Escuela de Salud Pública de México.
- (1982) *Medios de comunicación masiva, reproducción familiar y formas de medicina «popular»*. México, D.F.: CIESAS.
- (1991) *Antropología del alcoholismo en México. Los límites culturales de la economía política 1930-1979*. México, D.F.: CIESAS.
- MENÉNDEZ, Eduardo L. y DI PARDO, Renée B. (1996) *De algunos alcoholismos y algunos saberes. Atención primaria y proceso de alcoholización*. México, D.F.: CIESAS
- MENÉNDEZ, Eduardo L. y MICELI, María (1977) *Diagnóstico del municipio de Ticul, Yucatán*. México, D.F.: Escuela de Salud Pública de México
- MENÉNDEZ, Eduardo L. y RAMÍREZ, Martha (1980) *Producción social y reproducción ideológica de los procesos de salud/enfermedad en una comunidad yucateca*. México, Ms.
- PRESS, Irwing (1975) *Tradition/adaptation. Life in a modern Yucatan maya village*. Connecticut: Greenwood.
- RAMÍREZ, Martha (1980) *Dinámica y conceptos sobre enfermedad y salud en Ticul, Yucatán*. Tesis de Licenciatura en Antropología Social. México: ENAH.
- REDFIELD, Robert (1941) *Yucatán, una cultura en transición*. México, D.F.: Fondo de Cultura Económica.
- SHATTUCK, George et alii (1933) *The Peninsula of Yucatan. Medical, biological, meteorological and sociological studies*. Washington D. C.: Carnegie Institute, Publication 431.
- STERN, Bernard. (1941) *Society and medical progress*. Princeton N. J.: Princeton University Press.



## INTRODUCCIÓN<sup>1</sup>

Este libro es el primero de dos trabajos complementarios que entre 1977 y 1980 produjo un equipo de personas como parte del programa de investigación en el campo de la antropología médica que se lleva a cabo en el Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS) bajo la dirección de Ricardo Loewe y Eduardo L. Menéndez. Este programa es, además, producto de un acuerdo institucional entre la institución nombrada y la Escuela de Salud Pública de la Secretaría de Salubridad y Asistencia de México.

El programa de Antropología Médica inició con dos proyectos de investigación que implicaron inicialmente un trabajo de seminario en el que se desarrolló una doble tarea: por una parte, intentar formar en el campo de la antropología médica a personas dedicadas a la antropología social y que estaban en diferentes niveles de su formación profesional. Las personas que constituyeron este grupo inicial fueron Miguel A. González, Violeta Guzmán, Martha Ramírez y Yolanda Sasoon, que en general tenían una escasa preparación específica. Y la segunda tarea, fue diseñar un marco teórico común y sendos proyectos de investigación que se llevarían a cabo en Zacapu y Canoas en el estado de Michoacán, y en Ticul y Pustunich, en el estado de Yucatán. Durante el desarrollo del seminario, la formulación del marco teórico, el trabajo de campo y la etapa de análisis de los materiales obtenidos, se generó una intensa tarea de grupo, que en la práctica condujo a producir textos con identidad propia tanto para Michoacán como para Yucatán.

1 Este texto reproduce en gran medida el texto original, aun cuando se eliminan ciertas reiteraciones, se precisan algunos conceptos, descripciones y análisis, y se clarifican —o eso espero— la mayoría de las interpretaciones centrales. Considero, además, que se ha mejorado notablemente la redacción, dado que en el texto original existían párrafos difíciles de entender, no tanto por la complejidad del problema analizado, sino por la falta de claridad y precisión con que están redactados.

En el caso de Yucatán, el proyecto fue llevado a cabo por E. L. Menéndez, M. Ramírez y V. Guzmán, y consta de dos partes; una que corresponde a este libro, y en la cual se realizó una descripción y análisis de la estructura social, económico/política e ideológico/cultural de Yucatán así como un análisis demográfico, epidemiológico y de los servicios de salud de dicho estado entre 1900 y 1977/78, buscando establecer correlaciones y vinculaciones entre estas estructuras y los procesos de salud/enfermedad/atención-prevención dominantes en ese estado. Esta parte fue realizada básicamente por E. L. Menéndez, aun cuando se incluyen algunos materiales trabajados tanto por M. Ramírez como, sobre todo, por un equipo de la Escuela de Salud Pública. La segunda parte, basándose en los fundamentos teóricos y empíricos establecidos en este texto, intentó describir y analizar la estructura económica/política, ideológica y los procesos de salud/enfermedad/atención-prevención en el municipio de Ticul, para correlacionarlos con lo encontrado a nivel del estado de Yucatán, tratando de observar a nivel meso y microsociológico lo que habíamos documentado a nivel general.

El trabajo sobre Yucatán partió de algunos supuestos teóricos y de varios objetivos, entre los cuales están los siguientes: *a*) reconocer la importancia estructural de los procesos de salud/enfermedad/atención-prevención (de ahora en adelante proceso de *s/e/a-p*) no solo en sí, sino para entender los procesos de reproducción biológica y social, así como para explicar procesos económico/políticos e ideológico/culturales centrales a toda sociedad; *b*) establecer la importancia que para la comprensión de los procesos de *s/e/a-p* tienen los procesos ideológicos, y no solo los culturales, inclusive para los grupos étnicos; *c*) discutir críticamente las corrientes antropológicas desarrolladas en América Latina, y especialmente en México, para estudiar los procesos de *s/e/a-p*, dado que las consideramos limitadas e incorrectas en términos teóricos, y frecuentemente sesgadas en términos ideológicos; y *d*) contribuir al análisis del papel de la biomedicina, de la medicina tradicional y de la autoatención para explicar la constante expansión de la primera, y la persistencia estructural de la última.

El proyecto sobre Yucatán utilizó una aproximación diacrónica y sincrónica a través de la cual observar el procesamiento conjunto de la estructura económico/política, ideológico/cultural y de los procesos de *s/e/a-p* yucatecos, buscando primero demostrar en la larga —o por lo menos mediana— duración histórica el proceso de constante articulación y rearticulación entre las estructuras y procesos señalados, cuestionando las

limitaciones de los enfoques dominantes en salud pública que manejan los indicadores básicos (mortalidades, morbilidades, número de consultas, etc.) a través de una corta serie histórica de entre cinco y diez años, ignorando como se fueron generando realmente no solo los descensos o incrementos de la mortalidad general o la esperanza de vida, sino también la existencia o no de oposiciones y resistencias populares a las intervenciones biomédicas. Pero, además, esta aproximación posibilitó cuestionar gran parte de la producción antropológica, en la cual domina una historia arqueologizante que busca en el presente un pasado más o menos conjetural y mitificado, relegando o directamente desconociendo los procesos de cambio que se estaban dando en dicho presente, por lo menos respecto de los procesos de *s/e/a-p*.

Si bien damos una importancia especial a la reconstrucción histórica de los procesos económico/políticos y de los procesos de *s/e/a-p* en forma articulada, para observar las mutuas influencias que operan entre los mismos; debemos reconocer que nuestro trabajo, y lo señalarnos explícitamente, es al respecto bastante deficitario, pero no obstante consideramos que a nivel teórico era importante intentar desarrollar diacrónicamente estas relaciones, pese a las limitaciones del resultado final. Más aún, este estudio evidenció que la descripción etnográfica e histórica conjunta de los procesos produce en gran medida la explicación de los mismos. Esta investigación, que implicó la revisión de gran parte de la bibliografía realizada sobre procesos de *s/e/a-p* en comunidades indígenas mexicanas y en menor medida latinoamericanas, nos permitió observar la escasa importancia que los procesos de *s/e/a-p* —salvo los referidos a la denominada medicina tradicional— han tenido para la antropología social latinoamericana, pese a que la industria químico/farmacéutica ha penetrado ya gran parte de los grupos étnicos, incluidos los curadores tradicionales; y pese a que a través de la enfermedad y la mortalidad podemos observar con mayor transparencia y crueldad las desigualdades, marginalidades, estigmatizaciones a que han sido sometidos los grupos indígenas, de tal manera que las ciencias sociales se han caracterizado por ignorar o relegar a un segundo plano estas problemáticas.

En el caso especial de la antropología social, áreas enteras de problemas tanto teóricos como prácticos han quedado vacías de trabajo antropológico, por lo menos en México. Sin embargo, ¿cómo puede realizarse un análisis integral de la productividad económica, de la organización social, de la estructura familiar o de las relaciones de poder que observamos —

digamos— en el campesinado yucateco, sin describir, analizar y articular la problemática de la muerte, la incidencia permanente de la enfermedad, la «miseria biológica y psicológica» como diría E. De Martino (1975). Y si bien existe un reconocimiento de esta relación, e inclusive a nivel teórico e ideológico se la considera decisiva para entender la vida y alternativas de vida de los sectores sociales subalternos; sin embargo, no hay una producción acorde con dicho reconocimiento. De allí que otro de nuestros interrogantes es ¿Cómo es posible que la producción antropológica sobre la problemática del hambre en los países Latinoamericanos sea tan reducida? ¿cómo es posible que carezcamos de análisis de las relaciones entre el hambre y las rebeliones primitivas, o entre el proceso de explotación y de autoexplotación a que son sometidos los pueblos indígenas en América Latina y las altas tasas de mortalidad que padecen? (BONFILL, 1962).

Si se revisa la bibliografía producida por la antropología médica latinoamericana, se observa que no existen prácticamente estudios sobre las instituciones médicas, salvo las referencias al rechazo de los pueblos hacia dichas instituciones; pero nada sobre hospitales, centros de salud, y menos aún sobre el Sector Salud. La problemática de la enfermedad mental parece ser un capítulo de un manual de brujería, pero para nada un objeto con autonomía relativa y con formulaciones teóricas más o menos responsables; la enfermedad, cuando es analizada, está casi únicamente reducida a las «enfermedades tradicionales», y el sujeto de estudio casi siempre deja de serlo cuando el sujeto histórico deja de ser campesino indígena o a lo más marginal, y se convierte en «mestizo». Señalemos que esto ocurre sobre todo en Latinoamérica, ya que por ejemplo en la antropología producida en y para los Estados Unidos, la cuestión es radicalmente distinta, por lo menos en algunas de sus tendencias (MENÉNDEZ, 1975).

Como ya señalé, nuestro enfoque —sin dejar de lado lo cultural— le da una importancia especial a los procesos ideológicos, ya que consideramos que para la comprensión de los procesos de *s/e/a-p* es imposible explicar ciertos procesos, como por ejemplo la creciente demanda de biomedicina en medios rurales indígenas o la existencia o no de movilizaciones sociales ante situaciones de hambre, si no se incluye y articula la dimensión ideológica con los procesos sociales y económico/políticos. Tanto desde la perspectiva del análisis institucional, como desde la de los modelos de atención, como desde los saberes de los conjuntos poblacionales, y no solo referidos a los procesos de *s/e/a-p*, la dimensión ideológica aparece como decisiva para nosotros.

Como intentamos demostrar en el capítulo IV, una de las paradojas en el uso de las dimensiones ideológicas y culturales, reside en que mientras las antropologías de tendencia culturalista, funcionalista y estructuralista han focalizado en lo cultural gran parte de su producción, observamos que los enfoques marxistas —salvo la producción gramsciana— han ignorado radicalmente lo cultural y especialmente lo ideológico, o han colocado casi exclusivamente sus intereses en el poder, en los aparatos ideológicos de estado, pero no en los saberes ideológicos populares. Y esto hasta el punto de casi no existir en antropología y sobre todo en el área de la antropología médica —pero tampoco en medicina social—, producción marxista preocupada por la dimensión ideológica que opera en los sectores sociales subalternos. Esta situación particular de la teoría antropológica, tratará de ser analizada en forma prioritaria durante este trabajo.

Además, me interesa señalar que nuestro enfoque no solo incluye las dimensiones sincrónica y diacrónica, sino el trabajo en diferentes niveles de análisis desde una pequeña comunidad como Pustunich, pasando por una mediana ciudad como Ticul, hasta el estado yucateco, pero focalizando en este texto básicamente el tercer nivel, aun cuando incluimos con cierta persistencia información sobre Ticul. Si bien, en otros textos, se describen y analizan las características estructurales, incluidos los procesos de *s/e/a-p* a nivel de las dos citadas comunidades, considero que los mismos son ininteligibles, o escasamente inteligibles, si no son referidos a la estructura global que los condiciona. Esto no significa desconocer que en Ticul y Pustunich se generan y desarrollan procesos propios que requieren ser descritos y analizados específicamente; pero los mismos no solo terminan de ser explicadas cuando las relacionamos con los procesos generales que operan a nivel del estado, sino que además los materiales referidos a Pustunich y sobre todo a Ticul, nos permiten comprender mejor los procesos que operan a nivel estatal, como le veremos reiteradamente en este texto. Considero que el análisis general nos permite comprender lo local, pero que lo local también posibilita profundizar la explicación de lo general; más aún considero que la oposición macrosociológica/microantropológica constituye una falsa opción cuyos extremos «teóricos» han sido el economicismo de la primera y el culturalismo de la segunda.

Un penúltimo aspecto a señalar es que nuestro trabajo intenta ser crítico y criticable; que muchos de los supuestos y objetivos planteados tanto para Yucatán como para Ticul y Pustunich no pudieron ser demostrados; y que algunos objetivos básicos, como el referido a la inclusión, descrip-

ción y articulación de los procesos ideológicos, solo se realizaron parcialmente. Pero, dado que considero que este estudio constituye el inicio de un programa que supone la realización de otras investigaciones similares, espero que en el futuro podremos profundizar estas problemáticas.

Para finalizar esta introducción, quiero señalar que además de las personas citadas al principio, hay dos grupos que han intervenido en forma importante en la realización de este trabajo. Uno lo constituye un equipo de la Escuela de Salud Pública de México que bajo mi asesoría recolectó y procesó una parte del material que describimos y analizamos en los capítulos II y III, referidos al período 1973-1978 (ESCUELA DE SALUD PÚBLICA, 1978)<sup>2</sup>, mientras el otro «grupo» es el conjunto de la población yucateca, y en particular las autoridades del sector salud, cuya hospitalidad constituyó una reiterada sorpresa cotidiana.

2 Las personas que integraron dicho equipo fueron G. Castillo, A. Chacón, F. Dávila, A. López, V. Jiménez, M. C. Juárez, A. Martínez, J. C. Más, R. I. Pazmiño, S. Reyes, J. H. Vargas y Z. Villegas.

## CAPÍTULO I

### ESTRUCTURA SOCIAL DE YUCATÁN: 1900-1978

En este primer capítulo trataré de dar un panorama esquemático del desarrollo demográfico, económico, político e ideológico de Yucatán entre finales del siglo XIX y 1978; este panorama se hará en gran medida a partir de información secundaria constituyendo una síntesis personal de materiales ya elaborados y de materiales estadísticos. Si bien la cantidad y calidad de la información presenta deficiencias, en algunos casos notables; no obstante considero que las mismas no son demasiado significativas para nuestros objetivos. Aclaro, además, que en todos los apartados incluimos información que surgió de nuestro trabajo de campo, y que trata de paliar dichas deficiencias.

Nuestro objetivo central es describir y analizar las condiciones y las transformaciones económico/políticas que observamos entre 1900 y 1978 y su relación con los procesos de s/e/a-p en el estado yucateco. Y para ello sucesivamente describiremos y analizaremos las dimensiones demográfica, económica, política e ideológica, a través del lapso señalado, aun cuando haremos referencia a procesos previos y concentraremos nuestro análisis en los procesos generados en la última década.

#### *El proceso demográfico*

La población de Yucatán, según los datos del último censo nacional era para 1970 de 758.355 habitantes, mientras que para la fecha en que se inició este estudio (1977), las cifras varían según sea la metodología empleada; y así, mientras el cálculo de proyección arroja una población de 910.000 habitantes, la Dirección General del Registro Civil del estado nos da una cifra de 986.487, lo cual era esperable dadas las tendencias en la reducción de la mortalidad y en el incremento de la natalidad en Yucatán.

De entrada, debemos señalar que esta disparidad en la información la volveremos a encontrar permanentemente, referida a la casi totalidad de las áreas de información, y sobre todo a las más estratégicas para nuestro trabajo, es decir las relacionadas tanto con mortalidad como con morbilidad, y los servicios de salud. Parte de la disparidad o de la carencia de información puede llegar a ser compensada, y a veces solucionada, debido a que nuestra confianza está depositada en los datos que consideramos más certeros, aun cuando los mismos sean casi exclusivamente cualitativos. Pero, además, necesitamos asumir que éstos son los únicos datos con que contamos para describir los procesos que estudiamos. Y por último, y lo considero fundamental, que por lo menos, algunas de las problemáticas a estudiar son de un tipo tal, que la limitación en la exactitud estadística de la información no modifica sustancialmente la comprensión de los procesos tanto económico/políticos como de salud/enfermedad que estudiamos en Yucatán.

Planteado lo cual, observamos que la población actual de Yucatán es resultado de un crecimiento menos acelerado que el de la República Mexicana en su conjunto, presentando fluctuaciones similares, aunque con algunas características diferenciales. Uno de los procesos diferenciales es la catástrofe demográfica generada por la guerra de castas durante el siglo XIX, ya que redujo la población de 575.363 a 274.906 habitantes

Durante el lapso analizado la tasa de crecimiento es mayor a nivel nacional, salvo entre 1910 y 1920, pero tanto para México como para nuestra entidad, el crecimiento ha sido constante a partir de mediados de la década de 1920, aunque en el caso de Yucatán dicho crecimiento ha sido cada vez menor en términos comparativos. Así, por ejemplo, mientras el índice de crecimiento ha sido calculado para la nación en 1970 en 3,6 %, para Yucatán solo ha sido de 2,59 %. Tanto a nivel nacional como yucateco este proceso de crecimiento puede ser explicado por la interrelación de diferentes factores, pero especialmente por la dinámica natalidad/mortalidad. A partir de datos demográficos, se ha observado que la tendencia de la natalidad se ha mantenido entre 1895 y 1930 tanto para el país como para la entidad, dentro de una tasa de aproximadamente 50 por 1.000; pero a partir de este período comienza a descender paulatinamente hasta llegar en 1970 a 43,5 por 1.000. Durante todo este lapso la natalidad en Yucatán se ha mantenido por encima de los valores nacionales, inclusive para el quinquenio 1971-1975, en el cual las tasas de natalidad fueron de 44,2 y 46,7 por 1.000 para la nación y Yucatán respectivamente.



**Cuadro 1. Población de Estados Unidos Mexicanos y Yucatán.  
1900-1978**

Estados Unidos Mexicanos				Yucatán		
Año	Población	Crecimiento Intercensal	Natural	Población	Crecimiento Intercensal	Natural
1900	13.607.259			309.632		
1910	15.160.369	11,41		339.613	9,6	
1920	14.334.780	-6		358.221	5,4	
1930	16.552.722	13,40		386.096	7,7	
1940	19.553.552	19,60	21,2	418.210	7,6	22,3
1950	25.791.017	27,00	29,4	516.899	19,09	28,6
1960	34.923.129	30,7	34,5	614.049	15,82	33,8
1970	48.225.238	34,1	34,2	758.355	25,11	34,6
1980	66.943.976			968.487		

Fuente: Dirección General de Estadística. Secretaría de Programación y Presupuesto, Censos S Rodríguez Losa, 1977. También se consultaron otras fuentes (Informes bancarios, etcétera) y la diferencia entre los datos llega a ser notable)

Si relacionamos estos datos con los de fecundidad, vemos que en México desde finales del siglo XIX casi no ha habido cambios; la tasa bruta de reproducción como la relación entre número de nacimientos y el de mujeres en edad fértil se mantienen constantes. Y lo mismo puede decirse para Yucatán, con leves modificaciones orientadas hacia una mayor tasa de fecundidad en la entidad<sup>3</sup>.

Si pasamos a analizar la mortalidad general, vemos que los cálculos más serios establecen para el período 1895-1910 una tasa nacional que

3 Justamente, el mantenimiento de altas tasas de fecundidad, y el leve descenso de la tasa de natalidad, iban a conducir al gobierno y al sector salud mexicano a emprender desde mediados de la década de 1970 una fuerte campaña de reducción de dichas tasas a través de la aplicación de diferentes medidas, y especialmente de la esterilización de mujeres. En el caso de Ticul, un médico era el responsable del programa, mientras en Pustunich el pasante de medicina tenía como principal objetivo la planificación familiar, lo cual no ocurría con ningún otro programa del Sector Salud. Justamente, el mantenimiento de altas tasas de fecundidad, y el leve descenso de la tasa de natalidad, iban a conducir al gobierno y al sector salud mexicano a emprender desde mediados de la década de 1970 una fuerte campaña de reducción de dichas tasas a través de la aplicación de diferentes medidas, y especialmente de la esterilización de mujeres. En el caso de Ticul, un médico era el responsable del programa, mientras en Pustunich el pasante de medicina tenía como principal objetivo la planificación familiar, lo cual no ocurría con ningún otro programa del Sector Salud.

varía entre 32,5 y 35,5 defunciones por 1.000 habitantes, mientras en Yucatán están alrededor de 35 por 1.000 habitantes. Si aceptamos que es a partir de la década de 1920 que comienzan a reducirse sensible, aunque discontinuadamente las tasas de mortalidad en México, vemos que para la nación este descenso se genera no solo más tempranamente, sino en forma más sostenida que en Yucatán, aun cuando en la década de 1930 el decremento será más notable en este estado, de tal manera que a partir de 1950 tendrá tasas similares a las de la nación. Analizando la serie histórica que va de 1922 a 1970, observamos que mientras el proceso de descenso de la mortalidad a nivel nacional se mantiene prácticamente sin oscilaciones profundas ni procesos reversibles, en el caso yucateco se generan fuertes oscilaciones dentro de una tendencia general al decremento. De esta serie histórica surge que entre 1922 y 1942 lo normal fue un proceso de fuertes oscilaciones en la mortalidad que alcanza su máxima expresión en 1935 (38 por mil), y que es a partir de esta fecha que se inicia un espectacular descenso que se mantiene hasta finales de la década, para luego ascender hasta 1942, fecha en la cual se inicia el decremento sostenido ya señalado que llega hasta la actualidad.

Asumiendo el déficit y los sesgos de esta información, lo que no puede negarse es la tendencia descendente de la mortalidad general, tanto a nivel nacional como provincial:

Todo lo anterior quiere decir que del incremento de la población de 1930 a 1970, el 50% corresponde al ritmo de crecimiento natural observado hasta 1930, y el otro 50% es consecuencia atribuible solo al aumento de la sobrevivencia de la población o disminución de la mortalidad en el período de 1930 a 1970 (COLEGIO DE MÉXICO, 1970: 59).

**Cuadro 2. Tasas de mortalidad general en los EUM y en Yucatán**

Años	EUM Tasas	Yucatán tasas
1910	32,5 a 35,5	35 (?)
1920	27 (?)	33 (?)
1930	26,80	34.33
1940	23,34	24.40
1950	16,22	16.62
1960	11,50	12.07
1970	10,07	10.04
1974	7,50	8.50
1975	7,20	7.90

Fuente: Dirección General de Estadística. Diversas fuentes dan cifras distintas.  
Tasas por 1.000 habitantes.

Ahora bien, además de lo señalado ¿a qué podemos atribuir el decremento de la mortalidad general en una población caracterizada por sus bajos niveles de vida? Como sabemos, hay en general dos explicaciones básicas; una que considera que el descenso de la mortalidad se debe a un cambio radical en la estructura social y económica de un país, como es el caso de Cuba desde la década de 1960. Y otra que señala que el decremento puede deberse a modificaciones sustantivas en la infraestructura sanitaria y/o en la aplicación de esquemas de inmunización, y secundariamente en el desarrollo de la atención médica, sin que esto suponga necesariamente ninguna transformación radical de la estructura socioeconómica, como es el caso actual de Chile. Esta última explicación es la que se ha aplicado a México, pero señalando que esto no explica totalmente el proceso yucateco, en virtud de la ausencia de algunas de las medidas señaladas (modificación de la infraestructura sanitaria), o porque la instalación de los recursos (agua entubada) es posterior al período del más fuerte descenso de la mortalidad. Pero este proceso lo analizaremos más adelante.

Tanto el decremento de la mortalidad como el mantenimiento de una fecundidad y natalidad más elevadas en Yucatán deberían arrojar un crecimiento natural superior al nacional; pero el crecimiento intercensal señala con claridad que este crecimiento es sensiblemente menor en casi todo el lapso analizado. La comparación de los datos sobre crecimiento natural e

intercensal evidencian que el crecimiento natural es similar o mayor que el nacional, mientras que, salvo en el período 1940-1950, el crecimiento real es mucho menor, lo cual nos está indicando la existencia de un fuerte proceso emigratorio desde por lo menos la década de 1930, el cual se ha mantenido hasta la actualidad. El censo de 1970 señaló que 92.689 yucatecos vivían fuera de Yucatán, radicando principalmente en México D. F., Quintana Roo, Campeche y Veracruz, regiones que absorben el 84 % del total de emigrantes, el 58 % de los cuales están en edad productiva.

Este proceso hace evidente, como luego analizaremos, la crisis económica y ocupacional yucateca, ya que de ser un estado que hasta la década de 1910 atraía población voluntaria y/o forzosamente, se ha convertido en un estado donde no solo se da un fuerte proceso de migración interna, sino que expulsa porcentajes cada vez mayores de yucatecos, sobre todo en los grupos de edad reconocidos como productivos. Lo cual podemos observar a través de los datos censales, ya que mientras en 1921 viven en Yucatán 14.748 personas nacidas en otras partes del país, en 1950 dicho número se había reducido a 9.408. Y correlativamente observamos que mientras en 1920 5.483 yucatecos vivían fuera de la provincia; entre 1930 y 1940 la migración neta alcanza ya a 30 805 personas. Y si bien entre 1940 y 1950 se reduce este proceso, ya que el saldo migratorio es de 10.403 yucatecos debido al desarrollo de procesos que, como veremos más adelante, retienen mano de obra, sin embargo, posteriormente se incrementará la expulsión y así para 1970 los datos indican que el 12,22 % de los yucatecos viven fuera de su propio estado.

La emigración hacia otros estados refleja los períodos de crisis económica /recuperación parcial/crisis que caracterizan a Yucatán. Los comienzos del proceso de expulsión pueden localizarse en los últimos años de la década de 1920, y sobre todo durante la de 1930. Entre 1940 y 1950 la emigración decrecerá en función de dos hechos que se potencian, la reforma agraria integral de 1937 y la recuperación espectacular de la producción y la comercialización del henequén a raíz de la segunda guerra mundial. La reanudación de la crisis en la década de 1950 y su profundización en la siguiente, se expresará a través del constante incremento del proceso emigratorio.

Esta corriente de migración hacia otras partes del país e inclusive hacia Belice se corresponde además con un significativo desarrollo de la migración «interna» dentro de la península, que en pocos años transformará las condiciones de asentamiento poblacional, aun cuando no modifique

sustancialmente las condiciones de concentración regional. Tanto bajo el régimen colonial como durante el siglo XIX la población yucateca estuvo concentrada en la región norte (COOK y BORAH, 1978); y si bien algunos autores divergen en la aceptación de determinados datos (RODRÍGUEZ LOSA, 1977), la mayoría de los mismos podrían estar de acuerdo con D. E. DUMOND cuando sostiene que

En 1845 cerca del 70 % de la población vivía en el área colonial del Norte y del Oeste; más del 30 % en el área de producción azucarera. Algunas evaluaciones establecen un poco más del 1 % (alrededor de 8.000 personas) en el área sureste, aunque ciertas estimaciones plantean la existencia de 20.000 nativos en dicha área (1977:105).

A su vez S. BAQUEIRO (1881) calcula para 1880 que en el área henequenera, que constituye menos de la cuarta parte del territorio del estado, reside el 60 % de la población. Según los datos censales de 1900 y 1921 en esta región estaría concentrado más del 60 % de la población total, es decir que en un área que representa el 30 % de la superficie estarían establecidas cerca de las dos terceras partes de los yucatecos.

La concentración poblacional fue producto de fenómenos económicos, políticos y de crecimiento «natural», de tal manera que la guerra de castas condujo a que una parte de los habitantes se establecieran y «aislaran» en la zona suroriental, y que la mayoría de la población se «refugiara» en la región norte. Y si bien la población siempre se concentró en el norte, el desarrollo de la producción henequera, luego de restablecida la dominación política y social cuestionada por la guerra de casta, condujo a acentuar el desarrollo demográfico diferencial del norte del estado y en particular de Mérida y de las medianas ciudades. Esto se debió tanto al incremento de la producción henequenera como al desarrollo de una estructura de servicios, y a partir de 1910 al surgimiento de nuevas condiciones políticas.

El mayor porcentaje de población asentada en áreas rurales tenía que ver en Yucatán con las características del proceso productivo y con las relaciones de producción dominantes. Al constituirse una parte significativa de la población rural en mano de obra forzada para el trabajo en las haciendas henequeneras, de hecho, se generó una fijación e inmovilidad de la misma en las áreas rurales, calculándose que para 1900 el 36 % de esta población se localizaba en 942 haciendas. Las nuevas condiciones políticas generadas a mediados de la década de 1910 liberaron esta mano de

obra e hicieron posible la iniciación de un proceso de migración interno que se manifestó sobre todo en el crecimiento de las localidades medianas. Según J. RYDER (1977), durante 1910-192, estas localidades tuvieron el crecimiento comparativo más notable comparado con cualquier otro lapso, y desde entonces las ciudades de Ixamal, Motul, Progreso, Tekax, Ticul, Tizimin y Valladolid se mantendrán como centros de atracción de la migración interna desde las pequeñas localidades y áreas de población dispersa. Esta característica la compartirán con Mérida, pero entre 1950 y 1970 dichas localidades tendrán un crecimiento demográfico porcentual mayor que la capital.

Los procesos de migración interna y externa conducen a una pérdida cada vez más acentuada de población en las áreas rurales, no obstante, sigue existiendo en Yucatán gran número de pequeños poblados, ya que según el censo de 1970 había 1.717 localidades, de las cuales el 70 % tenía una población de menos de cien habitantes. Si bien desde una perspectiva demográfica el porcentaje de población dispersa es bajo comparado sobre todo con otras regiones indígenas del país, esta dispersión puede tener una significación particular tanto desde una perspectiva de la organización y movilización político-ideológica, como especialmente desde la perspectiva de la localización de los recursos para la salud.

### *El proceso económico/político*

Siguiendo a I. MENÉNDEZ (1977, 1978) considero que Yucatán es un estado económicamente deprimido, con preeminencia de la actividad agrícola monoprodutiva, con una fracción de cultivos de subsistencia, y con una precaria planta industrial, así como con altos porcentajes de desempleo y subempleo, un creciente proceso emigratorio, y la existencia de niveles de ingresos muy bajos, aun respecto a la media del país.

Desde una perspectiva económica es el área de más baja productividad agrícola e industrial a nivel nacional; y desde una perspectiva exclusivamente agropecuaria es el área que registra las menores inversiones estatales en infraestructura de apoyo agrícola; por ejemplo, es uno de los estados que tiene menos obras de riego. A esto debemos agregar una desigualdad y polarización social creciente en la distribución de la riqueza, así como un proceso de concentración económica en manos del estado y de la burguesía provincial, concentración que tiende a profundizarse, y que se verifica en el sistema de estratificación social local.

¿Cómo ha llegado a constituirse esta situación, cuando por lo menos en la dimensión económica Yucatán era entre las décadas de 1890 a 1920 uno de los estados de mayor desarrollo económico comparativo? Más aún, en 1910 este estado tenía la más alta producción per cápita en productos agrícolas de exportación (BELLINGERI, 1977: 12). Para poder analizar este proceso proponemos una periodización económica de Yucatán en cuatro lapsos: *a)* 1850/1912-1914; *b)* 1915-1940; *c)* 1941-1969 y *d)* 1970-1978.

#### PERIODO 1850/1912-1914

Hasta mediados del siglo XIX predominaban en Yucatán las fincas agrícolas/ganaderas, y así alrededor de 1850 contaba con 1.319 propiedades dedicadas a producir carne vacuna, maíz y, en menor medida, azúcar. Estas haciendas estaban localizadas básicamente en el norte, en el área de Valladolid, y por el sur se extendían hasta Tekax. Esta explotación estaba basada en relaciones de trabajo «coloniales», donde el sistema de peonaje era el dominante. Además, existía producción de tabaco, también orientada hacia el mercado y basada en el trabajo de pequeños productores, así como un amplio sector de producción de «subsistencia» asentado tanto dentro de las haciendas como en explotaciones autónomas del campesinado.<sup>4</sup>

A partir de 1830 se desarrolló en Yucatán el sistema de plantación orientado inicialmente a la producción de azúcar en virtud de que la producción ganadera perdió su mercado tradicional que era Cuba. Las plantaciones de azúcar se expandieron rápidamente y entre 1835-1840 la península no solo se hizo autosuficiente en azúcar, sino que pudo exportar. El área de producción se desplazó del norte al sur, con centro en Peto y Tekax. Según A. STRICKON (1965) este sistema productivo habría de socavar la forma productiva tradicional maya, ya que si bien la agricultura

4 En este texto considero «sector de subsistencia» al que produce básicamente para el autoconsumo, pero con una tendencia gradual a una cada vez mayor comercialización de su producción. Este proceso ha sido analizado por SINGER (1971), según quien el sector de subsistencia cumple tres funciones básicas para una economía de mercado en desarrollo: *a)* producción de alimentos y/o materias primas agrícolas baratas; *b)* transferencia de mano de obra al sector productivo privado, y *c)* constituirse en mercado para los productos generados por dicho sector productivo interno. El sector de subsistencia yucateco, y en particular desde el desarrollo de la producción henequenera, ha cumplido, en mayor o menor medida, estas funciones.

de milpa pudo mantenerse con la hacienda ganadera, no es compatible en gran medida con el sistema de plantaciones.<sup>5</sup>

No obstante, dado lo limitado del desarrollo de la plantación azucarrera, dicha incompatibilidad solo iba a ponerse de manifiesto con el desarrollo de otro cultivo de plantación: el henequén. Su producción comenzó a incrementarse desde 1840, y empezó a desplazar a la producción maicera y ganadera en un nivel inédito dentro del proceso yucateco. La producción ganadera, sobre todo la bovina, se redujo drásticamente, mientras que la maicera fue desplazada de las áreas henequeneras por las nuevas condiciones de producción impuestas por el henequén, pero mantenida necesariamente en las tierras que limitan el área henequenera como forma de asegurar mínimamente la alimentación de la mano de obra. No obstante, dadas las consecuencias generadas por la expansión henequenera en la producción de alimentos, ésta debió ser asegurada frecuentemente por la compra de alimentos en otros estados mexicanos y en los Estados Unidos. Por lo tanto, será el desarrollo de la plantación henequenera el que socavó las formas productivas tradicionales mayas, y no solo en el área norte, sino también en las otras regiones sobre las que se expandió por un tiempo, como fue el área maicera del Puuc. De hecho, fue esta expansión uno de los principales detonadores de la denominada «guerra de castas».

Uno de los principales y continuos rasgos de la producción agrícola/ganadera de Yucatán, es la relativa temprana orientación hacia el mercado de casi todos sus productos, debido en todos los casos a factores «externos», o de procesos internos vinculados a demandas «externas», ya que como señala I. Menéndez «La expansión de las áreas de cultivo de henequén en la península de Yucatán fue consecuencia de la mecanización de la agricultura norteamericana, a mediados del siglo XIX, y del brutal sometimiento de los mayas luego de la lucha social conocida como guerra de castas entre 1847-1850», y agregando:

Desde el último cuarto del siglo XIX se ha consolidado un modo de producción capitalista en la zona henequenera. Entonces se caracterizaba por la sobreexplotación de la mano de obra maya, por una economía de plantación ligada al mercado internacional oligopólico y por la existencia de una clase

5 Desde un punto de vista comparativo esto no puede generalizarse, pues hay sistemas de plantación que han absorbido producciones basadas en el barbecho largo. No obstante, la aseveración de Strickon, basada en Cline, se corresponde con la situación yucateca.



dominante relativamente avanzada. Esta clase logró integrar los procesos de cultivo, desfibración, industrialización parcial y exportación, mediante una infraestructura de transporte terrestre y marítimo manteniendo fuertes lazos con el gobierno central (porfiriato) hasta el advenimiento de los constitucionalistas (I. MENÉNDEZ 1977: 1510).

Ahora bien, el notable desarrollo de la producción henequenera puede observarse en la expansión de este cultivo generado entre 1880 y 1912, ya que pasa de 35.000 hectáreas sembradas en 1880 a 100.000 en 1890 y a 375.000 en 1912. Y este desarrollo, condujo a los sectores dominantes a generar un doble proceso de apropiación simultáneo de mano de obra y de tierras, cuya consecuencia fue la guerra de castas, concluida la cual quedaría la vía libre para que durante la segunda mitad del siglo XIX se diese un proceso de concentración de la tierra basado en el desarrollo de una legislación compulsiva tanto a nivel local como nacional. Según González Navarro la superficie de tierra enajenada alcanzó la cifra de 1.068.278 hectáreas<sup>6</sup>; más aún, en 1910 solo el 3.6% del cabeza de familia eran propietarios de tierra en Yucatán. Este estado constituye uno de los más claros ejemplos de la apropiación del capitalismo de las formas de producción «precapitalistas», para incluirlas en un proceso de explotación que las disuelve y mantiene simultáneamente, en la medida que las mismas cumplan con los objetivos de acumulación.

Por lo tanto, la expansión henequenera supuso la apropiación de mano de obra en condiciones forzadas, cuyo mecanismo básico de apropiación fue el endeudamiento. El pasaje de las condiciones del peonaje, que era la forma dominante en la unidad productiva anterior, a las relaciones de semi-esclavitud, iba a permitir un notable aumento de la productividad, no solo mayor que en lapsos dominados por el peonaje, sino, según algunos autores, inclusive respecto de la dominaba fuerza «libre» de trabajo. De tal manera que entre 1904 y 1911 se produjo un promedio de 609 mil pacas anuales, mientras que entre 1917 y 1934, aun contando con más mano de obra y una mayor superficie plantada, el promedio fue de 564 mil pacas anuales.

Este proceso de apropiación de formas «precapitalistas» de trabajo se desarrolló en Yucatán junto con toda una serie de hechos económicos que posibilitaron una integración cada vez mayor al mercado internacio-

<sup>6</sup> Para un análisis de conjunto de este proceso consultar GONZÁLEZ NAVARRO (1970).

nal. De tal manera que la burguesía yucateca impulsó toda una serie de medidas cuyos objetivos centrales eran económicos, pero que tuvieron consecuencias en la integración económico/político interno, y también en la legitimación ideológica de la misma. Así, desde finales del siglo XIX y principios del XX se desarrolló una notable infraestructura de comunicaciones tanto internas como orientadas hacia el exterior. Entre 1870 y 1910 se construyó en la península la red ferroviaria más extensa de México, y se instaló la aduana en el puerto de Progreso, que durante años sería el de mayor volumen de actividad del país. A su vez, en el área henequenera, a partir de 1884, se instaló una red de tranvías que permitió la comunicación de las haciendas y pueblos con las estaciones ferroviarias. Y por fin en 1865 se tendió la primera línea telegráfica y en 1883 se inauguró el sistema telefónico.

Por la misma época se impulsó una fuerte política educacional, cuyo objetivo era no solo educar en función de la ideología «progresista» dominante en la burguesía yucateca, sino de integrar ideológicamente por lo menos a la población del área henequenera y de las áreas maiceras con epicentros en Ticul/Peto y Valladolid. En 1906 contaba Yucatán con 483 establecimientos de educación primaria oficiales, y dedicaba al rubro educación el 22 % del presupuesto estatal. Además, en 1908 se instalaron escuelas en casi todos los pueblos y centros de trabajo rural, y en 1910 se establecieron 27 escuelas en haciendas henequeneras. El desarrollo de esta política educacional cumplía funciones tanto productivas, de unificación estatal como de control ideológico, ya que según A. Betancourt los hacendados tenían los siguientes objetivos:

Obtener jornaleros más eficientes y capaces en las tareas que desempeñaban al servicio de los hacendados. Evitar mediante la enseñanza de la religión y otros recursos que las llamadas ideas socialistas, en realidad las liberadoras, llegaran a las mentes de los sirvientes de las haciendas. Suprimir la enseñanza de los principios constitucionales en los que se consagraban los derechos fundamentales del ciudadano mexicano (BETANCOURT, 1971: 54).

Entre 1880 y 1914 se generó un crecimiento económico fundado en la superexplotación de la mano de obra, sobre todo a partir de la producción, transformación y comercialización de un producto de alta demanda como era el henequén, y que Yucatán manejó con características monopólicas asociado a empresas norteamericanas de alto desarrollo capitalista. Este proceso generó profundas transformaciones en la península no solo en lo económico, sino en lo demográfico ya que, por ejemplo, la catástrofe

demográfica generada por la guerra de castas condujo no solo a impulsar la «apropiación» de mano de obra local en términos de mano de obra semiforzada, sino a impulsar la migración de mano de obra desde otros estados.

De nuestro análisis surge que son los objetivos económicos de la burguesía yucateca, los que impulsan proyectos económicos/productivos que determinan la vida, por lo menos productiva, del campesinado maya; convirtiendo a una parte de los campesinos en trabajadores semiesclavos, mientras a otros les permite mantenerse como trabajadores «libres» en actividades agrícolas que proveerán de maíz y otros productos a los trabajadores del henequén. Pero además, el sector de la burguesía dedicado a la producción de ganado vacuno también reorientó sus haciendas hacia la producción de henequén, lo que redujo fuertemente la producción ganadera y sus derivados, lo cual iba a tener consecuencias negativas para gran parte de la población. Y así Yucatán, de ser uno de los principales productores de carne y lácteos, se vería obligado ya a fines del siglo XIX a importar ganado, queso y mantequilla.

El segundo aspecto que surge, es la ya señalada temprana orientación de la producción yucateca hacia el mercado, que durante este lapso se convierte en hegemónica no solo en términos económicos sino también ideológicos, dado que el conjunto de la población observa a partir de su vida cotidiana —y subrayo este aspecto— que lo que produce, y también parte de lo que consume tiene que ver con el «exterior». Ya hemos observado que las sucesivas producciones desarrolladas en Yucatán, es decir carne, azúcar, tabaco, henequén, chicle, miel, serán en todos los casos determinadas desde «afuera», y las oscilaciones de este mercado resultarán determinantes para las condiciones de vida del campesinado yucateco. Esto supone reconocer que dicho campesinado, tanto el que está en relaciones de peonaje, en relaciones de esclavitud, como el campesinado «libre» que produce para su «subsistencia», está condicionado en su producción, en sus relaciones de producción, en su nivel de vida, por condiciones determinadas por el mercado capitalista. Más aún, la necesidad de emigrar por razones económicas a Mérida, Belice, Quintana Ro o Verracruz, como el impulso a la producción artesanal, y más adelante el desarrollo de la industria turística, también son parte de este proceso<sup>7</sup>.

7 Los trabajos de Patch han demostrado la importancia del mercado para la producción indígena yucateca por lo menos a partir del siglo XVIII. Según este autor una gran parte

Considero que la importancia decisiva del mercado, podemos observarla a través de una producción «tradicional» yucateca, y me refiero a las artesanías, dado que durante el período analizado existe en Yucatán una producción artesanal cuyo mercado es exclusivamente regional y local. La producción tanto de hamacas como de vestidos, de alfarería, de sombreros, está concentrada en una producción de tipo artesanal/familiar para el autoconsumo y para un mercado «interno». Si bien existe una especialización por localidades, según la hipótesis de A. LITTLEFIELD (1976: 54), se debería en parte a la expansión henequenera:

Los efectos de esta situación sobre las artesanías tienen que conjeturarse. Al aumentar en número y tamaño las plantaciones henequeneras ocuparon los llamados terrenos baldíos y los pueblos mayas vieron reducirse día con día las tierras aprovechables para milpas, llevando a muchos individuos a trabajar en las haciendas. No es imposible que esto haya impulsado la producción artesanal (1976: 54).

Considero que esta hipótesis puede ser correcta para lapsos tempranos de una producción de artesanías para un mercado interno, pero a partir de lo que observamos en Ticul, dicha producción artesanal se incrementará en los 60' y 70' en función del desarrollo de la industria turística, es decir debido a demandas «éxternas».

#### PERIODO 1915-1940

Este período, respecto del período anterior de desarrollo y auge económico, aparece signado por un gran auge económico entre 1915 y 1920, pero también por una profunda crisis durante las décadas de los 20' y 30'. El auge corresponde al incremento de la producción y exportación

---

de la economía indígena orientó su producción hacia Mérida. La documentación demuestra que se llevaba maíz hacia Mérida desde Santna, Macanú, Muna, Ticul, Beca, Oxkutzcab, Tzucacab, Tekax, Peto, Izamal, Sotuta, Yacabá, Tihosuco, Tixcacalpul, Cenotillo y Tizimin. «Podemos concluir, pues, que el mercado de Mérida tenía un alcance económico muy grande en Yucatán, ya que pueblos alejados orientaban parte de su economía hacia un centro urbano distante» (PATCH 1979: 235). De los datos surge que miles de pesos pagados por este maíz entraban en la economía campesina; también se evidencia que la mayoría de los vendedores eran indígenas y no españoles. La demanda de maíz por los centros urbanos conducirá según Patch, a que luego de 1750 las estancias ganaderas asuman la producción de granos, por lo cual entran a competir en el mercado con la producción indígena.

henequenera debido a la primera guerra mundial, y la crisis no solo a la conclusión de dicha guerra, sino a la pérdida de Yucatán de la producción y comercialización monopólica, así como en un segundo nivel a la lucha generada entre diferentes sectores de las clases dominantes.

Si bien entre 1915 y 1918 asistimos todavía a un auge en la comercialización del henequén, aun cuando se reducen las áreas productivas, asistimos también al inicio de la primera crisis grave de comercialización de este producto a partir del cese de la llamada primera guerra mundial. Esta crisis inicial condujo a paulatinas restricciones en la producción que, con intermitencias, sería un proceso continuo e irreversible hasta la actualidad.

Ya señalamos que, durante el primer período, el henequén y el maíz se convirtieron no solo en productos complementarios, sino en los dos productos básicos del agro yucateco, lo cual siguió manteniéndose durante este periodo. Los estudios de Redfield durante la década de 1930 reconocieron esta situación, señalando la existencia de un área maicera que produce maíz en grandes cantidades para la propia subsistencia y para la venta, especialmente en la zona henequenera (REDFIELD, 1941: 25). Entre 1925 y 1930 las superficies cultivadas de maíz y henequén constituían el 95 % del total de los productos cultivados, y dentro de esta relación el henequén suponía el 73 % de la producción. De la trayectoria histórica de estos productos, se observa una oscilación productiva (ver cuadro 3), que tiene que ver con las demandas del mercado, con las condiciones de una agricultura de temporal, y también con las consecuencias del desarrollo de la revolución mexicana, incluido el proceso de profundización de la reforma agraria.

El análisis de cada uno de estos factores señala la complementariedad de los mismos; y así, las condiciones del mercado internacional incidirán de manera directa sobre la producción henequenera, que pierde definitivamente su carácter monopólico, y en cuyo proceso de adaptación a las nuevas condiciones competitivas intervendrán procesos políticos que limitarán su posibilidad de recuperación. Estas fluctuaciones conducirán tempranamente a plantear políticas de diversificación productiva, y ya a partir de 1920 se intenta recuperar la producción de ganado vacuno y porcino para el mercado.

Un factor que opera directamente sobre las condiciones productivas es el cambio generado en las relaciones de producción por la revolución mexicana, según el cual las relaciones forzadas son cambiadas por relacio-

nes «libres» de producción. Este cambio habrá de tener consecuencias negativas para los sectores dominantes, tanto desde la perspectiva de la productividad, como porque se encarece el producto generado por la empresa capitalista henequenera. El mantenimiento de un precio relativamente alto del henequén yucateco no fue solo producto de los objetivos acumulativos de la burguesía local, sino de las nuevas condiciones de la mano de obra que suponían un mayor costo de la producción. Pero, además, estos nuevos costos iban acompañados por un período de agudización de las demandas de las clases subalternas, que también incidirían en el proceso productivo. Fueron estos factores los que llevaron a las empresas extranjeras compradoras de henequén a buscar nuevos centros productivos donde la fibra fuese más barata, y donde no hubiese factores políticos que perturbaran el aseguramiento de la materia prima. Justamente, la mayoría de los nuevos centros de producción serán colonias británicas y holandesas, en las cuales no solo estaba asegurado el control político, sino que el precio de la mano de obra, como en el caso de las colonias holandesas, alcanzaba los valores mundiales más bajos.

Debe señalarse que la nueva legislación laboral no eliminó inmediatamente todas las formas de relaciones de trabajo forzado; tanto los luneros, como la fajina (trabajo gratuito que los trabajadores dan a su patrón), se mantuvieron, según Askinas (1936), hasta el gobierno de F. Carrillo Puerto. Pero, además, los sectores dominantes trataron de seguir manteniendo normas compulsivas de contratación, tanto directas como indirectas.

Ahora bien, uno de los factores que más impactó el proceso productivo fueron los procesos políticos que adquieren en Yucatán caracteres tal vez más claros que en otras áreas nacionales. Estos procesos pueden ser analizados en tres etapas, en las cuales las fuerzas sociales en pugna irán reestructurando sus relaciones de poder, y que en cierta medida darán solución a la crisis política desencadenada en la década de 1920, pero no a la crisis económica, que se manifestará como permanente.

En 1915 el gobierno revolucionario de Alvarado impulsó legalmente la disolución de las relaciones de producción forzadas, así como una política sobre todo «formal» de distribución de tierras; estableciendo además el control del estado en la comercialización del henequén. Es decir que la acción de Alvarado operó sobre las relaciones de trabajo y sobre la comercialización de la producción, pero no afectó la propiedad de la tierra ni el área de la transformación industrial, que permanecieron en manos de los

antiguos propietarios. Esta situación, con leves modificaciones durará casi hasta 1935, pese a la acción de fuerzas sociales que teóricamente estaban interesadas en el cambio de orientación del proceso productivo en su conjunto, ya que según I. MENÉNDEZ «Todo intento de destruir la hacienda henequenera como centro de acumulación y de organización a los trabajadores fue violentamente rechazado por la clase agroexportadora, que propició levantamientos contra los gobiernos progresistas»(1977: 1511).

Estas luchas desarrolladas durante las décadas de 1920 y 1930, y que contaron con un alto nivel organizativo en los sectores antagónicos, es decir, tanto en los hacendados por un lado como en los obreros y campesinos liderados por el Partido Socialista por el otro, darán lugar a un doble proceso característico del desarrollo económico/político mexicano. Por una parte, el impulso de una reforma agraria controlada por el estado federal, y por otra la integración/captación de los sectores populares a través de mecanismos económicos y políticos surgidos en su mayoría del proceso de distribución de la tierra y de la organización de la producción ejidal.

Ahora bien, como ya se señaló, a partir de la conclusión de la primera posguerra se inicia el ciclo de las crisis periódicas de la economía yucateca. La gravedad de esta crisis en Yucatán tendrá consecuencias particulares, puesto que no solo se manifiesta en la producción para el mercado, sino también a nivel de los cultivos de «subsistencia». Lo cual aparecía claro para los sectores que lideraban al campesinado yucateco, y así, en el Congreso Obrero de Motul de 1918, gran parte de las discusiones giraron sobre la mejor forma de trabajar la tierra para aumentar los rendimientos, sobre los problemas del endeudamiento campesino y sobre la orientación en la producción. Y así un representante obrero criticaba que:

Muchos de nuestros compañeros cuando tienen su tierra, empiezan a meter el henequén y otras cosas que no son de primera necesidad. La parte sur, es la mejor región para el maíz, y es donde más se dedican a la siembra del henequén. En partes del centro el terreno es muy pedregoso, pero fuera de allí en todas partes de Yucatán se da el maíz (CONGRESO OBRERO DE MOTUL, 1977: 36-37).

Lo cual indica una vez más, la fuerte orientación hacia el mercado no solo de los sectores sociales dominantes, sino de parte del campesinado yucateco. Ahora bien, estas orientaciones productivas se evidenciarían a través del incremento de problemas alimentarios, lo cual trató de ser enfrentado a partir de 1920 por los gobiernos socialistas, quienes plantearon

dos acciones básicas, en primer lugar restringir la producción de henequén, y así entre 1926 y 1934 se decretaron ocho restricciones a la producción. Y en segundo lugar, reorientar la producción de henequén hacia la producción maicera, para lo cual se dictaron una serie de resoluciones para dotar de tierras que solo serían dedicadas a la producción de granos, y que llevó a decir al dirigente socialista Carrillo Puerto que «algún día Yucatán exportará maíz».

No obstante, no queda claro todavía cuál fue la cantidad y calidad de tierras entregadas para la producción maicera durante la gestión de Carrillo Puerto y de los otros gobiernos «socialistas», ya que los datos divergen. Según M. CLARK (1979), para 1922 se habrían distribuido 208.992 hectáreas a 36 comunidades; para Tennenbaun el 22 % de la población yucateca había recibido tierras en 1921; y a su vez HUIZER (1970a, 1970b) considera que en 1927 se había distribuido un millón de hectáreas; mientras que según SIMPSON (1952) para 1933 solo se habían entregado 333,400 hectáreas a 21.113 personas.<sup>8</sup> No obstante, estas divergencias, puede señalarse que la mayoría de las tierras fueron entregadas en el área maicera; que en el área henequenera hubo muy escasa distribución de tierra hasta el gobierno de Cárdenas, que un alto porcentaje de las tierras distribuidas eran incultas, y que una parte de la dotación «quedó en los papeles».

Dada la tendencia ideológica y política del Partido Socialista yucateco, era esperable que la dotación de tierras durante el período 1920-1937 fuera más baja de lo que calculan algunos analistas, y se diera casi exclusivamente en el área maicera. Como resume M. A. MENÉNDEZ, el Partido Socialista del Sureste,

8 Subrayemos que la mayoría de los autores señalan la escasa y desigual distribución de tierras en la década de 1920, y así según Raymond «La cantidad de tierra redistribuida en Yucatán durante los 20 y a principios de los 30 fue mínima y casi toda fue redistribuida fuera de la zona henequenera. Es más, de la tierra que fue redistribuida dentro de la zona henequenera, la mayoría estaba sin cultivar y toda fue redistribuida entre las poblaciones que vivían en los villorrios, excluyendo completamente a las gentes de las haciendas» (RAYMOND, 1974: 175). Esta situación se mantendría aún en 1934, cuando algunos pueblos comenzaron a recibir tierras que ya estaban cultivadas con henequén, pero se siguió sin repartir tierras a los campesinos que trabajaban y vivían en las haciendas. Algunos autores ven en esta política de los gobiernos «socialistas» una protección de hecho de la producción latifundista en detrimento del campesinado. La investigación realizada por Palomo VALENCIA (1934) demostró también que durante la década de 1920 solo se había entregado a los ejidatarios un 15 % de la superficie sembrada con henequén.



No atacó la desmembración del latifundio henequenero. Su táctica fue de cercar al hacendado para obligarle a ver en el campesino un sujeto de derecho obrero. El máximo logro del Partido en este campo fue el de establecer, andando el tiempo, tarifas diferenciales en pago de salarios campesinos, ajustables automáticamente al precio de venta del producto (1947: 51).

La política socialista de Carrillo Puerto en este renglón, debe ser analizada desde tres perspectivas: su propia concepción ideológico-política, su relación con los sectores de presión locales, incluidos los de su propio partido; y las condiciones económico/políticas nacionales e internacionales en las cuales desarrolló su gestión. Si analizamos de conjunto el proceso de distribución de tierras en México durante este período, vemos que Yucatán es, después de Morelos, el estado donde más tierras se han repartido entre los campesinos. No obstante, las condiciones objetivas del proceso revolucionario ya no eran las óptimas, en la medida en que a nivel nacional había sido liquidada la alternativa zapatista, y a nivel internacional los Convenios de Bucareli planteaban una nueva relación con los Estados Unidos, para quienes la producción henequenera constituía un proceso a controlar en función de los intereses económicos de varios sectores productivos y financieros norteamericanos.

Pero, además, los «cuadros» del Partido Socialista eran básicamente obreros o miembros de la pequeña burguesía, cuyo eje reivindicativo no era la apropiación de tierras. Por otro lado, la propia trayectoria ideológico-política de Carrillo, salvo en el período en el que adhirió al zapatismo, apunta a una concepción similar a la de los sectores socialdemócratas y sindicalistas de su partido. En 1923 Carrillo Puerto, el principal líder socialista yucateco, declaraba a E. GRUENING (1968) que los objetivos de su gobierno eran mantener a los hacendados como «empleados del estado» y propender al aumento de los ingresos de los trabajadores.

Pese a estas condiciones, el desarrollo del proceso, y sobre todo la respuesta de los hacendados, condujeron necesariamente a Carrillo Puerto a intentar profundizar la reforma agraria, lo cual agudizó aún más el enfrentamiento con los terratenientes. Si bien éstos, tanto bajo Alvarado como bajo Carrillo Puerto, habían obtenido grandes ganancias, cuestionaron todos los intentos de cambio de la corriente socialista en el poder. El abandono de tierras y la no renovación de los henequenales constituyeron las respuestas económicas más frecuentes, que amenazaron la continuidad del proceso productivo. Esto llevó a Carrillo Puerto a promulgar una ley de incautación de tierras abandonadas y su distribución entre los trabaja-

dores. A su vez los hacendados no solo abandonaron los henequenales, no solo continuaron con su política de no inversión local, sino que respondieron políticamente financiando el movimiento conservador de la huertista con un millón de pesos (R. ORTIZ *et alii*, 1977).

Las restricciones a la producción, por un lado, y el enfrentamiento político gestado por los hacendados por otro, se tradujeron en el surgimiento de la desocupación, que se acentuó a partir de la crisis de 1929. La distribución de la tierra, al verificarse casi exclusivamente en el área maicera, no constituyó una alternativa a esta situación de desempleo que, además, se iría profundizando durante esa década, en la medida en que los precios internacionales del henequén siguieron bajando, aunque con fluctuaciones; mientras la retracción y desocupación siguieron aumentando. La solución, como sabemos, será generada por el presidente Cárdenas a mediados de la década de 1930, quien hizo efectivo el reparto de tierras y así, al concluir su mandato se habían entregado 1.332.683 hectáreas, el 80% de la cuales estaban ubicadas en la zona henequenera. Al mismo tiempo, el gobierno cardenista impulsó las instituciones que teóricamente contribuirían al desarrollo integrado regional de los ejidatarios yucatecos, es decir el Banco Nacional de Crédito Ejidal, el Departamento de Asuntos Agrarios, y la Confederación Nacional Campesina.

Cárdenas trató de resolver la crisis económica y política a través de la reforma agraria y de instituciones que ayudarían al campesinado financiera y organizativamente, y esto impulsado a través del poder político, incluido el poder militar, y con apoyo de masas, pero que no solucionó los problemas básicos del campesinado, ni impulsó las acciones político/sociales de este. Ahora bien, ¿cómo un proceso político de masas desarrollado durante más de treinta años, y con un nivel de organización y lucha ponderado positivamente por numerosos estudiosos, pudo ser tan rápidamente destruido y cooptado? ¿Cómo ocurrió esto, además, cuando Cárdenas creó instituciones que teóricamente profundizarían el proceso «socialista» yucateco? Creo que en ello intervinieron varios procesos, comenzando con él reconociendo de la «debilidad» real de las organizaciones campesinas, que constituían la base más numerosa del Partido Socialista. Pero también influyó la existencia de un campesinado henequenero cuyas demandas no referían tanto a la posesión de tierras, sino básicamente a demandas de trabajo y de mejor salario. Más aún, si bien este campesinado se planteará la posibilidad de la propiedad de la tierra, la misma no aparece como solución de una parte de su problema, ya que

en el norte la baja calidad de las tierras no le permitía, como ocurría en el sur, obtener rendimientos que hicieran posible un mejor nivel alimenticio. Es decir, necesitaban de otros ingresos además de los generados por el trabajo agrario.

La acción de Cárdenas en Yucatán buscó reducir las crisis periódicas generadas por la comercialización del henequén y de solucionar el problema de la alimentación básica de los sectores subalternos, para lo cual promovió la organización productiva de las clases subalternas y en particular del campesinado a través del ejido, pero también de los trabajadores industriales dedicados a la transformación del agave. Impulsando además la organización social del campesinado a través de la Confederación Nacional Campesina, ya que los obreros mantuvieron durante un lapso sus propias organizaciones. Pero estas instituciones y procesos fueron impulsados en forma vertical, sin autonomía campesina, y donde tanto a nivel de las organizaciones productivas como sociales se desarrolló una capa burocrática, lo cual tendió a generar una estructura con baja capacidad productiva, con liderazgo burocrático, y en el cual el sector privado siguió teniendo una función determinante.

De los datos presentados, va surgiendo que las clases subalternas yucatecas, y especialmente el campesinado, fue incorporando toda una serie de usos/acepciones no solo económicos y políticos, sino ideológicos, como ser los referidos a que los productos que generan están determinados por la demanda de un mercado externo; a que estos campesinos demandan cada vez más trabajo asalariado que tierras; que dicho campesinado «acepta» que el poder esté siempre en manos de sujetos y grupos no pertenecientes al campesinado. Y si bien suponemos que estos procesos expresan la ideología del campesinado yucateco; no obstante, los planteamos como posibilidad dado que sabemos muy poco sobre la ideología y cultura de los sectores subalternos mayas, dado que tenemos una historia de los líderes del proceso, tenemos datos económicos, pero no tenemos descripciones y análisis de las representaciones y prácticas ideológicas y culturales de los sectores subalternos. Generalmente esta «historia» ha quedado en manos de antropólogos culturales de orientación culturalista o funcionalista (Redfield, Steggerda, Villa Rojas, R. A. Thompson, Press), pero que suelen ser ignorados por los economistas y politólogos y aun por los propios antropólogos radicales, pero sin colocar en su lugar descripciones y análisis de los procesos ideológicos, aunque si especulaciones sobre la cultura ancestral maya.

Por eso no es ninguna casualidad que, en su análisis integral del ejido colectivo, ECKSTEIN (1966) dejase de lado a Yucatán, al cual solo dedicó unos renglones en la página 150 de su trabajo, aclarando que no estudiará dicho estado porque sus características sociales y económicas son completamente diferentes de las que privan en las demás partes del país. Si bien alguien podría decir en broma, que efectivamente son diferentes porque son yucatecos, lo cierto es que el argumento de este autor es impresentable, ya que lo que inhibe el estudio de Yucatán no es lo diferente, sino las características burocratizadas del tipo de organización y producción que se desarrollaron en nombre de un ejido colectivo, que no tuvo nada que ver con los objetivos con los que fue impulsado.<sup>9</sup> Esta baja productividad, esta no constitución real de un ejido colectivo, se verá reforzada por la nueva orientación económica que se dará luego de Cárdenas; y así, por ejemplo, ya en 1942 los hacendados recobraron los equipos de desfibración del henequén que Cárdenas había dado a los ejidos, lo cual pudo hacerse porque las máquinas o las tierras pueden otorgarse o quitarse al campesinado, sin que este intervenga en las «negociaciones».

#### PERIODO 1941-1969

Tanto las medidas de distribución de la tierra, la reorientación hacia la producción maicera, como de la reactivación del mercado externo henequenero durante el lapso que va de 1940 a 1951, redujeron momentáneamente la desocupación, generaron una mejor alimentación y favorecieron un mejor nivel de vida, comparados como otros sectores campesinos del país. Las diferentes fuentes evidencian esta mejoría objetiva durante la década de 1940, como consecuencia del incremento de la demanda de henequén y de otros productos, generada por la segunda guerra mundial. Al respecto debe señalarse que, si bien los salarios/anticipos pagados a ejidatarios y jornaleros siempre fueron más altos en Yucatán que la media del país, a partir de 1942 y hasta 1952 esta diferencia se acentuó notablemente a favor del campesinado yucateco, reforzando su orientación salarial.

<sup>9</sup> Cabe destacar que luego de las importantes polémicas político-ideológicas que se dieron respecto de Yucatán durante la década de 1930 y primeros años de la de 1940, centradas sobre todo en la importancia del ejido colectivo, la situación yucateca desaparecerá prácticamente de las discusiones de la problemática agraria. No será solo Eckstein quien deje de lado en su trabajo sobre el ejido colectivo al estado en el cual se lo había ensayado en su forma más integral, sino que ocurrirá lo mismo con los trabajos que tomen en conjunto el problema agrario mexicano, tanto a través de análisis estructurales (S. REYES, 1974), como de discusiones teórico-lógicas (trabajos de M. A. DURÁN, 1975).

Fue además a finales de este período que comenzaron a tener mayor comercialización algunos productos como la miel, y se incrementó la producción de calzado y sombreros, ya que la segunda guerra mundial no solo favoreció la notable recuperación del henequén, sino que también contribuyó a desarrollar la producción fabril de algunos «productos tradicionales». Tanto la industria del calzado como la de sombreros, productos realizados artesanalmente para un mercado regional, cobró gran auge en la década de 1940:

En ese tiempo México fue un importante proveedor de material estratégico para los EE. UU. y exportó gran parte de su producción industrial [...] La economía nacional se enfocó hacia la exportación produciendo una escasez interna de productos terminados, lo cual favoreció la expansión de las pequeñas industrias locales como las de Ticul (R. A. THOMPSON, 1974: 85).

Pero desde principios de los 50 se reduce la demanda de henequén a nivel internacional, no afectando aparentemente los procesos de producción, aunque si los de comercialización. Esto habría de traducirse en una crisis de sobreproducción, que se manifestaría en toda su intensidad durante la década de 1960. Es decir, existencial e ideológicamente los sectores sociales subalternos yucatecos fueron aprendiendo/viviendo que los periodos de bonanza y de crisis tienen que ver con las demandas externas, y no con sus propias decisiones.

Año	Maíz (ha.)	Henequén (ha.)
1950	65.425	129.547
1960	83.000	159.600
1970	105.901	150.460

Durante todo este período, y pese a los intentos de diversificación productiva, el henequén y el maíz seguirían siendo los dos productos básicos de Yucatán. De los datos extraídos de la serie histórica de la producción henequenera y maicera en las décadas de 1950 y 1960 vemos que, pese a la crisis de comercialización y también de producción, ambos cultivos elevan sus áreas de trabajo respecto al período inmediato anterior. En lo que se refiere al henequén se observa un aumento continuo de la superficie sembrada que pasa de 129.547 hectáreas en 1950 a 150.460 en 1970. Respecto del maíz, durante este período se genera una producción maicera de alrededor de 100 mil toneladas anuales, que se mantendrá más o menos

constante, aun cuando expuesta a oscilaciones debidas casi siempre a las condiciones climáticas. La relación porcentual de las superficies cultivadas se mantiene similar a la de los períodos anteriores, de tal manera que el maíz y el henequén constituyen alrededor del 85 % de la superficie sembrada, conformando el henequén entre el 60 y 75 % de la extensión total.

Durante este período, no solo continúan los intentos de diversificación productiva, sino que se trata de planificar la producción agraria; y así, por ejemplo, el cultivo de la caña de azúcar que intermitentemente desaparece y renace en Yucatán desde principios del siglo XIX, es prácticamente erradicado de este estado a mediados de la década de 1960, con el cierre de las últimas plantas de transformación. Pero correlativamente se incrementan notablemente la producción ganadera porcina y sobre todo la bovina, que se triplica respecto de 1930, pasando de 100.647 cabezas de ganado vacuno en 1930 a 333.130 cabezas en 1960.

Es también en este período que se planifica la producción citrícola, la cual tendrá como áreas de desarrollo los municipios de Ozcubcab y Ticul, y para lo cual en gran medida se constituirá el distrito de riego 48. Como luego veremos, esta producción no cumplió las expectativas esperadas, pero condujo a una notable ampliación de la zona de riego, que pasa de 127 hectáreas irrigadas en 1930 a 736 en 1950 y a 2.720 en 1960. Este proceso está orientado hacia la diversificación de cultivos y trata, al igual que otras medidas, de paliar la crisis henequenera. Entre 1950 y 1963 la Secretaría de Recursos Hidráulicos invirtió nueve millones de pesos para irrigar alrededor de 1.400 hectáreas, principalmente de pequeñas propiedades.

El desarrollo artesanal/fabril impulsado en la década de 1940 se afirma durante la de 1950 y sobre todo la de 1960; pero en cambio, como luego veremos, el proceso de transformación e industrialización del henequén tendrá fuertes oscilaciones que no obstante se darán dentro de un desarrollo industrial que intenta racionalizar la producción. Tanto el proceso de transformación del henequén como el de la producción artesanal están, como ya se dijo, determinados por el mercado externo, y en ambos se dará un proceso de concentración de la producción y de la comercialización. La producción de calzado, de hamacas, de hipiles, de guayaberas, tenderá a concentrarse en manos de muy pocas personas, las cuales para algunos productos actúan casi monopolícamente.

Durante este lapso, intentando superar la crisis del henequén, se generaron una serie de medidas económicas que constituyeron una «involución»

respecto de la etapa cardenista; medidas, por otra parte, que condujeron a deprimir aún más las condiciones de producción y de vida del campesinado yucateco. Como dice I. MENÉNDEZ

El período de 1952-1970 ha sido llamado del «desarrollo estabilizador». Se caracteriza por una aparente realidad dual: por un lado un sector moderno de la economía ligada al mercado internacional, con acceso a tecnología intensiva en capital y financiamiento externos, con patrones de consumo suntuario en mercados cautivos localizados en los polos donde se genera la industrialización; y por otro un sector tradicional carente de créditos del sistema financiero oficial y privado, con tecnología rudimentaria y patrones de consumo limitados que en el caso del sector primario llegan a niveles de autoconsumo y subsistencia. Esta aparente doble realidad, como ha quedado ampliamente demostrada en la literatura económica de los años 70', no corresponde sino a procesos distintos de un solo modelo de crecimiento, en el que la acumulación de los sectores industrial y financiero, se debe a la extracción de valor respecto del sector primario, esencialmente de la agricultura, con grandes sacrificios de los trabajadores urbanos y rurales (1977: 1511).

Este proceso se manifiesta claramente en Yucatán, ya que las medidas aplicadas para. La superación de la crisis, estarán orientadas en su totalidad hacia el fortalecimiento de determinados grupos económicos y políticos, acentuando todavía más la desigualdad socioeconómica, y la hegemonía del estado nacional. Las principales medidas que condujeron a reestructurar la situación en la orientación señalada, fueron la atomización del ejido por la división del campo henequenero en sociedades locales de crédito ejidal, grupos solidarios y grupos económicos del Banco de Crédito Ejidal. En segundo lugar, la compra por el gobierno federal de la empresa Cordemex, pasando el estado a tener el control de prácticamente la totalidad del proceso productivo, transformador y comercial del henequén.

Esto fue complementado por una política crediticia dirigida hacia los pequeños y medianos propietarios privados impulsando una diversificación productiva, que tuvo objetivos económicos, pero también clientelares. Dicha política crediticia fue ampliándose notablemente, y así los créditos pasaron de 37.768.000.00. de pesos en 1955 a 182.877.000.00 en 1964, subrayando que parte de estos créditos se dieron en áreas socialmente conflictivas tratando de reducir la presión social. Y así se otorgaron grandes créditos para el cultivo del henequén, sin que los campesinos ampliaran las áreas sembradas ni mejoraran las condiciones productivas. Lo cual también influyó en la orientación ideológica y no solo política del

campesinado yucateco. Conjuntamente se implementaron planes de desarrollo agrícola, comenzando con el Plan Chac, que se realizó en una zona con las mejores tierras de cultivo de Yucatán, y que supuso una política de inversiones sin precedentes en dicho estado. Y por último se repartieron 10.000 hectáreas con derechos a salvo, tratando de revertir la continuidad del proceso de privatización.

Algunas de estas medidas buscaban a través de la diversificación productiva, solucionar el grave problema de desocupación que se venía incrementando desde principios de la década de 1950; y por eso las altas inversiones en el programa citrícola, como en el proyecto de ejido colectivo implantado en Catmis en 1967; programas que no solucionaron el problema<sup>10</sup>. No obstante, dichas medidas acentuaron el papel político y económico del estado federal, así como el desarrollo de una burocracia política y gerencial, dado que el gobierno mexicano se convirtió en dueño de los principales medios de producción, así como en el principal comprador de la fuerza de trabajo, convirtiendo los créditos prácticamente en ingresos fijos que se «interponen» entre el trabajador y «su» supuesta propiedad de la tierra. Esta situación será subjetivizada de manera notable por el campesinado yucateco, reflejado en el hecho, ya señalado, de que el campesinado henequenero reclama trabajo y mejores salarios, y no tierras. Más aún, gran parte de los ejidatarios no se identifican como tales ni como propietarios, sino como empleados de «La Agrícola», es decir del gran ejido, y esto no solo a nivel del trabajador «asalariado» sino de su familia.

Esto se ha mantenido así desde la década de 1940, lo cual puede ser observado a través de múltiples testimonios, como el obtenido por F. Benítez, quien en la década de 1950 entrevista al que fuera gerente del Banco Ejidal bajo el gobierno de Cárdenas —nos referimos a Candelario Reyes— quien señaló: «Volví después de una ausencia de quince años, y encontré el más grande desastre social. Toda intervención del ejidatario en la industria henequenera había desaparecido por completo.

Y este proceso se evidencia a través de la trayectoria de la distribución de la tierra entre 1930 y 1960, lo cual podemos seguir a través de los regis-

10 Para un análisis específico del proyecto Catmis, ver CLIMO 1979:3 95-399 conciencia de que no era otra cosa que un peón (BENÍTEZ 1962: 212). Ya S. ASKINASY (1936) había analizado esta posible consecuencia durante la década de 1930, y la mera observación, así como las entrevistas actuales con la población ejidataria evidencian esta autoconcepción y autoubicación, del campesinado ejidatario de Yucatán.



tros censales; observando que en 1930 los propietarios privados eran los dueños del 69,96 % de las tierras, y los ejidatarios solo del 30,03 %; y que de las tierras ejidales un 2,15 % todavía estaba en manos de la propiedad privada. Si analizamos las tierras de labor, vemos que el 62,84 % pertenece a los propietarios y solo el resto a los ejidatarios. Generada la reforma agraria a finales de la década del 30, vemos que para 1940 los propietarios privados son todavía los dueños del 51,04 % del total de las tierras, pero que sin embargo se había reducido notablemente su propiedad sobre las tierras de labor al 23,83 %; así como también habían reducido su propiedad sobre las tierras que podían ser abiertas a la producción, ya que solo poseían el 26,81 % de las mismas. Lo que significa que la reforma agraria impulsada por Cárdenas se hizo no tanto sobre las tierras en general, sino básicamente sobre las mejores tierras para cultivo.

Desgraciadamente, este efectivo proceso de reforma agraria, va a ser rápidamente modificado, y así en 1950 los propietarios privados son ya dueños del 48,41 % del total de tierras y del 55 % de las tierras de labor. Es decir que la reprivatización se hace sobre todo respecto de las tierras de labor, ya que estos propietarios solo tienen el 11,73 % de las tierras incultas. Además, debe subrayarse que estos propietarios son los únicos que tienen tierras de riego, ya que poseen 753 hectáreas. En la década siguiente continúa este proceso, y así a principios de 1960 el sector privado es dueño del 51,82 % del total de tierras, del 60,42 % de las tierras de labor y del 62,74 % de las tierras no trabajadas.

#### PERIODO 1970/1978

Desde 1970, según I. MENÉNDEZ (1977, 1978) se intenta una vez más reestructurar la producción yucateca orientando las inversiones nuevamente hacia el henequén y hacia el maíz, lo cual fue producto de que la política de diversificación productiva aplicada en los años anteriores no había solucionado la crisis, sino que por el contrario se había profundizado, lo cual se estaba reflejando en el descontento popular expresado en el incremento de las votaciones de partidos políticos contrarios al partido gobernante. Las medidas que se tomaron fueron el aumento del precio de garantía de todos los productos, elevándose fuertemente desde 1974 los precios del henequén y del maíz para el mercado interno, sin que se diera un incremento de las superficies sembradas, dado que el maíz pasó de 105.901 hectáreas

sembradas en 1970 a 100.860 en 1976, mientras que el henequén pasó de 150.460 hectáreas en 1970 a 155.000 en 1976.

En general, durante estos años se profundizan las condiciones del período previo, no generándose soluciones a la crisis estructural de la economía yucateca. Más aún, podemos señalar que, al igual que en el período anterior, la superficie y el volumen de producción de los principales productos yucatecos, salvo la producción bovina, permanecen estancados o aun descienden, tanto en área cultivada como en volumen productivo, lo cual en parte pretende ser compensado por un aumento en los precios de garantía internos.

En este período se intenta además la recuperación de la concepción del ejido colectivo, sobre todo en nuevas áreas abiertas a la producción. Creemos, no obstante, que la medida más significativa desde la perspectiva inmediata del campesinado será la reorientación del crédito, no solo hacia el sector del campesinado ejidatario, sino especialmente hacia el maíz. Así, en 1977 el 90 % de los créditos del Banco Nacional de Crédito Rural Peninsular en el área sur, fue orientado a fortalecer la producción maicera; y si bien, como es tradicional en la política de créditos a este sector, estos créditos son fundamentalmente de avío, constituyen una importante reorientación de la política crediticia en Yucatán. Debe recordarse que estas inversiones se otorgan a productores de maíz en tierras de temporal, cuyas técnicas de trabajo son estrictamente «tradicionales».

Estas medidas de reorientación productiva están integradas a la estrategia de «desarrollo compartido» que se impulsó desde 1971, y que, implementada por el estado federal, pretenderá encontrar soluciones más o menos estructurales, que en el caso yucateco coincidirán con un nuevo período de auge de la demanda henequenera mundial. Las tres líneas básicas de acción planteadas por el gobierno fueron las siguientes: «a) Un programa de diversificación agropecuario responsabilidad del banco, para dar variada ocupación a 50.000 ejidatarios «excedentes» del henequén, cuyo cultivo ocuparía a los restantes 30.000; b) efectivizar una producción henequenera con buen desarrollo productivo y con metas de producción planteada en 200.000 en la década de los 80'; c) reestructuración y modernización de la industria cordelera» (I. MENÉNDEZ, 1977: 1513). Este paquete de medidas favorecerá aún más la concentración y dirección estatal de la economía yucateca, y afectará negativamente la situación económica

de los pequeños propietarios ligados a la explotación henequenera, lo que se traducirá en acciones de protesta llevadas a cabo solo por éstos.

Desde la perspectiva de la tenencia de la tierra, no hay cambios significativos respecto al período anterior; los datos que el propio gobierno yucateco calcula respecto de la actual (1977) tenencia de la tierra son los siguientes<sup>11</sup>:

Propiedad ejidal	2.000.000 ha.
Propiedad particular	1.800.000 ha.
Propiedad nacional	539.900 ha.
Total	4.337.900 ha.

De la información del censo de 1970 sobre tenencia de la tierra se concluye que el 36,49 % de las tierras están en ese año en manos de propietarios privados, pero si analizamos la distribución de las tierras de labor, vemos que, mientras que en los propietarios de más de 5 hectáreas estas tierras de labor constituyen el 23,9% del total de sus tierras, en el caso de las tierras de propiedad ejidal solo son el 18,48 %. Esto se refuerza si analizamos la relación de tenencia de tierras no aptas, que en el caso de los propietarios implica el 14 % del total de sus tierras, mientras que en el caso de los ejidatarios llega al 23 %. Si analizamos también la información sobre las tierras que en ambos casos pueden abrirse a cultivos, la situación aparece aún más diferencial, ya que mientras el 21,6 % de las tierras en manos de propietarios de más de cinco hectáreas pueden ser cultivadas, esto solo ocurre con el 15 % de las tierras de propiedad ejidal. Ahora bien, si sumamos las tierras laborables, y las que pueden ser abiertas a la agricultura los propietarios tienen el 42,85 % de dichas tierras.

11 Los datos del Censo agrícola, ganadero y ejidal de 1975 dan cifras un tanto distintas:

Tipo de tenencia	Tierras censadas	Tierras de labor	Tierras no adecuadas
Privada - 5 ha.	1.067.052,8	255.150	162.619
Privada - 5 ha.	7.510	4.111,4	990
Ejidos y colonias	1.870.215,5	345.690,4	436.980
Totales	2.944.778,3	604.951,8	600.590

Como se puede observar, los datos diferenciales están referidos a la propiedad privada. Más adelante realizaremos un análisis de la evolución de la tenencia de la tierra.

Si bien en algunas áreas peninsulares existe presión demográfica sobre la tierra, tanto los datos censales sobre la existencia de tierras ejidales y privadas que aún pueden ser abiertas al cultivo, como el menor crecimiento demográfico de la entidad, y el mantenimiento de disfrutes semicomunales de tierras en algunas regiones yucatecas, indican que el «hambre de tierras» es mucho menos significativo en esta provincia que en otros estados mexicanos. Durante las décadas de 1960 y 1970 la península de Yucatán fue, luego del noroeste de México, la región que más tierras nuevas abrió al cultivo. Según MARTÍNEZ VILLAGÓMEZ *et alii* (1975), la existencia de tierras, así como el disfrute semicomunal de las mismas ha evitado por ahora el parcelamiento de las propiedades. Inclusive en Yucatán domina todavía la rotación anual de tierras, lo cual hemos encontrado en Ticul y Pustunich evitando la presión de la demanda de tierras que opera en otros estados mexicanos.

### *La trayectoria económica de Yucatán*

A partir de los materiales presentados analizaremos la trayectoria económica de Yucatán sobre todo desde la década de 1930 hasta la actualidad, dado que es a partir de la misma que se establecen las condiciones económico/políticas que aún dominan en este estado, subrayando que dicha trayectoria la haremos focalizando la evolución de los dos principales cultivos yucatecos, complementándola con información actual sobre el resto de la producción yucateca.

En los cuadros 3, 4, 5 y 6 pueden observarse varias series históricas incompletas respecto del henequén y del maíz que tratan de comprender todo el período estudiado, y en dichos cuadros aparecen claramente expresadas similitudes y diferencias que deben ser primero estudiadas por separado, para luego hallar una explicación de conjunto del proceso productivo.

Tanto la superficie plantada como la producción y la exportación de henequén tienen un continuo y notable ascenso desde finales del siglo XIX hasta la década de 1910, alcanzando entre 1912 y 1916 los mayores valores productivos. A partir de estas fechas tanto procesos «internos» como «externos» generaron una situación de crisis permanente, primero de comercialización y luego de producción y comercialización del henequén. Los factores «externos» deben ser referidos a que Yucatán no tuvo competencias en el mercado mundial hasta después de la primera guerra mundial.

Dicho carácter monopólico influyó en la baja calidad del producto, así como en el rezago de la maquinaria utilizada para procesar el producto, lo cual incidió negativamente cuando emergieron otros centros productores de henequén cuyos costos de producción eran mucho menores que los yucatecos, y que además generaban una fibra de mejor calidad. Una encuesta realizada a compradores norteamericanos por encargo del gobierno mexicano a principios de la década de 1940, señaló que el conjunto de los compradores prefería la fibra de henequén de otros países por dos motivos básicos: la mejor calidad del producto, y que Yucatán aparecía cada vez más como un competidor en la industrialización de la fibra. Otro factor «externo» que, según algunos autores, incidió fue la presión que los compradores norteamericanos habrían ejercido ante el ascenso del Partido Socialista primero y la aplicación de la reforma agraria después.

No obstante, debe señalarse que el ulterior desarrollo «no socialista» no condujo a la demanda de henequén yucateco, salvo en el caso de la segunda guerra mundial, que obligó a los compradores a adquirirlo dado que la mayoría de las otras áreas productoras de henequén estaban paralizadas o en manos de alemanes y japoneses.

Los factores «internos» más importantes fueron de tipo político, ya que, durante la década de 1920, y sobre todo de 1930, la amenaza de reforma agraria condujo a que los propietarios de las plantaciones sabotearan la producción. Este proceso se agudizó a finales de la década de 1930 cuando, hecha efectiva la distribución de tierras, los sectores propietarios desquiciaron la producción, lo cual se evidenció en el descenso del rendimiento por hectárea, así como en el aparente descenso de calidad del producto. La reforma agraria generó además otras consecuencias, como el inadecuado manejo campesino del proceso productivo y la burocratización en los organizadores y supervisores del proceso productivo y de comercialización, lo cual profundizó aún más el «desquicio de la producción». Como es sabido, los planteles henequeneros deben ser renovados periódicamente para asegurar los rendimientos, y esta renovación debe contemplar un ciclo de crecimiento de la planta que va de cinco a siete años para asegurar la productividad y calidad de la fibra. Y justamente, el «desquicio» señalado se dio a través de una falta de cuidado en el ciclo productivo del henequén, lo cual operó cuando se generó un notable incremento de la demanda de la fibra entre 1939 y 1945.

Otro factor «interno» que afectó el proceso productivo tiene que ver con la apropiación diferencial de las ganancias producidas por el henequén, tanto por la antigua clase dominante como por el nuevo sector

burocrático. Estos sectores actuaron de manera complementaria y en detrimento de la situación de los ejidatarios, y así, por ejemplo, en 1938 la Sociedad Henequenera y el gobierno estatal se quedaron con el 50% del valor de la producción; mientras en 1943, según datos oficiales de Henequeneros de Yucatán, se obtuvieron 103.512.194.52 pesos, los que fueron distribuidos de la siguiente manera:

Hacendados (unas 500 familias)	31,20 %
Burócratas <i>et alii</i>	25,06 %
Ejidatarios	24,33 %
Impuestos	19,41 %

Es decir que el sector gubernamental y los antiguos dueños se apropiaron de más del 75 % de los ingresos producidos por el henequén. Estos factores, que con algunas modificaciones habrían de mantenerse durante gran parte del lapso analizado, suponen un proceso según el cual los sectores dominantes utilizan mecanismos de apropiación que adaptan a las nuevas condiciones políticas y económicas, y que en todos los casos implica el proceso de explotación de los ejidatarios.

Establecida la reforma agraria, la vieja clase propietaria produjo otros mecanismos para seguir acumulando y controlando el ciclo productivo del henequén. Los mecanismos básicos fueron los de seguir controlando el proceso de transformación y de comercialización, pese a que teóricamente este último estaba en manos del estado. Como luego veremos, las instituciones impulsadas por Cárdenas, y en especial una de ellas, Henequeneros de Yucatán, operarán casi exclusivamente en función de los intereses de los hacendados, de los industriales y del sector burocrático. Esta nueva reestructuración de la dominación se produjo a través de varios procesos, siendo uno de los más importantes el incremento del sector industrial inducido por la segunda guerra mundial. A principios de la década de 1940 las 2/3 partes del henequén yucateco se exportaban en forma de fibra sin elaborar, pero el proceso bélico requirió que el proceso de industrialización local de la fibra se hiciera en la península, y así en 1945 Yucatán contaba con 103 fábricas transformadoras del agave, lo que llevó a que en la década de 1960 el 80 % del henequén producido era convertido en fibra en Yucatán.

Los antiguos propietarios basarían su capacidad de acumulación y explotación tanto en la desfibración como en la industrialización del henequén, tendencia que durante los decenios de 1940 y 1950 fue favorecida por el gobierno en detrimento de los productores directos, en particular de los ejidatarios:

So pretexto de favorecer la industrialización local del henequén, los cordeleros establecidos en Yucatán han obtenido del Gobierno o de los administradores de Henequeneros de Yucatán diversas concesiones o privilegios, tales como primas o precios especiales en detrimento de los ingresos de los productores de henequén en rama; a los cordeleros locales les interesa sobremanera toda especulación que tienda a deprimir los precios del henequén yucateco, ya que así se colocan en condiciones de bajar sus costos de producción y de competir mejor con los cordeleros extranjeros... El control y manejo de la administración de Henequeneros de Yucatán, ejercido en ciertos momentos por algunos de los más poderosos representantes del sector cordelero, ha tendido a favorecer los intereses particulares de éstos aun en detrimento de los productores en rama (BETANCOURT 1953: 166).

Además, pese a que el estado creó instituciones propias de comercialización, han sido las antiguas casas compradoras y sus miembros los verdaderos directores de dicho proceso, ya que como concluye BETANCOURT:

El poder público por su parte, ha venido a transformarse en el apéndice político de los grandes especuladores del comercio del henequén; las luchas por el control del poder político en Yucatán no han sido las más de las veces, sino pugnas de grupos de especuladores que aspiran a manejar directamente o por interpósita persona los cuantiosos intereses henequeneros del Estado (1953: 167-168).

Lo descrito por ese autor es corroborado por casi la totalidad de las fuentes consultadas, así como por entrevistas realizadas en 1977 y 1978 con ejidatarios en varias comunidades yucatecas. Generado un fuerte descenso de la demanda externa al concluir la segunda guerra mundial, se trató que la demanda se mantuviera a través del mercado interno, lo cual no ocurrió debido a la expansión de las fibras plásticas. No obstante, la alta producción fue mantenida tanto para seguir beneficiando económicamente a los sectores dominantes como para limitar el incremento de la desocupación, que se generaría al reducir la producción.

**Cuadro 3. Producción de henequén y maíz en Yucatán: 1890-1977**

Años	Henequén		Maíz	
	Superficie ha.	Volumen kg.	Superficie ha.	Volumen kg.
1890	100.000			
1895		38.841		50.438
1900		66.500		87.259
1905		80.383		22.195
1910				
1912	375.000			
1915				
1920				
1925	127.340	136.930	36.272	25.820
1926	114.912	117.206	35.133	23.172
1927	125.870	147.492	38.586	27.835
1928	118.116	139.140	37.113	5.515
1929	108.021	121.456	38.778	35.368
1930	100.945	118.591	43.135	31.368
1935	87.284	81.138		
1939	99.431	96.242	70.161	51.741
1940	101.363	91.040	70.322	6.822
	(108.560	101.957)		
1941	107.672	112.836	49.963	5.490
1942	127.281	131.535		
1943	133.502	131.969	26.924	11.578
1944	128.639	119.971	42.110	31.965
1945	131.834	96.517	43.068	37.412
1946	129.430	97.937	43.043	37.968
1947	130.346	107.673	44.627	55.054
1948	129.082	112.115	61.700	59.540
1949	129.849	93.491	62.549	60.130
1950	129.547	90.128	65.425	53.060
	(198.303		92.270	76.603)
1951	131.131	85.071	70.517	53.728



Años	Henequén		Maíz	
	Superficie ha.	Volumen kg.	Superficie ha.	Volumen kg.
1952	137.111	86.715	58.400	53.728
1953	136.712	81.543	92.390	80.749
1954	139.909	96.400	95.562	56.000
1955	141.815	100.479	99.243	60.935
1956	143.072	100.684	78.700	69.846
1957	143.847	106.063	51.564	41.033
1958	145.455	110.250	76.000	67.000
1959	147.379	134.959	76.000	60.000
1960	159.600	141.520	83.000	91.000
	(312.622	223.488	113.623	87.002)
1961	160.045	141.856	93.840	74.332
1962	163.467	142.948	98.616	72.951
1963	166.513	154.403	82.996	63.897
1964	192.801	176.935	93.113	88.206
1965	184.665	173.585	100.008	87.850
1966	185.300	176.000	70.000	60.000
1967	170.394	121.412	92.957	78.670
1968	160.936	109.997	101.144	70.000
1969	160.000	110.000	90.565	88.206
1970	150.460	117.750	105.901	93.087
	(266.807		96.482)	
1971	154.591	113.470	128.257	100.297
1972	173.786	113.830	115.000	104.955
1973	109.200		117.859	109.712
1974	170.000	111.984	126.000	122.000
1975	160.000	101.420	87.149	92.495
1976	155.000	98.526	100.850	95.133
1977		85.697	74.116	77.800

Fuentes: DIRECCIÓN GENERAL DE ESTADÍSTICAS: ANUARIOS ESTADÍSTICOS, CENSOS AGRÍCOLAS, GANADEROS Y EJIDALES; SECRETARÍA DE AGRICULTURA Y FOMENTO; ENCICLOPEDIA YUCATANENSE 1978; ASKINASY 1936. (Cuando falta en formación se debe a que no se la localizó en estas fuentes ni en otras alternativas).

Esta situación haría crisis durante la década de 1960, ya que a partir de 1964 descenderá notablemente el volumen de producción del agave, y se reducirán cada vez más los volúmenes de exportación, lo cual condujo que de las 103 fábricas que existían en la década de 1940, solamente quedarán 54 en 1963. Esta crisis de sobreproducción condujo a la liquidación de Henequeneros, y a intentar racionalizar la producción tanto a nivel de cultivo como de transformación del mismo, basada en la restricción de las áreas cultivadas.

Si bien durante todo el lapso estudiado, inclusive en la década de 1910, se establecen restricciones a las áreas plantadas; sin embargo, asistimos también periódicamente a nuevas expansiones del área henequenera. Todavía no sabemos si las duras restricciones establecidas en 1974 constituyen restricciones definitivas, o solo configuran medidas momentáneas que serán revisadas cuando las presiones económico/políticas locales lo demanden. No obstante, la reducción de la producción continúa, incluso con resultados más bajos que los previstos; y así, para 1977 el volumen de producción se calculó en 100.000 toneladas, pero la producción alcanzada fue solo de 85.697 toneladas, lo que representa el 85,7 % de la meta programada. En 1979 se cosecharon 70.000 toneladas, y según el gobernador yucateco en 1980 la cosecha bajará a 65.000.

Frente a esta situación, se decidió nuevamente incrementar los precios de la fibra en el mercado interno, lo cual buscaba que, con menor producción, se mantuvieran o incluso aumentaran los ingresos devenidos de la comercialización. Pero esto no se produjo debido a dos hechos básicos, primero por el ya señalado descenso de la producción, y segundo por la reducción de los volúmenes de compra por parte de Cordemex, que durante el ciclo 1976-1977 solo compró el 60 % de la producción. Esta situación, según un estudio de coyuntura del COPRODEX,

Puede explicarse por falta de capacitación para mejorar las técnicas de cultivo, que ha limitado el aprovechamiento óptimo en la explotación de las áreas sembradas; deficiente organización para el trabajo, que ha impedido el cabal cumplimiento de las tareas agrícolas, y junto a estas limitaciones en el área productiva han ido surgiendo problemas de carácter social (1978: 2).

Debe subrayarse que la producción henequenera, pese a su actual situación de crisis, es y ha sido el factor más dinámico y el de mayor importancia del proceso económico yucateco, tanto en su fase de expansión como en sus fases de crisis. Además, opera en todos los sectores econó-

micos; es decir a nivel agrario, industrial y de servicios, constituyendo en todos ellos el factor de mayor importancia económica y social. Yucatán ha dependido del henequén, y

Una ilustración de la dependencia del estado con respecto al henequén nos lo proporciona el hecho de que esta actividad participa con más del 40 % del producto bruto interno (PBI) en 1975, y absorbe prácticamente el total de la población económicamente activa (PEA) rural, además de absorber a más del 45 % del total de la PEA dedicada a actividades industriales (MONTALVO, 1977a: 39).

La manufactura cordelera es la principal industria yucateca, y el desarrollo de gran parte de los servicios ha sido determinado por esta producción. Este proceso no se ha reducido significativamente pese a la crisis que padece desde la década de 1950, y que se manifiesta, según el actual gobernador de Yucatán, en la reducción de las áreas plantadas y en el desquicio de la producción (PERIÓDICO EL DÍA, 18/03/1977). Ahora bien, y es uno de los aspectos que domina todo el proceso estudiado; pese a que el campesinado yucateco ha sido el principal actor productivo y el mayoritario en términos demográficos, sin embargo su papel se ha caracterizado por su pasividad, por asumir que las direcciones económicas y políticas fueran lideradas e impulsadas por otros sectores sociales, y tratando de sobrevivir a través de estrategias cada vez más salariales articuladas con una producción para el autoconsumo. Lo cual no niega que haya ejercido presiones, descontentos e inclusive saqueos, pero lo dominante es haber desarrollado una cultura del «aguante».

Para explicar el desarrollo de la producción maicera necesitamos relacionarla con los procesos de expansión y retracción de la producción henequenera, con la implementación de la reforma agraria y con el deterioro comparativo de los precios y de los ingresos obtenidos del maíz. Al observar la serie histórica referida a la superficie dedicada a la producción de maíz en Yucatán, se destaca que durante los gobiernos «socialistas» de las décadas de 1920 y 1930 dicha superficie permanece estancada o crece levemente. El incremento de la superficie cultivada se dará a través del impacto de la reforma agraria cardenista, ya que se pasa de una extensión promedio de 37.000 hectáreas en el decenio de 1930 a 70.000 en 1939 y 1940.

La sucesivas malas cosechas que se dieron en 1939, 1940, 1941 y 1943, junto con la nueva expansión henequenera (1941-1952) y el notable aumento comparativo de los salarios, condujo a que hasta mediados de esa

década (1946-1947) las superficies y volúmenes de producción maicera se mantuviesen muy bajos; y que solo luego de esa fecha comenzarán a tener una producción similar a la de la década de 1930 pero, y esto es fundamental, dentro de un panorama comparativo de mejores condiciones ocupacionales, por lo menos durante varios años. A partir de 1948 aumentará sensiblemente la superficie plantada de maíz, para estacionarse después y mantenerse hasta la actualidad con las oscilaciones normales de un cultivo de temporal, y dentro de las condiciones que estamos analizando. El aumento de la producción va a ser correlativo de la nueva crisis henequenera, y ello nos está señalando algo que ya hemos analizado desde otras perspectivas; es decir el campesinado yucateco está orientado hacia cultivos para el mercado, en especial el henequén, y solo deja de producirlo cuando ya no rinde, y sobre todo cuando es presionado por el estado, pero retornando a cultivarlo cuando vuelve a ser rentable.

En el período 1957-1977 los volúmenes de producción maicera tuvieron fuertes oscilaciones, que van desde cosechas de 30.000 y 45.000 toneladas en 1967 y 1962 respectivamente, a cosechas de 120.000 en 1973, con una media anual de 78.000 toneladas. Estas oscilaciones se deben en gran medida a que el maíz, como ya lo hemos reiterado, en Yucatán es exclusivamente un cultivo de temporal y con bajas condiciones técnicas de producción. Y así, en el año en que se iniciamos este estudio, la baja producción se debió al adelanto de las lluvias, lo cual impidió realizar la quema de los campos según el sistema tradicional de quema y roza: «De las 125.000 hectáreas programadas para sembrar en «el ciclo primavera-verano 77-77 solo fueron sembradas y cosechadas 74.116 has. (El 59%)» (COPRODEY 1978:4). Es decir, que el campesinado yucateco ha dependido siempre de fuerzas externas que él no controla, y me refiero a la dependencia de los temporales y a la dependencia de la demanda externa de sus productos.

Para profundizar aún más el desarrollo y las consecuencias de la producción maicera hemos preparado los cuadros 4 y 5, y de la lectura de los mismos surgen algunos datos interesantes; primero que, dentro de las oscilaciones señaladas, el aumento de la superficie sembrada no redujo el rendimiento por hectárea, sino que se mantuvo la tendencia a mejorar la productividad. Segundo que durante la década de 1920 comienza a generarse un incremento de la producción por habitante, que logra sus más altos valores durante la década de 1950 y comienza a bajar durante los decenios de 1960 y 1970, aunque sin descender a las tasas de los primeros

años de la década de 1920. Si bien nuestro análisis no se basa en una serie histórica anual, sino en periodos de diez años (ver cuadros 4 y 5), y por lo tanto no se incluyen las oscilaciones anuales, no obstante, los datos dan la pauta de la tendencia real generada durante el proceso<sup>12</sup>.

**Cuadro 7. Superficie y volumen de producción maicera: 1925-1977**

Años	Volumen (Kg.)	Superficie (ha.)	% Kg. x ha
1925	25.800	36.000	716,6
1930	31.368	43.135	727,2
1940	6.822	70.161	97,2
1950	76.603	92.270	822,4
1960	87.000	113.000	769,9
1970	90.000	96.000	937,7
1977	77.800	74.116	1051

**Cuadro 8. Producción maicera; relación población-volumen de producción**

Años	Volumen	Población	Tn. x 100 habitantes
1925	25.800	360.000	7,16
1930	31.368	384.790	8,15
1940	6.822	418.210	1,63
1950	76.603	516.899	14,81
1960	87.000	614.049	14,16
1970	90.000	758.355	11,86
1977	77.800	775.000	10,03

Fuentes: DCE: Censos; Askinas 1936; Enciclopedia Yucatanense 1977.

Además, debe señalarse que los volúmenes de maíz por habitante no reflejan la misma situación en todos los períodos, en la medida que justamente el comienzo del descenso en los volúmenes productivos coincide con el inicio del deterioro más marcado del precio de los productos alimenticios primarios respecto de los manufacturados; es decir, se hace sentir más intensamente la desigualdad en los precios relativos. Esto significará que, tanto en las situaciones normales como en las de crisis, el deterioro en los ingresos se irá incrementando, generándose condiciones

12 Verificado además por la serie histórica 1957-1977.

cada vez más dificultosas para el campesinado de «subsistencia». Así, por ejemplo, para el ciclo 1977/77, se calculó que el consumo de maíz debía ser de alrededor de 150.000 toneladas; pero dado que la cosecha solo fue de 77.803 toneladas, con un déficit del 51 % respecto a las necesidades previstas, se requirió la importación de 60.000 toneladas de los Estados Unidos.

Por lo cual, si bien a largo plazo hay un incremento comparativo de áreas, volúmenes absolutos y productividad, las crisis periódicas generadas por las condiciones del cultivo tendrán repercusiones más graves, dado que, en términos comparativos, los ingresos obtenidos de este producto son cada vez menores. Es decir, el maíz sirve cada vez menos para vivir; ya que su producción solo alcanza, aun en períodos normales, para permitir la supervivencia durante una parte del año, obligando al campesino a buscar otras fuentes de ingresos. Lo que describe Rivera (1976) para el área de Peto fue detectado por nosotros para Ticul, Pustunich y otras pequeñas comunidades de las regiones II y III; según esta autora, y dado el nivel de ingresos, así como el volumen de la cosecha del campesinado estudiado, los mismos solo alcanzan para el lapso que va de enero a julio; luego, coincidiendo con las lluvias y con determinadas epidemias, comienza un período de escasez en todo sentido, y en particular alimentario, que va de julio a octubre. Esta situación se agudiza por supuesto durante los años de malas cosechas.

La producción maicera es la que expresa con caracteres paradigmáticos las formas tradicionales de producción, y ajeno a discutir si éstas son —o no— las formas más correctas y adecuadas de producción, lo cierto es que la misma no cubre las necesidades básicas de la población yucateca. Si aceptamos que la población que produce maíz en condiciones de cultivo de subsistencia, vende el 20 % de lo obtenido, y que dicho cultivo tiene rendimientos de 600 a 800 kilogramos por hectárea; ocurre a que, pese a que han aumentado los precios de garantía en los últimos años, dichos ingresos no permiten vivir al campesino y su familia. Situación que se agrava, porque la pérdida de fertilidad de una parte de las tierras, reduce aún más los niveles de producción.

Además de estos dos productos, que en gran medida condicionan la vida del campesinado yucateco, existen otros productos agropecuarios que tienen importancia regional, y que han constituido o constituyen intentos de diversificación productiva. En términos regionales, tiene significación la producción bovina, que centrada en Tizimin, se ha tratado de desarrollar durante el último período en la región sur, incluido limitada-

mente Ticul (ejido ganadero Lázaro Cárdenas). Las condiciones generales del suelo yucateco constituyen una seria limitación para el desarrollo de esta producción, tanto en calidad como cantidad, dada la baja capacidad de agostadero de la mayoría de las tierras aptas. Las alternativas de explotación ejidal generadas básicamente en el sur de Yucatán no parecen ser una solución a los problemas de ocupacionales y su ocupacionales del campesinado yucateco, en la medida que la explotación ganadera, luego de realizadas las obras de infraestructura y mantenimiento iniciales, requiere mucho menos mano de obra que las restantes explotaciones rurales. Es decir que, aun cuando este tipo de explotación tenga éxito, no retendrá mucha población y continuará la emigración como se observa en las regiones donde más tempranamente se desarrolló la ganadería.

Respecto de la producción citrícola, estrechamente relacionada con la creación del Distrito de Riego 48 y que implica en gran medida a Ticul; no ha conseguido superar la etapa de la improvisación permanente, ya que por problemas de organización de la producción y de comercialización, constituye solo una alternativa para los sectores con capacidad económica propia.

Yucatán es en la actualidad el primer productor mundial de miel, aun cuando esta producción fluctúa notablemente según las demandas del mercado externo; pero, además, las condiciones de comercialización del producto solo permiten reducidos ingresos al productor directo, no obstante haber cambiado en la década de 1970 las condiciones de comercialización. Es decir, los mayores ingresos quedan en las manos de quienes comercializan el producto, de tal manera que hasta la segunda mitad de la década de 1960 la compañía norteamericana Wilson y la compañía alemana Tuckel e Hijos monopolizaban la compra del producto, imponiendo al campesino un precio muy por debajo del proceso productivo.

Si bien durante ese período se constituyeron cooperativas provinciales, que en 1971 unificaron los precios de oferta de miel al exterior para enfrentar la acción monopólica de dichas compañías; sin embargo, este proceso solo ha beneficiado a los que manejan la cooperativa, quienes no son productores directos. Y así, por ejemplo, en el caso de Ticul los apicultores locales no se consideran miembros de la cooperativa, ya que solo tienen con ella una relación de venta/compra de miel.

Además de la producción agropecuaria existe un sector industrial que ha tenido un desarrollo limitado y dentro del cual, como se señaló, la transformación del henequén tiene un papel determinante. Por otro lado,

como puede observarse de los datos censales, han tenido un desarrollo significativo a partir de la década de 1940 la fabricación de alimentos y bebidas, la industria del vestido, la de la construcción, así como el desarrollo de determinadas producciones «artesanales». No analizaremos estos procesos en particular, pero nos interesa señalar la paulatina y constante constitución de un nuevo sector obrero concentrado básicamente en Mérida, que se genera a partir de este desarrollo industrial, aunque con las limitaciones impuestas por las condiciones de trabajo, ya que la mayoría son pequeños y medianos talleres, como lo hemos observado en Ticul.

En esta ciudad se impulsó el desarrollo de determinadas industrias, sobre todo del vestido, que presentan diferentes formas productivas, desde las artesanales/familiares hasta la producción organizada industrialmente, aunque en todos los casos la producción está determinada por un mercado externo a Ticul. Y esto lo vemos funcionar tanto para la producción tradicional (sombreros, hipiles, alfarería), como para la producción incorporada básicamente luego de 1940 (calzado, guayaberas). La mayor parte de esta producción se realiza a través de empresas pequeñas y medianas, que basan su desarrollo en la explotación de la mano de obra familiar, o en la explotación de mano de obra asalariada en condiciones que le permiten la competitividad de sus productos gracias a los bajos costos de producción.

Por último, en recientes decenios se ha dado un incremento de la producción pesquera y del área turismo, que se han convertido en dos de los sectores más dinámicos, y para los cuales Yucatán cuenta con condiciones de desarrollo autónomo. Durante las décadas de 1960 y 1970 las inversiones en turismo se incrementaron notablemente, y lo convirtieron en la segunda «industria», luego del henequén. Y ligado a este crecimiento se ha dado el actual desarrollo de las artesanías, que ha beneficiado a varias localidades y especialmente a Ticul.

En Yucatán las características del proceso productivo han permitido el desarrollo significativo del sector comercial y financiero que opera en diferentes niveles, desde la inversión financiera en turismo y construcción, hasta —y es uno de los procesos más señalados en este estudio— el proceso de apropiación de los productos generados por los campesinos y/o artesanos, y nos referimos al maíz, los cítricos, la miel, los sombreros, los hipiles, y otros productos agropecuarios y artesanales, tanto para un mercado interno, como sobre todo para consumo externo



Este proceso de apropiación comercial y financiero opera en todos los niveles, desde las áreas ejidales, parajes y pequeños poblados hasta las medianas ciudades y Mérida, donde los pequeños y sobre todo medianos comerciantes realizan una tarea permanente de compra en los períodos de cosecha de los diferentes productos agropecuarios, o establecen normas casi monopólicas en la compra de determinadas artesanías. Los comerciantes compran cualquier tipo de producción, fijando precios por debajo del mercado, inclusive en relación con los precios de garantía fijados por el gobierno nacional, como en el caso del maíz. Estos precios, en general, deben ser aceptados por el campesino debido al endeudamiento previo con éste u otro comprador, o porque necesita vender sus productos para poder cubrir su consumo básico.

Este proceso de comercialización está relacionado con el manejo del crédito o préstamo usurario, ya que son estos comerciantes los que adelantan dinero al campesino generando un proceso de endeudamiento que suele vincularlo al prestamista con cierto grado de constancia. Como luego veremos, en estas operaciones usuarias también intervienen profesionales privados, y también funcionarios estatales. Durante la década de 1970 se trató de controlar esta situación creando instituciones que, como la Compañía Nacional de Subsistencia Popular (Conasupo), tendían a la eliminación del intermediario. Tanto por situaciones de «compromiso» previo con compradores y/o prestamistas, como por la propia labor de la Conasupo, esto no se logró. Un informe para la región sur, luego de un estudio intensivo del área, concluye:

En base a esta información podemos considerar que la administración pasada y actual de la Conasupo no cumple con sus funciones, que mantiene relaciones de complicidad con los intermediarios que obligan a los ejidatarios a vender a éstos sus productos a precios arbitrarios, para después en los mismos sacos que les proporcionan le vendan el maíz seleccionado al precio de garantía y que además la administración incurra en casos de corrupción al cobrar «mordida» a los ejidatarios para aceptarles la cosecha (MARTÍNEZ VILLAGÓMEZ *et alii*, 1975: 19-20).

En otros casos son las propias organizaciones, que supuestamente representan a los productores, las que intervienen de manera negativa en el proceso de comercialización, como ocurre con la producción de miel y cera. Por último, tenemos las situaciones de falta de competitividad del producto por inferior calidad, por problemas de encarecimiento del transporte, o por situación de competencia en los precios, lo que conduce a

vender la producción a precios muy por debajo de su valor en el mercado, como ocurre actualmente con los cítricos y con la industria sombrerera.

En el sector agropecuario se ha impulsado, como ya se señaló, la producción ganadera, y especialmente la vacuna, que ha dado lugar al desarrollo de una burguesía media, ya que si bien el estado ha creado condiciones para su desarrollo, solo fueron aprovechadas por empresarios privados. Y si bien durante los 70 se han establecido ejidos ganaderos, aún no sabemos cuáles serán sus resultados.

En el caso de la explotación ganadera, tal como suele darse en Yucatán, asistimos a un proceso en el cual un pequeño sector es el que realmente utiliza las obras que el estado genera para «la comunidad». Como señala el informe de coyuntura del Coprodey, en la actividad ganadera yucateca coexisten dos sistemas de explotación:

Uno el de la ganadería moderna, bien organizada, que se localiza en diez municipios del Estado integrado por grandes ganaderos, que combinan esta actividad con el comercio; que poseen el 45 % de la población ganadera; con seguridad en la tenencia de la tierra, con propiedades de gran tamaño; en donde se conjuga el uso de instalaciones y equipo para el adecuado control de las enfermedades y con apoyo crediticio. Aquí el índice de agostadero y la calidad del ganado es superior a la de las otras áreas. La ganadería fuera del oriente está localizada en los 96 municipios restantes del Estado, con las siguientes características: practicada por pequeños y medianos ganaderos; con deficiente organización; poseen el 55 % de la población ganadera en predios ejidales y superficies pequeñas; con problemas de tenencia de tierras; no hay un suficiente control de enfermedades por falta de infraestructura y capacitación; falta de pastizales y baja calidad del ganado. Como se observa, en ambos sistemas existen diferencias muy marcadas: en el primero, las fuentes de inversiones han hecho una ganadería rentable, que ha permitido una capitalización a mediano plazo. En el segundo, la falta de inversiones la mantiene con pocas posibilidades de desarrollo (COPRODEY, 1978:9-10).

Este desarrollo diferencial está montado justamente sobre la posibilidad de apropiación diferencial de las medidas de gobierno, pero es el sector empresarial el que realmente se aprovecha de las campañas de vacunación a animales y de los proyectos de promoción y capacitación financiados por el estado. Es este sector quien se beneficia de la ley ganadera de 1972, que al mismo tiempo que crea las condiciones de un desarrollo capitalista más pleno de la producción pecuaria, limita la posibilidad de una ganadería de «subsistencia». Lo que algunas evaluaciones del Progra-

ma de Inversiones para el Desarrollo Rural (PIDER) (ARELLANO, 1978b) hallaron en la zona sur, fue encontrado por nosotros en el área de Ticul, ya que la ley ganadera obligó a mantener el ganado en áreas cercadas, lo que de hecho condujo a que solo pudieran sobrevivir las explotaciones mayores, ya que las pequeñas, en las cuales la ganadería formaba parte con el maíz de un complejo de «subsistencia», tuvieron que abandonar dicha actividad, debido a la carencia de pastos suficientes, a la inexistencia de capital o de tiempo, así como de mano de obra para la construcción de los cercados exigidos por la nueva ley.

Esta polarización, generada por la acción del estado y por la propia dinámica del proceso económico capitalista, si bien puede percibirse con mayor claridad en la producción ganadera, funciona para el conjunto de la producción agropecuaria yucateca. Ya presentamos los datos sobre tenencia de tierras laborables, que indican el rol determinante que la propiedad privada sigue teniendo en Yucatán. Si además analizamos la potencialidad productiva de los sectores privados y ejidal respectivamente, observaremos que, salvo en las superficies irrigadas que son favorables a la propiedad ejidal, en todos los demás insumos y tenencias, la propiedad privada está en mejores condiciones de productividad.

Del análisis comparado de la cantidad y tipo de maquinaria y vehículos, así como del tipo y cantidad de insumos que contribuyen al mejoramiento o control de la tierra y los cultivos, se verifica con notable claridad dicha conclusión. En 1970, con el 31,3 % de las tierras, los propietarios privados con más de cinco hectáreas tenían el 82,9 % de los arados con discos de hierro, el 80% de las rastras, el 100 % de las sembradoras a tractor, y el 70 % de las sembradoras a tracción animal; también tenían el 92,3 % de las cultivadoras a tractor, el 77 % de los tractores, el 62,4 % de los camiones y el 64,4 % de las camionetas. Además, poseían el 90,2 % de la potencia de los motores diesel y/o a gas y el 92,4 % de la potencia de los motores eléctricos. Respecto de otros insumos observamos que estos productores han invertido el 91,3 % de los gastos en fertilizantes químicos y el 79,3 % de los gastos en insecticidas y herbicidas. Todos estos datos señalan la potencial diferencia en la capacidad de producción de propietarios y ejidatarios (véanse cuadros 6 a 11 y apéndice IV).

A su vez, si estos datos se refieren comparativamente a los Estados Unidos Mexicanos evidencian aún más la situación crítica del campesinado yucateco. Yucatán, junto con los estados de Puebla y Coahuila, es el estado que entre 1930 y 1970 menos incrementó sus tierras de labor;

y si bien ha aumentado sus tierras de riego, también es cierto que es uno de los estados con menor superficie irrigada y que sigue siendo el sector privado el que tiene una mejor relación de tierras irrigadas respecto a las tierras de labor. De las 5.988 hectáreas irrigadas existentes en 1970 los propietarios privados poseen 2.033, que representan el 2,2 % de sus tierras de labor; mientras que, si bien los ejidatarios tienen ahora 3.956 hectáreas irrigadas, éstas solo representan el 1,1 % de las tierras de labor. Además, comparando a nivel nacional los gastos en fertilizantes para 1970, Yucatán aparece como el estado que gasta menos en fertilizantes por hectárea, ya que solo son tres pesos) frente a los 224 pesos gastados por Sonora, y esto pese a que en el período 1960-1970 Yucatán fue uno de los estados que más incrementó el uso de los fertilizantes. Otro tanto puede decirse a nivel comparativo de la tracción empleada en el proceso productivo agrícola/ganadero, ya que constituye uno de los estados con menor tracción mecanizada, pero también con menor tracción animal, siendo tal vez el estado donde la mayor tracción empleada es la tracción humana.

**Cuadro 9. Existencias de maquinaria y vehículos, 1970.**

Arados									Rastras	
Madera			Discos de Hierro		Vertedera de Hierro		Otros			
I	7	5,1%	34	82,9%	4	1,2%	52	48,2%	24	80%
II	13	9,6%								
III	125	92,5%	7	17,1%	330	98,8%	56	51,8%	6	20%
T	135		41		334			108	30	

Fuente: Quinto censo agrícola, ganadero y ejidal 1975.

**Cuadro 10.**

Sector primario	54%
Sector secundario	15%
Sector terciario	27%
Otros	4%

Este desarrollo diferencial, basado en mecanismos de apropiación y distribución político/económicos, que dará lugar a la constitución de determinados estratos sociales, ha generado también un desarrollo regional

desigual, que se acentúa cada vez más, y que no ha podido ser revertido por las medidas aplicadas. A partir de los datos obtenidos, consideramos que existen tres regiones básicas determinadas en su constitución por factores productivos, pero también por factores demográficos, institucionales y de desarrollo histórico.

Reconocemos una región norte (I), en la cual está actualmente concentrada la producción henequenera y la casi totalidad de la industria yucateca, especialmente en los municipios de Mérida, Motul y Uman. En base a datos de 1970 encontramos que aquí se genera el 85,5 % del valor de la producción textil, el 76,5 % de los productos alimenticios manufacturados y el 97,7 % de la producción de bebidas, que son las tres ramas que aportan el 74 % del valor total de la producción industrial. También las actividades comerciales se concentran en esta área, y solo en la región II (el oriente) hay un desarrollo relativo (Valladolid, Tizimin), que es muy reducido en la región III (sur). Es en la región norte donde se concentra la mayoría de los recursos médicos, educacionales y sobre todo económicos y financieros, los cuales además se dan en forma concentrada ya que, según cálculos locales, el 90% del total de los recursos económicos está en manos de no más de dos mil personas, residentes básicamente en esta región.

Además, como ya se señaló, reconocemos la región II con eje en Valladolid y Tizimin, y la región III con ejes en Ticul, Tekax y Peto. Ambas son áreas básicamente maiceras, pero se ha dado un proceso de diversificación productiva, basado en la región II en la ganadería, asentada en un 90% en el área de Tizimin; y en la región III en la citricultura, en la producción fabril/artesanal y últimamente en un incipiente desarrollo ganadero. Las diferencias de recursos de todo tipo entre estas áreas y la región norte evidencian la magnitud de la concentración de los mismos en esta última. Al analizar más adelante los recursos de salud nos extenderemos en la distribución diferencial de los mismos en estas tres áreas.

Como vimos, el estado, en forma directa o indirecta, se ha convertido en el principal comprador de mano de obra, cuyos «salarios» para el productor ejidal alcanzan un nivel que está por debajo de las condiciones de subsistencia del área. Ya describimos el proceso de diferenciación productiva y acumulativa que se genera en el medio agropecuario, las funciones del sector financiero y el desarrollo del aparato burocrático. Todos estos factores operan para determinar una diferenciación de ingresos, y una escala de los mismos, que generan una de las situaciones más críticas de México en términos de ingresos y de niveles de vida. Según los datos del censo de 1970, el 55 % de la población económicamente activa dedicada a

actividades agropecuarias tenía ingresos inferiores o iguales a 300 pesos mensuales, mientras los ejidatarios henequeneros recibían del gobierno 85 pesos semanales. Según los mismos datos censales el 84 % de la población declaró ingresos menores a 756 pesos mensuales, y el 1,5 % ingresos superiores a 5.000 pesos mensuales.

Aun cuando estos datos deben ser manejados con cuidado, sobre todo en lo referente a sectores de mayores recursos, las investigaciones que se han hecho en áreas restringidas señalan el dominio de los bajos y muy bajos ingresos, y la tendencia a la disminución a la pérdida de la capacidad adquisitiva de los mismos. Diversos trabajos, incluido el nuestro, han detectado para el conjunto de la población campesina y para los años 1977 y 1978 ingresos similares o aún más bajos que los señalados por el censo. A su vez, para el área de mayor desarrollo, y específicamente las zonas de Mérida y Progreso, se observa una tendencia depresiva del salario mínimo, sobre todo en relación con el proceso inflacionario, de tal manera que la capacidad adquisitiva de la población trabajadora era menor en diciembre de 1977 que en agosto de 1976 (COPRODEX, 1978: 32).

Estos bajos ingresos de la mayoría de la población yucateca deben ser relacionados con la situación de desocupación que se ha venido acentuando desde la década de 1950. Recordemos que durante el último período la política de restricción productiva del área henequenera, la conclusión de obras de infraestructura de los ejidos ganaderos, la crisis de la producción maicera de 1977-1978, y la disminución de la construcción de complejos turísticos, han acentuado aún más esta problemática.

Normalmente el campesinado yucateco dedicado a la producción de subsistencia tenía y tiene una serie de períodos «vacíos» de duración variable<sup>13</sup>, pero este tiempo «vacío», que antes dedicaba a otro tipo de acti-

13 Respecto del concepto de «tiempo vacío» se han generado dos tipos de interpretaciones, uno que lo identifica con «tiempo libre» y otro que niega tal «vacío» y analiza de paso la incorrección ideológica de dicha identificación. Boserup, Arrighi, Van Velsen, Wolf, Singer, Clark, Haswell y otros han descrito y analizado las características del «tiempo ocupado», tanto económica como socialmente, de diversos grupos cazadores, pescadores y campesinos. Según algunos autores el uso del tiempo considerado «vacío», se pone de manifiesto dramáticamente cuando, ante situaciones especiales que conducen a una merma notable de mano de obra, se genera un descenso crítico de la producción que necesita ser compensado. Los campesinos, al igual que los miembros de sociedades tribales se dedican normalmente a otras tareas domésticas productivas además de las que constituyen el eje de su trabajo, ya que «sería igualmente absurdo pensar que cuantos viven en sociedades de tipo tribal se están abandonando a un ocio improductivo cada vez que no se encuentran manejando una

vidades —desde económicas hasta sociales— lo emplea actualmente para aumentar sus ingresos a través de diferentes tipos de ocupaciones que se denominan tradicionalmente como «no calificada». Ahora bien, las condiciones señaladas, sumadas al proceso inflacionario y al endeudamiento que no logra paliar el aumento de los precios internos, incrementan el proceso de expulsión de un campesinado que intenta todas las alternativas posibles antes de emprender la emigración definitiva o transitoria. Subrayando que para mí la emigración evidencia que los sujetos ante situaciones de desocupación, de pobreza o de violencias, prefieren buscar la solución en otros espacios, y no en aquellos donde desarrollaron su vida, y experimentaron desocupación, pobreza y violencias.

### *El proceso político/económico*

En este apartado analizaré una serie de procesos que se potencian entre sí; primero el proceso político global, en el cual se va estructurando el poder hegemónico actual, que corresponde al estado federal y a la burguesía local; segundo el proceso de relaciones de clase a través del cual se desarrolla dicha hegemonía, y tercero comentaré el tipo de participaciones populares que se generaron en la situación yucateca. Este análisis lo haremos siguiendo la periodización establecida previamente.

---

azada o un hacha, o en todo caso llevando a cabo cualquier trabajo de tipo manual. Cuando hombres y mujeres se sientan todos juntos a hablar es probable que en ese momento no estén efectivamente perdiendo su tiempo en una cháchara vana, sino por el contrario estén ocupados en la resolución de una controversia nacida, por ejemplo, en relación con los límites de una parcela o bien estén discutiendo la oportunidad de transferir la aldea a un lugar idóneo, o bien que estén analizando los pro y contras de cualquier técnica agrícola nueva. Y todas éstas son evidentemente actividades que influyen en medida determinante en las condiciones de vida de los individuos o de la colectividad en su conjunto» (VAN VELSEN, citado por ARRIGHI, 1975: 119-120). La investigación antropológica realizada en Latinoamérica ha dado numerosos testimonios de estos espacios y procesos económicos, sociales e ideológicos «ocupados»; y justamente uno de los procesos más enfatizados ha sido el del reemplazo de estas ocupaciones por el tiempo de trabajo vendido.

PERIODO 1850-1914

El desarrollo de la hacienda y del sistema de plantaciones generó una clase social dominante, que se afianzaría con el desarrollo económico basado en la explotación henequenera. Este desarrollo se caracterizó por una constante expansión territorial de los hacendados, la eliminación y/o arrinconamiento de las masas poseedoras de las tierras, la generación de mecanismos de compulsión económica y física para la apropiación de mano de obra nativa e importada colocándola en relaciones de trabajo forzadas. Junto con ello se desarrolló un sistema de comunicaciones (transporte, telégrafo, teléfono) al servicio de los productores, pero que también contribuyó a la unificación y el control político de la península por parte de los sectores sociales dominantes. Este proceso será impulsado sobre todo por la burguesía exportadora y por los grandes hacendados, quienes se apoyan en su proceso de acumulación y control, en el resto de los hacendados, los que a su vez pueden ser diferenciados en dos sectores, uno «tradicional», aliado al grupo hegemónico, y otro que pretende desarrollar un proyecto independientemente de los dos sectores dominantes que están aliados con las grandes empresas compradoras de henequén norteamericanas (PAOLI y MONTALVO, 1977).

Es importante señalar que la dirección del proceso político la detenta el sector agroexportador, ligado tanto al capital financiero local como a empresas manufactureras y financieras norteamericanas. Este sector no solo provee el equipo gobernante yucateco, sino que interviene protagónicamente en la constitución del gobierno nacional, basando su poder en la propiedad de la tierra, en el capital financiero local y en sus relaciones comerciales y financieras externas, ejerciendo su poder económico/político sobre el conjunto de las clases sociales yucatecas, incluidos sectores de la burguesía terrateniente.

Este dominio se realiza no solo a través de su relación con los *trust* internacionales, sino a partir de una política económica centrada en el control del aparato bancario y de la red de transportes locales e internacionales. Las empresas compradoras norteamericanas operan a través del sector agroexportador para asegurar la obtención del producto y para incrementar sus ganancias, dentro de un proceso competitivo en que la casa Morgan elimina prácticamente a las empresas rivales generando, a través de la *International Harvester Corporation* y a partir de 1900, una monopolización de la comercialización del henequén yucateco. Junto a ésta se



mantiene la *T. Plymouth Cordage*, pero con un volumen de comercialización y financiamiento relativamente bajo. Estas compañías se manejan en Yucatán a través de una serie de «casas», siendo las más importantes las de Pierce, Escalante, Donde, y sobre todo la de Molina, que tenderá a controlar todo el proceso local. Estas casas, compraban el henequén a los productores y lo vendían a las empresas norteamericanas; pero además financiaban la producción henequenera, generando de hecho un proceso de dependencia financiera de los productores hacia las mismas.

Este sector, aliado al capital norteamericano, se adueña de los ferrocarriles y crea una banca local. La burguesía terrateniente había ido construyendo desde el último cuarto del siglo XIX una red ferrocarrilera, necesaria para la exportación del agave; y en 1902 se fusionan las diferentes líneas en la empresa Ferrocarriles Unidos de Yucatán (FFCC), cuya dirección y administración quedará en manos de miembros del grupo agroexportador. A su vez, en 1890 se crearon el Banco Yucateco y el Banco Mercantil de Yucatán, que también estaban dirigidos y administrados por personas pertenecientes a este sector.

El monopolio del proceso hizo que el grupo exportador y las compañías norteamericanas obtuviesen grandes ganancias, y así, por ejemplo, la *International Harvester* en el quinquenio 1903/1907 obtuvo 7.854.165 dólares, producto de sus transacciones comerciales con el henequén. Por lo cual, el sector financiero obtiene durante este lapso ganancias sin comparación dentro de los Estados Unidos Mexicanos, ya que los rendimientos sobre capital fijo de la banca yucateca eran del 8,2 %, mientras que para el Banco de México solo fueron del 2,2 %. Estas ganancias son producto de tres hechos básicos, la explotación del campesinado henequenero, el mantenimiento de precios bajos que favorecen al sector agroexportador y a las empresas norteamericanas, y el dominio del sector financiero que refaccionaba la producción de los hacendados. Este proceso generó fenómenos de especulación financiera que, en situaciones de crisis, como la producida en 1907, generó la quiebra de parte del sector productivo y financiero, así como al fortalecimiento del sector agroexportador ligado a la *Harvester*. Lo cual condujo a que el sector comercial y financiero norteamericano no solo se apropiara de las mayores ganancias, sino que dirigiera el proceso económico yucateco: «ahora se sabía que \$18.000.000,00 del capital social de los FFCC del estado, \$13.000.000,00 del Banco Peninsular y \$2.000.000,00 que importaban un grupo de haciendas henequeneras, habían pasado a manos foráneas para equilibrar la balanza comercial»

(BOLIO, 1967: 66). Desde que comenzó a funcionar la *International Harvester*, pese a que los hacendados mantuvieron o aumentaron su producción, comenzaron a descender notoriamente los ingresos de éstos, y por supuesto las condiciones del nivel de vida de la mano de obra empleada.

El desarrollo de esta hegemonía del capital financiero internacional iba a incrementar los conflictos entre sectores de la burguesía, que darían lugar a la emergencia de organizaciones económicas y de sectores políticos que cuestionaron la dominación del sector agroexportador, de tal manera que una fracción de los productores creó la Compañía de Hacendados Henequeneros y favoreció la instalación de la Comisión Reguladora del mercado henequenero. Ambas medidas iban dirigidas directamente contra el sector agroexportador, que respondió inicialmente negándose a financiar y a transportar el producto de los hacendados, y después creando mecanismos financieros y comerciales que le permitirían seguir dominando el proceso. De hecho, el establecimiento de la Comisión Reguladora favoreció casi únicamente a un sector de los grandes hacendados, y no modificó la situación de dependencia de los medianos productores.

La instrumentación de estas medidas, se hizo a través de acciones políticas y militares desarrolladas entre 1909 y 1911, en las cuales el campesinado yucateco funcionó como masa de maniobra de estos hacendados, aun cuando en algún caso planteó alternativas propias. No obstante, será solo con la llegada al poder de la revolución mexicana a través del gobierno de Alvarado, que se cuestionará con mayor profundidad el dominio del sector agroexportador en Yucatán. Es decir, y lo subrayo, que este sector solo será realmente cuestionado desde «afuera» de las condiciones de poder locales.

A partir del desarrollo económico/ocupacional yucateco se constituyeron varios sectores sociales subalternos, en particular un amplio campesinado, y dos sectores minoritarios en términos demográficos. Por una parte, un pequeño sector de servicios con diferentes niveles intermedios, según fuesen sus relaciones técnicas de trabajo; y por otra un sector obrero organizado fundamentalmente en torno a la transformación y transporte del henequén.

Pero la masa de población mayoritaria la constituía el campesinado diferenciado en dos sectores sociales básicos y complementarios; uno que fue incorporado de manera forzada a la producción de henequén, y otro que permanece en relaciones libres, produciendo básicamente para su «subsistencia», pero también alimentos para los trabajadores del hene-

quén. A este último sector, pertenece también la mayoría de los artesanos yucatecos. Todos estos sectores son explotados por la burguesía dominante a través de diversos mecanismos económico/sociales; siendo una de las aparentes paradojas del sistema económico yucateco, la multiplicidad de relaciones de trabajo que se articularon aparentemente sin conflicto. Son estas diversas relaciones las que no son contempladas en el análisis realizado por la mayoría de los autores, incluidos los últimos tratadistas del tema, Paoli y Montalvo. Según éstos,

Los trabajadores» que todavía no constituyen una clase, están integrados por tres tipos: mano de obra barata como trabajadores del campo, mano de obra barata como obreros asalariados (cordeleros, ferrocarrileros), y artesanos de diverso tipo (PAOLI Y MONTALVO, 1977: 42).

Pero este esquema no solo no toma en cuenta los diversos tipos de relaciones que son impuestas al campesinado, sino que tampoco integra el emergente sector de servicios (maestros, meseros, transporte), que tendrá un destacado papel político.

En función del desarrollo de estos sectores sociales no se percibían a mediados de la década de 1910, procesos y actores sociales que reorientarán las relaciones políticas y económicas entre las dos clases sociales básicas yucatecas, por lo menos en lo que podemos considerar el eje contradictorio de este proceso productivo. Seguía dominando y dirigiendo el proceso la alta burguesía yucateca, y los intentos organizativos opositores se estaban dando solamente en el sector obrero y en el de servicios, mientras que los campesinados no generaban oposiciones ni alternativas. Más aún, el campesinado maya, que permaneció organizado en «regiones de refugio» luego del período más crítico de la guerra de castas, si bien aparece como «marginal» al sistema desde perspectivas políticas e ideológicas, no lo está desde una perspectiva económica, ya que aparece integrado a través de la producción maicera y, sobre todo, a través de la chiclera.

Por lo cual la supuesta «no integración» al proceso económico yucateco del campesinado que permaneció «marginal» luego de la Guerra de Castas, no supuso una situación de marginalidad o aislamiento respecto de la sociedad global en términos ocupacionales, sino que estos sectores se integraron económica y socialmente a procesos organizados y demandados desde Belice. Esta colonia británica dependió para su supervivencia alimenticia de la producción de maíz y de aves de los mayas de la región «aislada» yucateca, decidiendo con ellos la explotación forestal del área y,

como es sabido, proporcionándole armas y municiones en función de las relaciones de potencial beligerancia mantenidas con el gobierno yucateco. Esta situación se mantuvo durante toda la segunda mitad del siglo XIX y los primeros años del XX.<sup>14</sup>

#### PERIODO 1915-1940

La situación yucateca no se articula claramente con ninguno de los proyectos políticos existentes generados a nivel nacional por la revolución mexicana, ya que si bien en los diferentes sectores (maderista, carrancista, zapatista) hay participación yucateca, en la península el proceso cobró características particulares según las propias líneas dominantes en la misma. En consecuencia, los diferentes proyectos nacionales tendieron a articularse con determinados sectores sociales yucatecos en función de los objetivos e intereses locales y de las líneas dominantes impulsadas por la revolución mexicana.

Los sectores hegemónicos de la burguesía yucateca no podían aceptar pacíficamente un proyecto que eliminaba en gran medida los fundamentos de su proceso acumulativo, es decir tanto la superexplotación de la mano de obra a través de relaciones forzadas como el control en el proceso de la comercialización de la fibra de henequén. Si la cuestión se resolvió a favor del gobierno federal es por el uso de la violencia sistemática que aplicó dicho gobierno, y por la alianza del mismo con un sector de la burguesía, por una parte, y con el incipiente movimiento obrero por otra. Apoyado en estos sectores el gobierno revolucionario de Alvarado aplica las dos principales medidas de su mandato: la liberación de la mano de obra esclava y la transformación de la Comisión Reguladora del Mercado del Henequén. La primera medida contribuye a crear una base de apoyo popular al nuevo gobierno, y la segunda confiere al estado el monopolio de la comercialización del agave. Se implementan además otras medidas económicas tendientes a fortalecer al gobierno y restar poder a las clases sociales dominantes, como fueron la apropiación de los ferrocarriles, la constitución de una flota estatal, y la creación de un banco gubernamental. Tanto estas medidas como el programa de distribución de la tierra, que

14 Ver G. D. JONES, 1971: CLERGEN, 1967; para una concepción «aislacionista» del proceso véanse los trabajos de VILLA ROJAS (1961, 1977, 1978).

inclusive se había tratado de iniciar en 1914, afectarían las condiciones de dominación y hegemonía de la clase dominante; de allí que el poder federal, para enfrentar a esta clase, necesite aliarse con sectores que, aunque presenten intereses contradictorios, aparecen como los únicos con los cuales fundar una acción organizada.

Por lo tanto, Alvarado realiza alianzas con los obreros con los cuales tenía coincidencias ideológicas, pero también con los hacendados «pro capitalistas», ya que éstos venían cuestionando los «contubernios» de los grandes hacendados con los sectores comercializador y financiero, pero lo hacían a partir de sus propios intereses que los acercaban o alejaban de las políticas de Alvarado en términos «oportunistas». Lo cual puede observarse en el desarrollo y creación de la Comisión Reguladora del henequen, que fue inicialmente reclamada al gobierno de Yucatán por una parte de los propios hacendados, quienes pidieron «intervenir inicialmente al gobierno en el comercio del Henequén, para contrarrestar la fuerza económica de *la International Harvester*» (MOLINA FONT, 1941: 78), recordando que previamente, en 1906, una parte de los productores se había asociado en la Cámara Agrícola, y en 1910 constituyeron la Compañía de Hacendados Henequeneros. Todos estos procesos condujeron a que se instalara la primera Comisión Reguladora, manejada directamente por el gobierno con el apoyo de la mayoría de los productores, que la respaldaron hasta que les fue de utilidad, ya que como concluye MOLINA FONT: «Debe reconocerse que en un principio la Comisión . . . produjo resultados benéficos» (1941: 79), ya que su política favoreció a los productores y que, una vez logrado este objetivo, los mismos productores solicitaron el cese de la comisión.

Y aquí emerge el conflicto entre el proyecto populista de Alvarado y el proyecto de los sectores dominantes, en la medida en que el proyecto de Alvarado requiere, para asegurar la hegemonía del estado y tener una determinada masa de maniobra, la existencia de la Comisión Reguladora, ya que la misma contribuía al fortalecimiento económico y político del Estado, y a la posibilidad de una acción distributiva. Alvarado impone su criterio y, si bien los productores cuestionan su política de comercialización, la aceptan momentáneamente dado que la guerra mundial de 1914 a 1918 significó para la producción henequenera una de las etapas de más altos ingresos. Pero al surgir la crisis económica durante la posguerra, los hacendados establecen su eje de lucha en torno a la Comisión, y dicha lucha será oscilantemente jurídica o violenta.

El poder federal establece las medidas señaladas no solo en función de las concepciones ideológicas globales del proceso revolucionario, sino también de las necesidades económicas de un gobierno que necesitaba para su sostén y mantenimiento los ingresos generados por el henequén. Ya en 1914 el estado yucateco había entregado al gobierno nacional 8 millones de pesos, reunidos con dinero aportado por personas cuyo capital era mayor a 100.000 pesos. Después se establecen impuestos especiales a la producción henequenera y chiclera, que se transfieren parcialmente al gobierno central, y que constituyen una de las bases del financiamiento del proceso revolucionario.

Como señalamos, los hacendados «procapitalistas» se alían con Alvarado con el fin de romper las condiciones comerciales y financieras que favorecen básicamente a un sector de la burguesía; y a su vez, la incipiente clase obrera se alía también con Alvarado como parte de un proyecto liderado por la Casa del Obrero Mundial. Y si bien este sector subalterno es minoritario, conforma no obstante el grupo más organizado, y el grupo subalterno local que realiza alianzas a nivel nacional. A su vez, los campesinos adherirán a las medidas tomadas por el gobierno revolucionario de Alvarado que los favorece, pero sin tener proyectos alternativos propios.

Las medidas del gobierno federal tienden a contentar a los sectores contradictoriamente aliados, al mismo tiempo que crean las condiciones de contención del proceso que había desencadenado la revolución. Y esta estrategia se observa a través de todo su mandato; si bien Alvarado plantea consignas socialistas, si bien se apoya en un principio en el sector obrero, si bien monopoliza la comercialización del henequén, deja prácticamente en las mismas condiciones preexistentes la situación de la tenencia de la tierra. La casi totalidad de las tierras de producción henequenera sigue en manos de la burguesía, y además la burguesía seguía siendo dueña de todo el proceso de transformación del agave. Esta política se verifica claramente cuando, ante los inicios de la crisis henequenera, Alvarado propone como medida paliativa la reducción de los sueldos a los empleados, obreros y campesinos, ya que, según él, solo esto podría permitir la reducción del precio de la fibra, a lo cual se opusieron Carrillo Puerto y otros líderes socialistas.

Podemos decir que hasta 1918-1919 esta situación no se resuelve, ni se generan nuevos procesos de masas, debido en gran medida a que el conjunto de los hacendados aumenta sus ingresos gracias a una guerra

mundial que aseguró las demandas de henequén; a los altos precios impuestos monopolícamente por el gobierno yucateco, y a la acción de la Comisión Reguladora que favorece de hecho la acumulación de la burguesía terrateniente. Así, en los tres primeros años de la gestión de Alvarado se reparten entre los hacendados dividendos por valor de 40.904.789 dólares, pese a lo cual los hacendados cuestionan tempranamente el gobierno de Alvarado y sobre todo a la Comisión Reguladora. Las principales acusaciones giran en torno al enriquecimiento de los allegados a Alvarado, y a la creación de un sector burocrático estatal, que se apropia de una parte de los ingresos producidos por el henequén. Esto se agudiza al cesar el conflicto de 1914-1918, ya que se inicia una crisis de comercialización que se hará crónica. Consideramos importante señalar este hecho, ya que el gobierno de Alvarado deberá apoyarse casi exclusivamente en el sector obrero, pese a aplicar algunas medidas negativas, como las ya citadas.

La agudización de la crisis de comercialización y el desarrollo de las acciones obreras, conducirán a que durante una parte de la década de 1920 se desarrolle un intenso enfrentamiento clasista. En este período hace eclosión lo que venía constituyéndose en el período anterior, ya que el desarrollo de las ligas de resistencia impulsadas por la Casa del Obrero Mundial durante la última parte de la década de 1910, y que centraban su acción en el área henequenera y sobre todo en los núcleos urbanos de la región norte (Progreso, Mérida, Motul, Izamal), cobra un papel cada vez más aglutinante, no solo de los obreros, sino del campesinado. Este desarrollo es favorecido por el apoyo del gobierno a estos sectores, y por la coyuntura económica favorable; proceso que se incrementará cuando se desencadene la crisis económica en la década de 1920. Entre 1918 y 1924 se producen grandes movilizaciones populares, basadas en una notable capacidad organizativa, que condujo a que los socialistas obtuvieran el poder formal en la entidad.

Ahora bien, un dato que para nosotros es relevante, porque expresa las condiciones ideológicas «reales» de los grupos antagónicos y la fuerza mantenida por la burguesía yucateca, es el hecho de que, pese a que los sectores populares en nombre del Partido Socialista, obtienen el poder formal, y además con un fuerte respaldo electoral, la distribución de tierras en el área henequenera sigue paralizada y el poder económico permanece en manos de la burguesía y del gobierno federal. Al respecto sería importante indagar realmente la política agraria y obrera de Carrillo Puerto, para percibir con claridad no solo los límites posibles de su política, sino

su orientación. Si observamos la temática central de los congresos obreros de Izamal y de Motul, así como las consignas del gobierno, observamos que el eje es la situación de los trabajadores del campo, pero, sin embargo, cuando Carrillo logra la gubernatura de Yucatán no hace efectivo el reparto de tierras en el área henequenera, y lo implementa casi exclusivamente en las áreas maiceras. La base organizativa de apoyo estaba, a nuestro juicio, no en los campesinos, sino en los obreros y en determinados sectores medios; y además, recordemos que dentro del «campesinado» el sector más organizado y que apoyaba al Partido Socialista, era el de los trabajadores del henequén. Es decir, se trata de sectores que tenían que ver más con una problemática ocupacional y salarial obrera que con un problema de tenencia de la tierra, por lo menos en lo inmediato.

Esto se percibe a través de la política implementada por el Partido Socialista en el área henequenera durante el período de auge, y aparece como una constante de sus acciones a medida que se acentúa la crisis. El análisis de las temáticas y resoluciones dominantes en los sucesivos congresos obreros de 1930, 1931 y 1932 lo demuestran; y así, tanto en los diez temas centrales del Congreso de 1930, como en los 45 puntos propuestos por el gobierno «socialista», el «reparto ejidal» tiene importancia secundaria comparado con el énfasis colocado en la problemática obrera. Y lo mismo ocurrirá en los otros Congresos Obreros, ya que como dice BUSTILLOS

Todos los acuerdos del tercer Congreso Obrero se pusieron en ejecución. Se intentó por primera vez en 1930 crear el Seguro Social con la denominación de Instituto de Seguro Popular. Se fijó el salario mínimo, el derecho contractual obligatorio, la participación de los trabajadores en la utilidad de las empresas que establecen las fracciones VI y IX del artículo 123 constitucional. Se intensificó el reparto ejidal. Se igualaron los derechos obreros de la mujer tanto en salario como en prestaciones sociales (1959: 299).

En los congresos subsiguientes de 1931 y 1932, donde el eje es la crisis agrícola, no aparece planteada como solución del problema la reforma agraria, sino la formación de cooperativas, la racionalidad productiva, la diversificación agropecuaria.

No causa extrañeza, entonces, la política de los líderes socialistas, y el hecho de que cuando se plantea el reparto de tierras, la Confederación General de Trabajadores se declare en contra, mientras el Partido Socialista del Sureste



Tampoco se muestra muy entusiasmado por la introducción inmediata del ejido, y a su vez de la dotación de tierras, cuyo beneficio para los campesinos está todavía dudoso, y frente a estas propuestas, el Partido Socialista sugiere aplicar una tarifa gradual de salarios que aumente en relación con los precios del Henequén (ASKINASY, 1936: 61).

En los líderes socialistas la cuestión salarial tendrá siempre preeminencia en la política real, mientras que la política agraria quedará frecuentemente limitada a declaraciones ideológicas.

Esta concepción «obrerista» dominante en las organizaciones políticas y sindicales se caracteriza por su continuidad bajo los gobiernos de Alvarado, de Carrillo Puerto y de los demás gobiernos «socialistas». El gobierno de Alvarado había promulgado en 1915 una serie de leyes «obreristas» respecto del salario mínimo, del tiempo límite de la jornada de trabajo, de la constitución de comisiones laborales arbitrales, que solo podían ser aplicadas realmente a los obreros, a los empleados y a los jornaleros henequeneros, y no al campesinado de «subsistencia». En la Constituyente de 1917, al discutirse la ley 128 antimonopólica, los diputados yucatecos plantearon la excepcionalidad de Yucatán en función de la producción henequenera, y el delegado yucateco Recio señaló que el monopolio de la comercialización de la fibra había propiciado el aumento de salarios de los trabajadores henequeneros. Debe subrayarse también, que Yucatán envía a esta Constituyente a uno de los dos únicos delegados obreros, que en este caso es un trabajador ferrocarrilero.

Como ya señalamos, Yucatán es uno de los estados donde en las primeras décadas de este siglo se organizan sindicatos de obreros y trabajadores de servicios con notorio nivel de politización. Es de recordar que, al constituirse en 1915 agrupaciones sindicales afines a la Casa del Obrero Mundial junto a las agrupaciones de albañiles, panaderos, mecánicos, electricistas, sastres, meseros, topógrafos, conductores de carros, etcétera, solo se crea una organización de agricultores. Además, parte de estas organizaciones (ferrocarrileros, maestros), y algunos dirigentes políticos (Carrillo Puerto) estaban vinculados a organizaciones sindicales de nivel nacional, en cuya política participaban.

El acentuamiento de la crisis económica, la transferencia de gran parte de las ganancias al gobierno federal, el deterioro de los planteles henequeneros y la pérdida del poder formal y de parte del poder real, condujo a la burguesía yucateca a una permanente política de demandas y enfrentamientos con los sectores populares. Estas acciones se manifiestan

en hechos tanto políticos como económicos, que frecuentemente llegan a la violencia, y que cada vez implican más al conjunto de la burguesía. La cual denunciará constantemente, y el ascenso del poder popular formal. El estado federal actúa tratando de conciliar las demandas de ambos sectores, pero sin perder la dirección política del proceso. Dicha política se expresará con mayor claridad, cuando bajo el gobierno del presidente Obregón le sea devuelto a la burguesía, aunque sea por solo cuatro meses, el control de la comercialización, y cuando es asesinado Carrillo Puerto, es decir el principal líder político socialista yucateco. Si bien estos hechos expresan políticamente la crisis y el enfrentamiento clasista, sin embargo, el Partido Socialista seguirá manteniendo el poder formal en términos políticos, mientras la burguesía seguirá manteniendo el poder económico y la propiedad de los medios de producción.

A mediados de la década de 1930 el gobierno federal tratará de cerrar el ciclo abierto por Alvarado, a partir de un proyecto de reestructuración económica de Yucatán, basado en determinados sectores sociales. Cuando el presidente Cárdenas implementa su proyecto operan en Yucatán los siguientes sectores sociales: *a)* una burguesía que mantiene casi intacta su propiedad sobre los medios de producción, incluida la producción y transformación del henequén, y que aparece hegemonizada por los grandes hacendados; *b)* una pequeña burguesía que ha crecido básicamente en las áreas comerciales y profesionales, así como en determinados servicios, y constituida también por un sector de pequeños propietarios rurales. La magnitud y la importancia de esta clase en la dinámica económica y política de Yucatán son secundarias, salvo en el caso de los maestros; *c)* un sector obrero que se ha incrementado levemente, pero que no solo es el sector más ideologizado, sino el de mayor organización, continuidad y capacidad combativa; *d)* el conjunto de jornaleros rurales dedicados a la explotación henequenera; *e)* el campesinado «libre» de subsistencia y los pequeños artesanos. Junto a estos sectores aparece el gobierno federal, que incide en el proceso básicamente a través de mecanismos económicos (comercialización) y políticos (el monopolio de la violencia legitimada), pero que aún carece de capas sociales propias a nivel local.

Ahora bien, recordemos que la crisis permanente de la comercialización del henequén afectó sobre todo a los hacendados en su proceso de acumulación económica; así como afectó en términos ocupacionales y de salarios a los obreros, a los trabajadores de servicio ligados a la transfor-

mación del agave y al campesinado «asalariado». Mientras las consecuencias para el campesinado dedicado a la producción maicera, serán mucho menores.

A través de todo este período los hacendados, los obreros organizados y los aparatos de estado son los que hegemonizan la lucha por el control político, y el campesinado aparece como un actor que actúa, un actor decisivo como masa de maniobra, pero no un actor que determina los procesos apolíticos ni económicos. Ahora bien, para entender el papel conflictivo que el movimiento obrero tuvo durante el cardenismo necesitamos sintetizar algunas características de su trayectoria

El movimiento obrero yucateco que se desarrolla a finales del siglo xix y principios del siglo xx se caracteriza por su capacidad organizativa, dado que los obreros ferrocarrileros y portuarios que lo lideran están vinculados a organizaciones sindicales nacionales e internacionales de antigua tradición ideológica y organizativa. De allí que estos trabajadores trataron entre 1907 y 1914 de crear organizaciones de tipo mutual o sindical que con frecuencia son reprimidas por el gobierno; y así en 1909 los trabajadores de Mérida fundan la Casa del Trabajo, y en 1911 los trabajadores ferrocarrileros ganan la primera huelga en la historia de Yucatán. A partir de estos procesos, entre 1911 y 1913 se crean tres de los principales sindicatos yucatecos, basados en los sectores ocupacionales que habían adquirido mayor importancia económica y productiva en el norte de la península: ferrocarrileros, portuarios y dependientes de restaurantes y cafés de Mérida. Estos obtendrían personalidad jurídica en 1915, junto con una serie de organizaciones de obreros y artesanos. Además, en ese mismo año se crea la Casa del Obrero Mundial en Mérida y se instalan sucursales primero en Motul y luego en Valladolid; y es a partir de este desarrollo-y lo subrayo-que se van a generar gran cantidad de sociedades campesinas en todo el territorio yucateco, que serán las bases del desarrollo del Partido Socialista de Yucatán Si bien el sector obrero recién en 1918 incorpora a sus programas la lucha agraria, y pese a ser pequeño en términos demográficos, será el principal factor dinámico y organizativo del Partido Socialista.

Resulta significativo que, en el proceso yucateco, gran parte de la legislación impulsada durante las décadas de 1920 y 1930 por gobernantes pertenecientes al Partido Socialista, sea básicamente aplicable al sector obrero, así como también es significativo que durante los gobiernos socialistas la reforma agraria haya tenido tan débil desarrollo en el área

henequenera. Y un aspecto central que necesitamos asumir para entender el comportamiento obrero, es que los gremios más organizados y con capacidad de lucha tienen que ver con la producción y comercialización del henequén.

A su vez durante la década de 1930 se observa una ofensiva de la burguesía, y una pérdida de capacidad de convocatoria y de acción por una parte de las organizaciones de las clases subalternas; la primera no solo establece alianzas políticas a nivel local y nacional, sino que se organiza en sucesivas asociaciones sobre todo para enfrentar la política de Cárdenas, y así en 1936 crea la Asociación Defensora de la Industria Henequenera; e inclusive durante este período encabeza peticiones y movilizaciones en las cuales implican a una parte del campesinado.

Ahora bien, durante todo el lapso el campesinado aparece como el sector menos organizado y con menor capacidad de movilización, lo cual no niega la existencia de «protestas primitivas», que emergieron en ciertas coyunturas a través de saqueos, de violencia personal, pero sin una acción continua. Sin embargo, algunos analistas consideran que el papel del campesinado fue protagónico y proponen que «también fueron las presiones campesinas las que lograron la dotación de ejidos en la zona de la Tierra Caliente de Michoacán, en Yucatán y en otras zonas del país» (CENTRO DE INVESTIGACIONES AGRARIAS, 1974: 603). Yo no sé bien qué pasó en Michoacán y en otros lugares del país, pero en Yucatán la participación del campesinado fue secundaria, y no alcanzo a saber en qué fundamentan estos autores tal aseveración.

Es a partir de esta situación y de estos sectores sociales, que Cárdenas genera su política de cambios, con objetivos claramente económicos y políticos, ya que intentó reducir el poder económico de los hacendados, fortalecer los sectores campesino y obrero y constituir un poder gubernamental cuyas bases de apoyo fueran dichos sectores populares. Las medidas concretas tomadas por el cardenismo fueron la distribución masiva y efectiva de tierras al campesinado, sobre todo en el área henequenera, de tal manera que inicialmente pasa a manos de los ejidatarios el 80% de las tierras dedicadas a ese cultivo. En segundo lugar, la creación de una serie de medidas que tratan de dar apoyo económico y organizativo a los ejidatarios (comisariados ejidales, sociedades locales de crédito, Banco Ejidal) así como generar la integración agroindustrial; y por último la sindicalización obligada de los sectores populares. Y para realizar parte de estos objetivos se generó una capa burocrática tanto en el ámbito económico como en el político.

Estas medidas, resistidas en forma violenta por la burguesía, si bien dotaron realmente de tierras a gran parte del campesinado, no modificaron sustancialmente la orientación de la apropiación de la riqueza, y sí propiciaron el inicio del desarrollo de las capas burocráticas. Como se señaló previamente, cuando la burguesía agraria y agroexportadora percibió que el proceso de reforma agraria era irreversible, desarrolló tácticas que le permitieron seguir conservando parte del poder económico y político, aliada a las nuevas capas burocráticas.

Esto no niega la función cumplida por la reforma agraria, sino que señala los límites que tiene un proyecto de cambio radical e integral, si los mecanismos de poder político y económico no son también distribuidos entre los sectores subalternos. Para gran parte de los analistas favorables a la revolución y para el mismo Cárdenas, la reforma agraria yucateca constituyó el intento más avanzado de organización colectiva de los sectores subalternos, y en especial del campesinado. Se hablaba inclusive de «bolchevización», de tal manera que el proyecto de Cárdenas apareció como la continuidad del proyecto socialista de Carrillo Puerto; pero sin embargo en los hechos, el proceso yucateco constituyó la expresión más clara del nuevo dominio burocrático aliado a la burguesía local. Lo cual fue tempranamente reconocido por algunos analistas:

En 1941 y en 1951 el Gobierno Federal y los dirigentes obreros afirmaron que los nuevos campesinos independientes de Yucatán se encontraban todavía en tan mala situación como cuando eran esclavos, y ello sobre todo porque los funcionarios y adláteres de henequeneros de Yucatán lucían riquezas y lujos y poseían costosos automóviles (NATHAN, 1955: 111).

La reorganización del poder iba a permitir refuncionalizar a la burguesía henequenera y generar un sector burocrático que se apropiará directa o indirectamente de gran parte de los ingresos derivados del henequén. El crecimiento de este sector fue consecuencia de las medidas organizativas generadas en apoyo y control del campesinado ejidatario, medidas que en ningún momento impulsaron la participación autónoma de las masas yucatecas, sino que trataron de regirlas verticalmente.

Es decir, que se crea una nueva clase dominante producto de la alianza de la burguesía henequenera y las capas burocráticas gubernamentales y paragubernamentales; entre ambos sectores se dio una estrecha complementación, que se verifica en la intercambiabilidad de los funcionarios, muchos de ellos, de extracción yucateca, y pertenecientes a la «antigua clase dominante». En la principal institución controladora del proceso pro-

ductivo, Henequeneros de Yucatán, esta alianza se manifestaría con notable. Transparencia, ya que todos los analistas reconocen que los antiguos propietarios de la tierra fueron frecuentemente gerentes y funcionarios ejecutivos de esa institución. Fue este poder el que les permitió, por una parte, transferir las ganancias al sector transformación, y por otra posibilitar la apropiación indirecta a través de impuestos, salarios y «comisiones». El proceso transformador quedó en poder de los mismos sectores que lo tenían antes de la reforma agraria, y la relación con las empresas compradoras norteamericanas también permaneció en manos del mismo sector.

Estos grupos produjeron, además, una legislación institucional que tendió a favorecer los procesos de transformación y comercialización respecto del proceso agrario henequenero:

Hubo necesidad en marzo de 1942 de firmar las bases a las que deberían sujetarse los ejidatarios y los propietarios de equipos en sus relaciones de trabajo. Los ejidatarios producirían y cortarían el agave y los propietarios de las máquinas lo transportarían, transformarían y empacarían. De los ingresos, el 52% correspondería a la parte industrial y el 48% a la agrícola. Pero además de esto, los propietarios hicieron enormes ganancias de acuerdo con los contratos hechos con henequeneros de Yucatán no solo obtenían las utilidades correspondientes a la operación de su equipo, sino también las derivadas de la desfibración de sus propias pencas y de los parcelarios, las del corte de leña en los campos ejidales y el libre aprovechamiento de los subproductos de la desfibración, el bagazo, del cual se obtiene la fibra y el sosoc (MESA ANDRACA, 1955: 297).

Junto con este proceso de apropiación legal se generó un proceso complementario de apropiación basado en la corrupción y en el cual participaron también ambos sectores, ya que

Hasta 1935 funcionaron en Yucatán por lo menos seis organizaciones, algunas con la participación del Gobierno y otras sin ella, pero el propósito de todas era tratar de controlar el mercado o reducir la producción. Parece que muchas de esas asociaciones cayeron víctimas de una enfermedad endémica: la deshonestidad administrativa. La última de ellas, Henequeneros de Yucatán, es un caso típico (NATHAN, 1955: 109).

Lo que señala este autor fue constantemente denunciado durante todo el lapso analizado; el fraude, la incapacidad productiva, el uso de la maquila contra los propios trabajadores, la tergiversación legislativa, todo fue usado a favor de los «nuevos» o «antiguos» sectores dominantes. Tanto los testimonios de denuncia como los análisis académicos son notablemente

uniformes al respecto, concluyendo que la década de 1940 y en parte la de 1950 son los períodos en que la corrupción administrativa alcanza su máxima expresión.

Con frecuencia estaban implicados públicamente los más altos funcionarios del gobierno y de las empresas estatales; según M. A. MENÉNDEZ

Se acusó al Gobernador ante la Procuraduría de Justicia de la Nación, amplia y documentadamente. Esta síntesis sería deficiente si no mencionara los capítulos del fraude más vasto de la historia: robos en Henequeneros de Yucatán; ventas de bienes de Henequeneros de Yucatán; percepción de comisiones ilícitas; robos de medicinas y seguros; robos de fletes marítimos; concesiones a su esposa en negocios henequeneros; mercado negro del henequén para cordeleros locales; especulación en el comercio a través de Fomento de Yucatán (1947: 80).

A su vez González Ramírez agrega que los síntomas del «desquicio» se manifiestan en

la venta fraudulenta de las pencas de los ejidos; los contratos faltos de equidad para la maquila; el pago en especie y no en efectivo; así como las tarifas diferenciadas según la calidad de la fibra obtenida; la atención preferente de los propietarios. Los vicios de la maquila se configuran más al saber que se indujo a los ejidatarios a firmar contratos de maquila con maquiladores particulares, a base de sobornos e influencias políticas, para que a la Central de desfibración N° 1 instaurada por el Banco de Crédito Ejidal, le faltara el abastecimiento de hojas (1966: 451).

Yucatán expresa paradigmáticamente cómo los sectores burocráticos estatales, aliados con los antiguos propietarios, utilizan las instituciones creadas por el estado para su acumulación privada. Debe recordarse que este proceso de apropiación se desarrolla sobre una población campesina que en este período tiene y tuvo comparativamente los ingresos más altos de México, de tal manera que si observamos la evolución de los salarios agrícolas entre 1907 y 1945, percibimos que fueron siempre superiores a la media del país, y que en la década de 1920 son los más altos de México, duplicando el salario medio nacional. Si bien los ingresos cayeron notablemente entre 1935 y 1940 siguieron siendo más altos, y en 1942 comenzaron a elevarse a un ritmo que solo es superado por estados como Sonora y Sinaloa. Este proceso habría de continuar hasta los primeros años de la década de 1950.<sup>15</sup>

15 Betancourt reconoce el incremento de los salarios mínimos en Yucatán, señalando que entre 1934 y 1952 se incrementaron en un 540 %, pero al analizar la evolución de la estruc-

PERIODO 1941/1969

Durante la primera década de este lapso la situación económica del campesinado fue superior respecto del período anterior y también de las décadas siguientes, pero sin embargo dichos ingresos solo constituían una parte mínima de las enormes ganancias generadas durante este lapso y que fueron apropiadas por los hacendados y el sector burocrático.

El hacendado recibió, durante la vigencia de los precios altos que la guerra impuso, aparte del precio del henequén propio que entregó a Henequeneros, el 52% del valor fijado al henequén maquilado proveniente de los ejidos. Ese dinero lo recibía casi de inmediato, pudiéramos decir...El ejidatario, aunque de acuerdo con ese convenio le correspondía el 48%, únicamente recibía de inmediato el concepto de sus anticipos (OROSA DÍAZ, 1955:20),

Mientras, los «dividendos» le eran entregados diferidamente. Debe subrayarse que, debido al aumento del precio de los artículos de primera necesidad, eran estos «dividendos» los que representaban las mejores condiciones de vida de los ejidatarios yucatecos con respecto a períodos previos.

Ahora bien, las medidas aplicadas por el gobierno cardenista constituían un intento estructurado de incorporar a Yucatán al proceso de desarrollo global mexicano a partir de las condiciones productivas locales, y tomando en consideración ya no solo el mercado externo, sino la creación de un mercado interno que absorbería una parte de la producción yucateca. Pero si bien, este proyecto no logró más que una limitada viabilidad, ello no solo fue producto de la alianza burocracia/burguesía yucateca, sino que se debió a otros dos factores. A que los gobiernos que sucedieron a Cárdenas afirmarían aún más sus proyectos de desarrollo industrial liderado por la nueva burguesía, y caracterizados por la exclusión cada vez mayor del papel político no solo del campesinado, sino de los obreros. Y a la condición cada vez más secundaria que Yucatán tendrá para los gobiernos federales, dada la caída constante del valor de la producción yucateca desde finales de la década de 1940, y a la casi imposibilidad de revertir dicha tendencia.

---

tura del gasto encuentra que entre las mismas fechas el costo de los productos de consumo básico aumentó un 583%.



La producción yucateca de henequén ya no es competitiva y deja de ser rentable por las razones ya analizadas, y no entra dentro de los planes de desarrollo del país. A partir de mediados del decenio de 1940 los recursos estatales y privados se orientaron a nivel nacional para favorecer la acumulación privada, por lo cual se impulsan grandes obras de infraestructura y una política crediticia de apoyo para hacer posible el desarrollo de una agricultura eficiente desde una perspectiva capitalista. Pero en Yucatán prácticamente no se realizaron obras de infraestructura que permitieran este tipo de desarrollo.

Ahora bien, me interesa en particular subrayar el papel de las capas altas burocráticas, dado que se convertirán en uno de los principales actores de la sociedad yucateca; y así, como ya señalamos, el gobierno federal se apropió de la industria henequenal con la compra de Cordemex, completando de esa manera la posesión de todo el ciclo económico del henequén. Esto desplazó a la burguesía local de su injerencia dominante en la transformación del agave, aun cuando seguirá teniendo una participación activa en el proceso de producción, como ya lo hemos descrito. Pero, además, el gobierno toma otras medidas que intentan una mayor racionalidad productiva y generar diversidad en la producción, y todas estas medidas son decididas, programadas y aplicadas por la capa burocrática.

Así, en 1964 se cierran los ingenios azucareros de Catmis y Kakalna y las instituciones gubernamentales se hacen cargo directa o indirectamente de la orientación productiva de esas tierras. En el mismo año se implementa el Plan Chac y se orientan los créditos hacia determinados productos agrícola/ganaderos, lo cual no solo evidencia, sino que legitima el papel político y la función hegemónica del estado federal. La tendencia política impulsada por Cárdenas alcanza su consolidación en esta etapa, ya que no solo se controlan los principales procesos productivos y financieros, sino que el estado pasa a ser en este período la fuente básica de ingresos de gran parte de la población obrera, campesina y del área burocrática. Es durante este lapso que se confirma entre los ejidatarios henequeneros su peculiar situación de «propietarios/asalariados»; situación que también observamos en las explotaciones azucareras, en el Plan Chac y en las explotaciones ganaderas de algunas áreas.

La crisis de producción y comercialización del henequén, el retraso tecnológico y la falta de competitividad, la corrupción administrativa, el aumento de la desocupación, son procesos constantes que requieren soluciones, que se impulsaron a través de dos orientaciones. Una vía, que

tiene una concepción cooperativista y/o colectiva de la producción, pero controlada por el estado; vía que fue propuesta bajo Carrillo Puerto a nivel local y durante el gobierno de Cárdenas a nivel nacional, y local. La otra «vía» impulsa proyectos empresariales individuales controlados por la burocracia federal, y como sabemos está es la línea que se impuso sobre todo a partir de finales de la década de 1950.

Y esta segunda vía se profundizará durante los 60, significando la disolución del Gran Ejido la ruptura formal e ideológica con el proyecto colectivo y asociativo, por lo menos impulsado por el estado mexicano. Durante estas décadas se crean los grupos denominados «solidarios», que de hecho rompen la organización ejidal, descarta toda posibilidad grupal mayor al grupo solidario y enfatiza la producción individual. Este proceso orientado individualmente, no implicará la eliminación o reducción de los controles federales, sino todo lo contrario. El proceso de liquidación del Gran Ejido supuso la eliminación casi total de la capacidad de decisión local, aun de los grupos dominantes, y el traspaso de la misma al nivel federal. El notable aumento del personal federal a partir de la década de 1960, evidencia esta penetración y control por los organismos federales en la vida económica y política de Yucatán.

Es además durante este período, sobre todo a partir de la década de 1960, que debido al proceso de pérdida de valor comparativo de la producción henequenera y maicera, se deteriorarán las condiciones de ingresos de la población. Lo cual, sumado al crecimiento demográfico y al proceso inflacionario, generará dos procesos complementarios que se mantienen hasta la actualidad, es decir la emigración y el «mil usos». Ante el deterioro económico y la falta de trabajo, el campesinado yucateco emigra o busca alternativas de trabajo dentro y fuera de la península, implicando en ambos casos una integración cada vez mayor al mercado de trabajo. Pero, además, una parte de esos migrantes trabajarán en todo lo que pueden trabajar, es decir servirán para todo, y es a través de estos y otros procesos que el campesinado yucateco seguirá siendo explotado y autoexplotado.

Correlativo a este proceso de empobrecimiento y expulsión, es el aumento de movilizaciones de ejidatarios que se concentran casi exclusivamente en la zona henequenera. Y como ya vimos este campesinado se moviliza por aumento de salarios, por más días de trabajo, y no por demandas de tierras. Es decir que, pese a la reforma agraria, el campesinado ejidatario sigue planteando las mismas reivindicaciones que en la década de 1930. A mediados del decenio de 1960 se origina una serie de movili-

zaciones y acciones políticas que tendrán continuidad hasta los primeros años de la década de 1970. Estas movilizaciones estarán concentradas en el área henequenera y sobre todo en Mérida, y se caracterizarán por la participación y liderazgo estudiantil y obrero, así como por la capacidad de convocatoria en determinadas situaciones de los trabajadores henequeneros.

Estas acciones operadas desde la «izquierda», deben ser correlacionadas con el ascenso político durante la misma década de un partido de centro derecha e ideología católica, el Partido Acción Nacional (PAN), partido que ganará en 1969 las elecciones en Mérida y en otras ciudades importantes de Yucatán, así como diputaciones a nivel local. Tanto las manifestaciones de protesta como las electorales se dan durante el mismo período, y si bien ambos tipos de acciones corresponden a propuestas ideológicas no solo distintas sino contradictorias, ambas expresan lo mismo: el cuestionamiento a la situación económico/política. La elección de vías con contenidos ideológicos enfrentados no hace más que confirmar el pragmatismo de las acciones de las clases subalternas, y su implementación transaccional de las posibilidades que el sistema permite. No debe olvidarse que las principales manifestaciones de masas llevadas a cabo en Mérida fueron convocadas en los primeros años de 1970 por organizaciones que adherían al gobierno.

Si bien nuestro análisis de la acción política se ha concentrado en región norte del estado, en las otras dos regiones también se dan durante la década de los 70' procesos de organización y movilización, pero que son impulsados desde Mérida. En Ticul, por ejemplo, el desarrollo de la producción de calzado condujo a que los obreros promovieran una organización sindical y establecieran una serie de reivindicaciones laborales y salariales apoyados por sectores estudiantiles que llegaron de Mérida. Pero estas demandas condujeron a que los dueños cerraran numerosos talleres y/o despidieran trabajadores. Como señalaron años después los responsables políticos de estas acciones, «En este caso la lucha, con ser justa, se encontró sin embargo en un callejón sin salida, y en la práctica sirvió para debilitar aún más la producción artesanal y favorecer la monopolización de la industria del calzado» (FRENTE SINDICAL INDEPENDIENTE, s/d: 20).

Aquí no solo observamos que son los sectores medios «urbanos» de Mérida los que inducen y organizan a trabajadores de Ticul, sino que su trabajo de movilización no tomó en cuenta las condiciones de producción dominantes en la industria del calzado en Ticul. Las características fami-

liars/artesanales de gran parte de la producción establecen un proceso de autoexplotación y «acumulación» similar al del campesinado yucateco; y un proceso de sindicalización basado no solo en los obreros de la fábrica, sino también en los aprendices, solo podía conducir a la situación señalada, por lo menos en la mayoría de los talleres.

Un último punto a señalar es el que trata del inicio, en este período, de determinadas obras de infraestructura comunicacional que evidencian las nuevas orientaciones productivas de Yucatán tanto en lo que respecta al mercado henequenero como al incipiente desarrollo del turismo. Nos referimos al desarrollo de una infraestructura de caminos que comuniquen a Yucatán con el resto de México. Recordemos que la infraestructura existente, que era por otra parte básicamente ferrocarrilera, apuntaba a una integración yucateca basada en su mercado externo, lo cual reforzaba el proyecto autonómico de la burguesía yucateca; proyecto que desaparece cada vez más.

#### PERIODO 1970-1977

Durante este período se acentúa la doble acumulación del poder económico y político por parte de los sectores financiero y comercial privado, y por la alta burocracia federal. El informe del Instituto de Estudios Políticos, Económicos y Sociales (IEPES s/f) evidencia que en la década de los 70, los ingresos económicos están un 72 % más concentrados en Yucatán que a nivel nacional, lo cual demuestra el nivel de desigualdad socioeconómica que domina en la entidad. El gobernador actual de Yucatán señalaba en 1977 que en la entidad había tres poderes: el Gobierno, el Banco Agrario y Cordemex; y lo señalaba porque el gobierno del estado dependía financieramente cada vez más de los recursos federales, ya que dichos recursos habían pasado de constituir el 11,1 % en 1970 al 37,2 % en 1974 del presupuesto local. Más aún, si se comparan los recursos que manejan las instituciones federales con las del gobierno yucateco, vemos ahondarse aún más la diferencia, ya que mientras en 1976 el gobierno de la entidad manejó 384 millones de pesos, el Banco Agrario manejó 2 mil millones, Cordemex 1.600 millones y el IMSS 400 millones de pesos; Cordemex por sí sola aportó en 1974 el 40 % del PBI de Yucatán.

Este poder federal impulsa el desarrollo local del sector servicios a través de la Secretaría de Educación Pública (SEP), de la Secretaría de Salud y Asistencia (SSA), de la Secretaría de la Reforma Agraria (SRA),

de la Comisión Federal de Electricidad (CFE), de la Dirección Integral de la Familia (DIF), que favorece además la constitución de capas burocráticas. Dada la capacidad organizativa de este sector y la cuota de poder que maneja, la situación diferencial se acentúa año tras año respecto del campesinado; y así, con datos para 1977, observamos que mientras el campesino henequenero mejor pagado obtenía alrededor de 1.200 pesos mensuales, el inspector que supervisaba dicho trabajo ganaba por lo menos 5.000 pesos mensuales.

El incremento constante de las diferencias de ingresos del campesinado respecto de los otros sectores sociales, constituye una característica de todo el proceso analizado, y ello continuó pese a la serie de manifestaciones de masas que se dieron en la ciudad de Mérida y en otras ciudades, y que adquirieron carácter agresivo sobre todo en las demandas realizadas al Banco Agrario. Frente a las cuales, el gobierno respondió impulsando una vez más políticas para mejorar la productividad, junto con entrega directa de dinero, acciones represivas y la extensión de servicios biomédicos en las zonas rurales; medidas que no solucionaron la desocupación ni el bajo nivel de vida del campesinado ni de los pequeños propietarios rurales.

El «enfrentamiento» estado/sectores sociales subalternos se agudizó debido al creciente papel del estado como el principal generador de empleo, de tal manera que en 1974 el 52,6% de la PEA estaba contratada o recibía algún tipo de ingresos por parte del gobierno federal o local. Si bien esta tendencia continúa la política de etapas anteriores, sin embargo, cobra un nuevo impulso a partir de 1973 cuando se incorporan nuevas áreas productivas, sobre todo en la región III, generándose una demanda de mano de obra local e inclusive de otras regiones yucatecas. Pero en 1978 reaparece la desocupación dadas las limitaciones del crecimiento productivo.

Estas políticas han convertido en endémica la desocupación, y por lo tanto incrementado el proceso emigratorio. Pero, además, las mismas han vuelto a reorientar la producción hacia el maíz, que por primera vez ha sido apoyado realmente en Yucatán a través de créditos de avío para su cultivo. Esta reorientación de la producción «de subsistencia» tiene una racionalidad no solo ideológica sino sobre todo económica, debido a que a partir del maíz se asegura una cuota mínima de alimentos para el propio productor, pero además porque actualmente los ingresos devenidos del maíz, aun en especie, son superiores a los que se obtendrían del trabajo asalariado. En una investigación del Centro Interdisciplinario de Estudios sobre Desarrollo Rural (CIDER) para la región sur se señala:

Considerando el rendimiento de 865 hg. por hectárea al precio de garantía vigente, el valor agregado por jornada es aproximadamente de \$ 50, lo cual significa, al margen de la importancia que el maíz tiene en la cultura maya, que el campesino prefiere correr los riesgos que implican el cultivo de la milpa ante la alternativa de vender su fuerza de trabajo a 35 o 40\$ por día (CIDER, 1979: 18).

No obstante, debe recordarse que esta situación es coyuntural, y que es posible que la misma se revierta como ha ocurrido históricamente en Yucatán.

Si partimos de los datos un tanto ambiguos respecto de la población adscrita a los diferentes sectores productivos, hallamos que para 1975 la distribución de la PEA en Yucatán era la siguiente: Estos datos señalan la paulatina reducción del sector primario y el notable aumento del sector terciario, lo que halla su explicación en la dinámica económica de la entidad. La reducción de las áreas henequeneras, la constante y ascendente emigración centrada en el sector primario, el desarrollo del aparato financiero y administrativo, se expresan a través de esta sectorización de las actividades. El análisis de la población económicamente activa (PEA) desde 1930 a 1975 evidencia una serie de hechos que —como veremos más adelante— tienen importancia para el análisis del sector salud en particular, y especialmente para la situación laboral de la mujer. Entre 1930 y 1960 la PEA mantiene valores similares de alrededor del 32 % respecto de la población global; estos valores caen significativamente en 1970, cuando solo representan el 27 %. Esto no solo expresa la reducción de la fuerza de trabajo en términos comparativos, sino que además indica que esta reducción se produce principalmente en el sector primario y en la población masculina.

El decremento de la PEA en tareas primarias se relaciona con el incremento del sector de transformación y sobre todo del terciario y, de manera secundaria, con el aumento de población trabajadora asalariada femenina. Las mujeres pasan durante el lapso señalado, de ser el 3,94 % de la fuerza de trabajo reconocida, a representar el 12,4 %; la década de 1940 es el período de máximo incremento, ya que del 4,12 % de la PEA en 1940 las mujeres pasan a ser el 8,61 % en 1950. El trabajo femenino se incrementa a partir de su inserción en el sector terciario, y así en 1960, el 34 % de las 22.423 mujeres reconocidas como trabajadora se dedicaba a tareas de este tipo, constituyendo el 35 % de los profesionales y técnicos, y casi el 20 % de los oficinistas. En 1970 los valores se habían incrementado levemente,

ya que las mujeres ocupadas en tareas terciarias constituían el 35 %, y si bien se mantenían valores similares para profesionales y técnicos, se habían incrementado en el sector administrativo, donde ahora significaban el 31 %. No obstante, en todo el período la participación de la mujer en niveles de toma de decisiones es mínima; solo representa en 1970 el 11 % de dichos cargos. Es dentro de este espectro ocupacional que crecerá el sector salud, y en el cual la mujer tiene una significación mayor que en otras áreas ocupacionales.

### *Estratificación, movilización y participación social*

A partir de cuatro indicadores básicos, así como de indicadores secundarios generamos un modelo de estratificación social (E. L. MENÉNDEZ, 1978a) que fue aplicado a nivel del estado de Yucatán, y de las comunidades de Ticul y de Pustunich en particular. Dicho modelo propone los cuatro estratos sociales siguientes<sup>16</sup>:

Estrato I: constituido por propietarios y/o poseedores de los sectores financiero, industrial (incluida la agroindustria), agrario, comercial y burocrático; siendo los dominantes y más dinámicos el sector financiero y la alta burocracia federal y estatal. Una particularidad de este sector es que, salvo una parte de la burguesía agraria, la totalidad de este estrato se halla localizada en la región I y particularmente en la ciudad de Mérida. Según cálculos aproximados, unas 8.000 personas constituirían este estrato, pero la máxima concentración económica se daría en un grupo de alrededor de 2.000 personas.

Estrato II: este estrato presenta mayores dificultades teóricas y empíricas de inclusión, estando constituido por los denominados estratos medios, que incluyen a una parte de los «pequeños propietarios» rurales, es decir aquellos que tienen hasta 15 hectáreas y que contratan mano de obra; y que conforman alrededor del 30 % de los «pequeños propietarios».

16 Respecto de este modelo, necesitamos clarificar algunos conceptos, ya que hacemos referencia constante a la burocracia y al desarrollo de un «poder burocrático», los cuales son ubicados en los estratos I y II, Como ya dijimos, la emergencia de los sectores burocráticos dirigentes (estrato I) y subordinados (estrato II) tienen relación directa con el desarrollo, organización y crisis de la producción henequenera, por un lado, y con el papel hegemónico del estado federal por otro. La importancia del papel de la burocracia no solo se evidencia en la constitución de la PEA, sino en el papel político e ideológico de las mismas.

Además, forman parte de este estrato los medianos y pequeños comerciantes e industriales y la pequeña burguesía dependiente en los niveles financiero, comercial, industrial y burocrático (maestros, personal de salud, personal bancario); ubicamos aquí a los técnicos y profesionales por cuenta propia, es decir «liberales». Constituirían este estrato unas 55.000 personas.

Estrato III: son los obreros industriales, básicamente los trabajadores textiles, ferrocarrileros, portuarios, salineros, de la alimentación, etcétera, que constituye el sector más pequeño en términos demográficos, pero el más organizado en términos sindicales. Está concentrado en la región I, e integrado por unas 37.000 personas.

Estrato IV: está formado por tres grandes grupos, que en su dinámica real ocupacional suponen una continuidad potencial entre sí, y en parte con el estrato III. Lo constituyen los campesinos parcelarios, los ejidatarios y los jornaleros rurales; recordando que mientras los ejidatarios dedicados al henequén están asalariados, los dedicados a la producción del maíz viven de la venta y consumo de este producto. Pero esta diferencia cualitativa pasa a ser relativamente secundaria dado el proceso, ya analizado, que obliga al campesinado maicero a vender su fuerza de trabajo durante un período. Es decir que prácticamente todo el campesinado ejidatario vive dentro de un régimen de «salarización» que, no obstante, sigue planteando diferencias entre ambos sectores, que se expresan en su diferencial capacidad organizativa y de movilización. Es dentro de este estrato que ubicamos también a los productores artesanales, aun aquellos que están en relación de maquila; las condiciones y relaciones de producción son similares a las de los «poseedores/asalariados» agrarios, y además gran parte de este sector funciona como complemento de la producción agrícola dentro de la unidad familiar. Este estrato estaría conformado por alrededor de 102.000 personas.

Ahora bien, ¿cuál es la dinámica de esta estructura de estratos sociales? Considero que en la descripción previa surge en parte esta dinámica, que trataré de profundizar al analizar en particular los procesos de movilización y participación sociales. No obstante, antes de entrar a esta descripción podemos decir que en Yucatán el estrato I es el que determina la orientación de los procesos económicos y políticos, a partir del poder y la hegemonía del capital comercial y financiero, y del sector burocrático. Que este estrato basa su dominio y capacidad de acumulación cada vez menos en la producción agrícola, incluido el henequén, y cada vez más en



función de la producción fabril/artesanal, construcción, comercio y turismo. Que este proceso supone además la participación directa e indirecta del sector estatal que a través de sus representantes directos constituye una parte creciente de este estrato en términos de alta burocracia federal y estatal.

Considero que en el desarrollo de la estratificación social yucateca cumple una función determinante la distinción entre propiedad y posesión de la tierra, ya que es a partir de esta diferenciación y de la apropiación del proceso productivo por las nuevas capas burocráticas, que se reestructuran tanto una parte de las clases subalternas, como de los sectores dominantes. Este desarrollo tendrá una continuidad que afianzará cada vez más el poder del sector burocrático federal y que planteará contradicciones secundarias con sectores productivos locales. Este proceso se mantendrá a pesar de los cambios generados en las décadas de 1950 y 1960 en la organización de la producción ejidal.

En 1955, con la reorganización de la producción y comercialización del henequen, se impulsa cada vez más la centralización económica y política federal, lo cual ha sido reconocido por un gobernador reciente «desde 1955 las estructuras políticas del Estado de Yucatán han sido totalmente ajenas a la formulación, desarrollo y aplicación de los planes del Banco Agrario» (LORET DE MOLA, 1978: 80). Pero no solo del Banco Agrario, sino de la principal industria, es decir Cordemex; del IMSS y del ISSSTE que son las dos principales instituciones de seguridad social del estado; y del Coprodey, principal organismo de planificación económica, dependiente de la Secretaría de Programación y Presupuesto. Es este proceso, el que obliga a los sectores financiero y comercial privados locales a articularse con los sectores burocráticos estatales, y el que secundariza cada vez más a los productores rurales del poder económico y político.

Los miembros del estrato social II cumplen funciones económicas, pero también de legitimación social a través de sus actividades educativas y de asistencia médica. La situación de asalariados de medianos ingresos y el tipo de ocupación, les confiere una situación privilegiada dentro de un contexto de desocupación creciente. Una parte significativa de este estrato forma parte de las burocracias estatal y federal, y su papel será secundario o directamente inexistente en los procesos de movilización social, salvo en el caso de los maestros. El estrato social III está constituido por los grupos más organizados; la composición del mismo supone una determinada homogeneización a través de su inserción como asalariados en el proceso de

transformación, pero que opaca fuertes diferenciaciones. Por lo cual necesitamos distinguir a los trabajadores que están en la transformación del henequén, en la industria de la construcción, en organizaciones de tipo fabril artesanal, así como también a trabajadores pertenecientes a ramas que antes tenían fuerte incidencia como es el de los ferrocarrileros, pero que actualmente están en franca recesión en Yucatán. Por lo tanto, en este estrato hay grupos con alta capacidad organizativa, con desarrollo político y capacidad de enfrentamiento, y grupos sin capacidad organizativa ni capacidad de movilización autónoma.

Por último, ya señalamos con frecuencia el papel subordinado de los campesinados del estrato social IV a través de toda la trayectoria analizada, dado que no solo tienen un débil nivel organizativo, sino que cuando se organizan lo hacen a través de miembros de otros sectores sociales. Es como si luego de guerra de castas, los campesinados yucatecos hubieran perdido capacidad no solo de organización y de movilización sino de autonomía.

Enumerados los estratos sociales, trataré de analizar históricamente algunas de sus dinámicas, recordando que respecto del período inicial, las dos clases fundamentales en Yucatán eran la alta burguesía y el campesinado, apareciendo como secundarios en términos demográficos y económicos los obreros y la pequeña burguesía dependiente e «independiente», aun cuando los obreros tuvieron un relevante papel político y sindical. Pero, y es lo que me interesa subrayar, la burocracia no cumplió inicialmente un papel relevante, simplemente porque no existía. Y es su surgimiento, desarrollo y papel el que vamos ahora a analizar.

La construcción de la burocracia estatal se gesta durante el gobierno de Alvarado con la creación de la Compañía de Fomento del Sureste, el paso de los ferrocarriles al estado, el desarrollo de la Comisión Reguladora y la creación del Banco Refaccionario, que sientan las condiciones para su desarrollo ulterior. La regulación del cultivo y explotación del henequén establecen claramente esta potencialidad de poder, ya que varios artículos, pero sobre todo el número 39, dan como inapelables las resoluciones de los funcionarios de la Comisión Reguladora, abriendo la posibilidad a la acumulación privada a través del estado. A su vez las necesidades organizativas del Partido Socialista conducen a la creación de una estructura burocrática a partir de la inexistencia de cuadros políticos medios, de la carencia de formación política y técnica de las masas campesinas, y de la tendencia a concentrar el poder en los sujetos y grupos dirigentes.

Estos procesos, si bien serán reformulados en la década del 30' por el proyecto cardenista, fortalecerán el desarrollo del sector burocrático en la entidad. Yucatán, en cierta forma, anticipa algunos de los procesos que se darán ulteriormente a nivel nacional, como son la apropiación y corrupción burocrática, así como una alianza pública/privada que se desarrolla notoriamente desde la década de 1920. También es la entidad donde el proceso tomará caracteres más exitosos, dado que el período del afianzamiento burocrático coincide con la etapa del «oro verde» (década de 1940'), y con hechos políticos que a nivel nacional fundamentan el crecimiento y poder de este sector, y que están basados en la consolidación del partido gobernante, que opera como «partido único», así como en la organización corporativa del mismo.

Las funciones a cumplir por los sectores burocráticos tienen que ver con el control político, económico e ideológico, y tanto su emergencia como su importancia estarán determinadas por las necesidades de los sectores dominantes desarrollados a partir de la «revolución». De allí que la transitoriedad constituya una característica estructural de estos sectores, y es a la luz del criterio de transitoriedad que podemos percibir la importancia coyuntural de los mismos. Esto no niega que las clases fundamentales sean las ya señaladas, y que dicha fundamentalidad pueda ser analizada en la larga duración histórica; pero en la corta y mediana duración los conflictos.

Dan lugar y al mismo tiempo dejan espacio a la temporal cristalización de sujetos colectivos que se reflejan en intereses de clase no inmediatamente remitibles a los del proletariado o a los de la burguesía, aun cuando estos sujetos puedan encontrar su significado y su razón de ser solo por referencia a las relaciones entre esas clases fundamentales (CERASE y MIGNELLA, 1980: 29).

La particular situación de estos sectores conduce necesariamente a un análisis procesal, que la dicotomía básica suele encubrir, ya que

Consideramos que la peculiaridad de dichas figuras reside en que, tras haber emergido a una posición centralizadora en esos procesos, en el curso de dichas transformaciones resultan desplazadas a una posición periférica, y en ésta se origina a nuestro criterio la importancia que revisten en el análisis de la estructura de clases (CERASE y MIGNELLA, 1980: 39).

Los determinantes de estos procesos de centralidad, transitoriedad, pérdida de centralidad, son la organización capitalista del trabajo y la organización administrativa/controladora del estado. Considero que la ubi-

cación estructural/coyuntural de los sectores burocráticos dentro de la estructura de clases, es más correcta que la que lo reduce a la salarización, a las características no productivas de sus labores y a sus niveles de ingresos.

Nuestra descripción de la situación yucateca evidencia el desarrollo de ocupaciones con funciones que tendrán importancia en la legitimación del sistema dominante, y me refiero a maestros, funcionarios de actividades agropecuarias productivas, financieras y comerciales, personal de salud. Estas funciones son cumplidas en niveles ejecutivos o subordinados, pero tendrán persistencia diferencial y conducirán a alianzas con diverso grado de constancia. Los maestros durante las etapas del populismo radical, desde Carrillo Puerto a Cárdenas, cumplirán funciones centrales que promueven la nueva hegemonía; pero después seguirán teniendo un papel destacado, aunque sobre todo referidos a sus propios objetivos. Las funciones de control por parte de la burocracia agraria son centrales durante las décadas de 1930 y 1940, y el campesinado ejidatario denunciará a finales del decenio de 1930 dicho papel. A su vez el personal de salud tiene un papel secundario hasta la década de los 40 salvo respecto de los trabajadores henequeneros, pero a partir de los 50, y sobre todo de las décadas de 1960 y 1970, cobrará centralidad a nivel estatal, pero sin participar en movilizaciones.

El personal que realiza estas actividades de servicio será recompensado diferencialmente en comparación con el campesinado, no solo en términos salariales, sino en términos de seguridad social, dado que son incluidos dentro de un régimen jubilatorio, de adquisición de viviendas, de vacaciones pagadas, de guarderías infantiles, y de atención de sus enfermedades, constituyendo junto con un sector de los trabajadores industriales, los sectores subalternos que «reciben» mayores beneficios salariales y sociales, por lo menos hasta el lapso estudiado. Lo cual no niega que las nuevas crisis económicas los afecten en términos generales y particulares dando lugar a demandas salariales y movilizaciones como las observadas durante 1979 y 1980.

Este modelo de estratificación social se constituyó dentro de un proceso económico-político que he tratado de describir esquemáticamente, y si bien he hecho constantes alusiones a las relaciones de clase y a los procesos de movilización y participación social, ahora trataré de analizarlos en particular, no solo para terminar de entender las dinámicas sociales que operan en Yucatán, sino para relacionarlas con los procesos de s/e/a-subrayando que en este estudio entendemos por movilización todos

aquellos procesos en que «planificada» y/o espontáneamente los sectores subalternos desarrollan actividades, legitimadas socialmente o no, en función de objetivos trazados y dirigidos por ellos y sus líderes. Llamando participación a las actividades desempeñadas por estos mismos sectores en las acciones que son programadas y dirigidas por los sectores dominantes, en general por el estado, y en las cuales los sectores populares son incluidos verticalmente.

Sintetizando lo analizado, observamos que durante el lapso estudiado existen cuatro momentos de movilización social; el primero al, inicio del mismo, que corresponde a la conclusión de la denominada «guerra de castas», y en el cual el actor social de la movilización parece haber sido el campesinado indígena en función de objetivos propios, con liderazgo propio, y que fue no solo vencido, sino tremendamente diezmado y ulteriormente marginado y automarginado por las clases dominantes locales. Y decimos «parece haber sido», debido a que hay interpretaciones que sostienen que el actor social real fue el gobierno británico que indujo, financió e inclusive proveyó de armas al campesinado yucateco para generar un estado separatista controlado desde Belice. El segundo momento es el que opera entre 1915 y 1924 y que está basado en cuanto a su organización y conducción en el proletariado yucateco, pero también en sectores de la pequeña burguesía dependiente como los maestros. La masa de movilización fue el campesinado, pero el sector organizado y dinámico lo constituyó el movimiento obrero. Estas movilizaciones condujeron incluso a la obtención del poder formal en el estado a través del partido socialista. El tercer período se desarrolla durante la década de 1930 y tiene como eje las movilizaciones y enfrentamientos que se dieron en torno a la reforma agraria. Éste fue tal vez el proceso más confuso en virtud de que aparecen funcionando de conjunto sectores con intereses contradictorios; ya que incluso sectores del campesinado son utilizados como masa de maniobra tanto por los hacendados como por el gobierno cardenista. El cuarto período comprende los últimos años de la década de 1960 y los primeros de la de 1970, y está basado nuevamente en los sectores obreros organizados, pero también en sectores de servicios (maestros) y en el sector ejidal asalariado henequenero, pero todavía no sabemos cómo concluirá este proceso, aunque podemos predecirlo.

Durante el primer período señalado, podemos hipotetizar que el proceso es llevado a cabo por el campesinado y liderado inclusive por los sectores más marginales al proceso capitalista; el eje de las reivindicacio-

nes y el objetivo de la lucha es la propiedad de la tierra desde perspectivas no solo campesinas sino étnicas. La lucha se da entre el campesinado indígena y los propietarios de la tierra, involucrando el proceso a todo Yucatán, recordando que la movilización y lucha concluyó con el triunfo de los sectores sociales dominantes, con consecuencias nefastas para los que perdieron la guerra de castas, tanto en términos económico, político como demográfico.

El segundo proceso de movilización se realiza en la región norte, y básicamente en las localidades urbanas del área, es decir Mérida, Progreso, Motul e Izamal. El enfrentamiento se da entre el conjunto de las clases subalternas lideradas por el sector obrero y por el poder federal, por una parte, y los hacendados por otra, siendo el eje del mismo la demanda de mejores condiciones salariales y de trabajo, el establecimiento de un salario mínimo y la realización de la reforma agraria. Este proceso conducirá a que las clases subalternas obtengan el poder formal a finales de la década de 1910, subrayando que el enfrentamiento aparece planteado como explícitamente clasista por los trabajadores, expresando el choque de proyectos políticos contradictorios.

Ahora bien, ¿qué clases sociales y de qué manera participaron en esta lucha? Ya señalamos en apartados anteriores, que el tipo de reivindicaciones postuladas y en parte obtenidas, eran en su casi totalidad obreristas, aún en el caso del campesinado. Mencionamos también que fueron organizaciones obreras, sobre todo ferrocarrileros y portuarios, y organizaciones de servicios, como meseros y maestros, las primeras que se organizaron con sentido político y no meramente mutualista. Esta posibilidad se dio en función de la importancia productiva de algunos de estos grupos ocupacionales, básicamente los ferrocarrileros y alijadores; así como por la existencia en la península de corrientes ideológicas socialistas y anarquistas que se difundieron no solo en los obreros sino en los pequeños propietarios y maestros.

Diferentes testimonios documentan la capacidad organizativa de los ferrocarrileros y portuarios, que los convierte en los trabajadores mejor pagados, así como también en los «más revolucionarios». En 1916 se funda el Partido Socialista Obrero y su primera dirección estará integrada por dos ferrocarrileros, un maestro normalista, un profesor de primaria, un peluquero, un farmacéutico y un periodista. Sucesivamente la presidencia del partido recayó en un artesano, en un peluquero, en un ferrocarrilero y, hasta su elección como gobernador, en Carrillo Puerto quien, entre otras

actividades, había sido empleado de una empresa ferrocarrilera. Es decir que no la constituye ni la preside ninguna persona del sector agrario. Esta organización participará en las elecciones comunales y estatales con candidatos extraídos del sector obrero y de servicios. Además, el movimiento obrero organizado establece tempranas relaciones con la Confederación Regional Obrera Mexicana (CROM) y participa en las diferentes convenciones nacionales obreras y políticas con representantes obreros. Inclusive convoca dos congresos obreros a nivel estatal.

Debe señalarse que la orientación ideológica y política anarquista, socialista y comunista será representada y difundida por obreros y por personas de los sectores sociales medios; según datos de diversos autores, entre los primeros anarquistas había maestros, tipógrafos, sastres, vendedores de libros; y entre los que inicialmente organizaron tendencias comunistas había obreros panaderos, portuarios, abastecedores de carne, pero no miembros de los sectores rurales.

Será a partir de estos sectores ocupacionales que se impulsará la organización de los campesinos, a través de las ligas de resistencia. El desarrollo de estas organizaciones se tradujo en la obtención de la gubenatura del estado en 1918, así como en la agudización de la lucha de clases, expresada en la represión desencadenada sobre Yucatán por el gobierno federal, ya que «A fines de 1918 Carranza tomó medidas para aplastar lo que ya se conocía como la primera base del bolchevismo en América, enviando a la región tropas federales que realizaron una de las campañas más sangrientas de aquel decenio» (CARR, 1976, I: 146). Esta fue parte de una ofensiva nacional contra los sectores más radicalizados, pero en Yucatán no logró desmembrar la fuerza del Partido Socialista, ni de las principales organizaciones obreras. Serán las organizaciones obreras, directamente a través del Partido Socialista y de sus líderes, las que establezcan relaciones políticas e ideológicas a nivel nacional. Así Carrillo Puerto aparece relacionado con la CROM, mientras que los ferrocarrileros se mantienen al margen de dicha central obrera y se ligan después con sectores más radicales. La Confederación de Sindicatos Ferrocarrileros, una de cuyas regiones más fuertes está en Yucatán, se alía a nivel nacional con la Confederación General del Trabajo (CGT), cuestionando la acción de la CROM. Estas diferencias expresan proyectos políticos y alianzas divergentes que tienen un elemento en común: la subalternización del campesinado.

En Yucatán, dadas las condiciones particulares de la producción he-nequenera, observamos que es el Partido Socialista y los obreros los que constituyen la vanguardia organizada, pero estrechamente relacionados con las masas campesinas; convergencia que no se dio prácticamente en ninguna otra área mexicana. El desarrollo de las ligas de resistencia de obreros y campesinos inducida y conducida por el sector obrero y por otros sectores de la pequeña burguesía dependiente, tuvo desde el principio una organización vertical y centralizada, como lo señala M. Clark. Y no podía ser de otra manera —desde la perspectiva de estos grupos— respecto de un campesinado que salía apenas de condiciones de trabajo esclavo y cuya identificación étnica era aún más fuerte que la identificación de clase.

Son estas características, sumadas a la pequeñez de este sector de vanguardia, las que explican en parte el ulterior derrumbe de las movilizaciones autónomas de los sectores populares. Será este proceso político el que tratará de ser contenido, primero a través de represiones militares y luego con el asesinato de Carrillo Puerto, subrayando que a partir de su fusilamiento se observa un paulatino descenso en la capacidad de lucha y de organización de las ligas de resistencia.

Durante las décadas de 1920 y 1930 las reivindicaciones siguieron siendo «obreristas», obteniéndose logros objetivos respecto del resto del país, como la elevación del salario mínimo a valores mucho más altos que los de la media nacional, y subrayando que las demandas seguirán siendo de tipo obrero y que fueron apoyadas por el Partido Socialista, y dirigidas por las Ligas de Resistencia. Pero recordando que según los WEYL (1955), durante los primeros años de la década de 1930 las organizaciones campesinas a nivel nacional se caracterizan por su debilidad, salvo en Veracruz, Michoacán y Tamaulipas.

Esta descripción nos conduce a plantear nuevamente la cuestión de cuál fue la participación real de los sectores campesinos en este proceso de enfrentamiento clasista, sobre todo porque varios analistas señalan la existencia de 90.000 personas integrando las Ligas de Resistencia y el Partido Socialista durante este período, así como describen el notable proceso de acción social y política de los mismos (PAOLI, 1974). E inclusive se habla de «violencia socialista» que, según algunos autores, habría conducido a que en esos seis años muriesen «asesinadas miles de personas que no comulgaban con el comunismo» (GAMBOA RICALDE, 1943-1955); afirmación que solo es parte del imaginario clasista, sin negar por ello la existencia de violencia social y política.



Ahora bien, ¿quiénes intervinieron en este proceso y que pasó con estos 90.000 militantes después del asesinato Carrillo Puerto? Todos los autores reconocen que el proceso yucateco carecía de cuadros políticos y sindicales, sobre todo en el medio rural; lo que favoreció que un limitado número de personas se convirtieran en el eje de la conducción ideológica y política. Según BOLIO (1967), de los documentos y asambleas obreras surge que un muy pequeño grupo de trabajadores era el que manejaba el proceso político y sindical, tanto en los sectores «unionistas» como en los de tendencia sindicalista. Lo cual es congruente con un proceso económico político que había construido condiciones de subordinación y pasividad en las masas campesinas yucatecas. Y los documentos expresan esta situación de subordinación de los sectores campesinos a través del lenguaje y de los comportamientos hasta fechas recientes.

Los cuadros socialistas eran obreros y miembros de la pequeña burguesía, y la praxis-o tal vez práctica- política los conducirá a establecer alianzas con caciques locales, lo cual posibilitó que los socialistas siguieran detentando el poder formal, al mismo tiempo que convalidó la situación subordinada y explotada del campesinado. Una parte de los caciques, unidos al incipiente sector burocrático, fueron los encargados de implementar la «violencia socialista», ya que, según Joseph, dicha violencia social cumplió funciones de control durante el período 1910-1940:

El carácter y la función de la violencia en el contexto yucateco presentan un problema importante, porque sugieren que la Revolución fracasó en cambiar los mecanismos tradicionales de control social en muchas de las áreas rurales. Lejos de efectuar cambios radicales en las relaciones políticas y socioeconómicas del campo, los programas del régimen revolucionario y el aparato administrativo creado para implementarlo, muchas veces fueron expropiadas y adaptadas por los poderes existentes, para consolidar y legitimizar su control (JOSEPH, 1977: 18).

La capacidad de movilización autónoma de las masas campesinas se desarrolló muy escasamente; la estructura burocrática política y la administrativa, y el desarrollo y mantenimiento de cacicazgos locales, así como la continuidad de las lealtades personales de los campesinos con los hacendados, condujeron a favorecer un tipo de participación organizada y dirigida por no campesinos que implicaron cada vez menos movilizaciones. La crisis de producción y comercialización del henequén, que afectó tanto al campesinado henequenero como a diversos sectores obreros, por un lado; y la pérdida de poder real de las organizaciones socialistas, por otro, llevaron a los trabajadores organizados a plantear políticas de acción cada vez más reformistas y economicistas. Según MONTALVO,

El III Congreso [Obrero] celebrado en la ciudad de Mérida en mayo de 1930 postulaba entre sus acuerdos la necesidad de que los obreros y patrones cooperaran en la producción para su mutuo beneficio; se proponían programas de excepción de impuestos para los industriales que se abocaran a manufacturar el henequén, e incluso se llegó a un acuerdo para dotar de financiamiento a los industriales (1977b: 146-7).

Si analizamos el contenido de los discursos de los congresos obreros que se efectúan entre 1918 y 1932 observamos una continua pérdida de objetivos radicales a partir del tercer congreso de 1930. Tanto el congreso correspondiente a esta fecha, como el cuarto congreso obrero de 1931 (llamado agropecuario), y el quinto de 1932 (llamado obrero cooperativista) aparecen como convocatorias coyunturales para enfrentar el deterioro de la situación generada por la crisis henequenera, y frente a lo cual en un lenguaje socialista se plantean acciones reformistas que no apuntan a la reforma agraria, ni a la movilización obrera (Ver las resoluciones y tesis de estos congresos en BUSTILLOS 1959:283-330). Y esta tendencia se continuará ulteriormente con la política de oposición de una parte del sector obrero organizado a la reforma agraria.

Si bien, como luego analizaremos, en esta orientación puede verse la intervención de los hacendados, ya que es reconocida la vinculación de varios líderes socialistas con los mismos; sin embargo, parte de dicha orientación obedecía a que un sector obrero veía amenazados sus intereses económicos por la reforma agraria. Esta situación expresa además los límites dentro de los cuales se desarrolló el proceso yucateco; límites que en gran parte establecen la imposibilidad de una vía autónoma respecto de los proyectos económico/políticos de las clases dominantes mexicanas. Y así los socialistas establecerán alianzas con sectores reformistas a nivel local y nacional para seguir manteniendo el poder formal, en lugar de hacerlo con los sectores más radicales. Observando que Carrillo Puerto y el ala más radical del Partido Socialista yucateco se alían a nivel nacional con sectores obreristas reformistas, que son menos radicales que los socialistas yucatecos. Y este proceso de alianzas se afianzará aún más a partir de la muerte de Carrillo Puerto, ya que el gobierno nacional y la CROM impulsan un proyecto que asegura determinadas conquistas del movimiento obrero, pero en la medida que este no profundice el proceso revolucionario. A lo cual adherirá el sector dominante del Partido Socialista del Sureste.

Es dentro de este proceso que durante el período cardenista se desarrollarán sectores que cuestionan tanto al cardenismo como, sobre todo, al ala conciliadora del Partido Socialista, tanto desde los hacendados como desde el Frente Sindical Independiente, y cuyo eje crítico será la reforma agraria que aplica el gobierno cardenista en el área henequenera. Y que condujo a una serie de acciones por parte de los propietarios de tierras, que fueron desde el sabotaje a la producción, hasta la realización de movilizaciones en las que convergieron los dueños de la tierra y una parte del sector obrero organizado, que se oponía a la distribución de la tierra.

Los años 1935 y 1936 se caracterizaron por una serie de huelgas en las cuales participaron maestros, cordeleros, choferes de camiones, ferrocarrileros, y que sobre todo se desarrollaron en las áreas urbanas de la zona norte.

En 1935 el sindicato de trabajadores de ferrocarriles, los cordeleros, y como una docena de ejidos y sindicatos de peones hicieron demostraciones contra la reforma agraria. Los carteles que llevaban decían «El pueblo se muere de hambre; dennos trabajo antes de darnos tierras». Aunque era posible descubrir la hábil mano de los latifundistas en estas manifestaciones, los organismos obreros que tomaban parte en ellas eran no obstante representativos y revolucionarios (WEYL y WEYL, 1955: 240).

Estas protestas continuaron durante 1936/1938 al ampliarse la reforma agraria; y el eje de la protesta siguió siendo el mismo: trabajo y salario.

Ahora bien, ¿qué expresan estas acciones, que por otra parte se dan casi únicamente en la región henequenera y sobre todo en Mérida y Motul? ¿Acaso la «alienación» de obreros y campesinos que coinciden con sus explotadores frente a las reformas cardenistas? ¿Acaso la capacidad de manipulación de los sectores dominantes? Es aquí donde la respuesta no debiera ser simplista, ya que estos procesos sintetizan las contradicciones de la situación yucateca, agudizadas por la reforma agraria cardenista, que según algunos observadores, «Por lo menos estructuralmente, la organización de la zona henequenera representa el paso más grande que ha dado México hacia la colectivización de la agricultura» (WEYL y WEYL, 1955: 242). Lo cual, como ya se señaló, dio lugar a que sectores sociales contradictorios coincidieran en los cuestionamientos a este proceso de distribución de la tierra y a las características del mismo. Es en este período que los hacendados crean sindicatos blancos que se adhieren a la CGT, y que se oponen a la distribución de la tierra en función de los intereses de los

hacendados, junto con obreros que se oponen a dicha distribución en base a intereses propios. Durante este período son asesinados algunos líderes progresistas y se cuestiona a las autoridades gubernamentales prorrefor-  
mistas, cobrando fuerza el Frente Sindical Independiente encabezado por obreros y estudiantes, que trataron de profundizar la vía socialista del proceso.

Pero este proceso se agota a finales de la década de 1930 y primeros años de la de 1940; y la explicación a esta situación debe buscarse en las condiciones creadas por la propia institucionalización de la reforma agraria, por una parte, y por otra a la notable mejoría de la situación económica y ocupacional. Para implementar esta reforma integral, Cárdenas desarrolló una serie de instituciones, incluida la Central Estatal Campesina, que adhirió a la Confederación Nacional Campesina (CNC), y que condujeron a organizar al campesinado a partir de bases corporativas. Dicha reorganización implicó la desvinculación orgánica de los sectores campesinos respecto de los dos sectores que habían conformado la dirección política y organizativa llevada a cabo por las clases subalternas. Se separó a los campesinos de los obreros y de los maestros, que en Yucatán constituían la vanguardia politizada y con mayor capacidad organizativa. Esta separación establecida por la desvinculación formal de la Confederación de Trabajadores Mexicanos (CTM) respecto de la CNC habría de profundizarse aún más en la década de 1940, con la formación de la Confederación Nacional de Confederaciones Populares (CNOP), que condujo a los maestros a centrarse en sus problemas corporativos y a desvincularse cada vez más de las masas campesinas. Este proceso se impuso, pese a que una parte del Partido Socialista y de los obreros organizados se negó a incorporarse al partido gobernante —el Partido Revolucionario Institucional (PRI)— y a las organizaciones de masa del mismo. Tanto la compartimentación de los diferentes sectores populares, como una parte de las acciones de Cárdenas van a acelerar la pérdida de autonomía del movimiento obrero, así «en el verano de 1937, cuando asistía a la distribución de tierras en Yucatán, Cárdenas apeló a los grupos obreros para que agotaran los medios de advenimiento antes de acudir a la huelga» (NATHAN, 1955: 146).

Este tipo de recomendaciones, la compartimentación de los diferentes sectores sociales subalternos, y la creación de una estructura burocrática de control ejidatario, conducirán a la desmovilización cada vez más acusada del campesinado, pero también de los obreros. Gran parte de este proceso había sido «vaticinado» por ASKINASY (1936), así como por una

parte de los propios obreros y campesinos yucatecos, que intentaron impulsar su autonomía y tomar distancia de las instituciones del gobierno. Y así en diciembre de 1937 los Ejidos Autónomos de Yucatán, reunidos en la Casa del Pueblo de Mérida, plantearon deshacerse del Banco Ejidal, lograr que los ejidatarios fuesen dueños de todo el proceso productivo, incluida la transformación industrial, y que los obreros cordeleros se organizaran e independizaran de la tutela oficial. Esta actitud se verificaría a nivel nacional durante el IV Congreso Nacional de la CROM, cuando los sectores más radicalizados, entre los cuales estaban la Confederación de Ligas Gremiales de Yucatán y la Federación Sindical Independiente de Yucatán, fueron expulsados de dicha central obrera, debido a sus propuestas de autonomía e independencia obrera.

Ahora bien, la generación de esta alternativa obrera fue en gran medida una reacción ante el avance de un estado federal que trataba de captar y organizar verticalmente a los sectores subalternos a través no solo de estructuras políticas sino productivas. Como por ejemplo la creación en Yucatán de una «cooperativa» de producción y comercialización, Henequeneros de Yucatán, que estaba totalmente controlada por el estado, pese a que los gobiernos socialistas. Hablaban —y escribían— de que estaban controladas por las bases trabajadoras unidas en sindicatos y ligas agrarias. Lo cual fue denunciado por analistas, como Lombardo Toledano, quien en 1934 habla de la «farsa de socialismo yucateco», señalando que en Yucatán «los gobernantes imponen su voluntad a las masas con disciplina férrea e inapelable» (LOMBARDO TOLEDANO, 1977: 28). No son los trabajadores sino el estado el que realmente decide; esos trabajadores no pueden protestar si no los autoriza su liga. Para obtener trabajo público o privado los obreros deben mostrar la credencial de la liga, y por eso «en Yucatán nunca hay huelgas, ni existen verdaderos contratos colectivos de trabajo, jamás se organizan manifestaciones de protesta contra ninguna empresa ni contra alguna disposición oficial» (LOMBARDO TOLEDANO, 1977:33). Según Lombardo, han sido las ligas agrarias controladas monopólicamente por los líderes socialistas las que han permitido este proceso.

Esto lo señalaba el autor algunos años antes de que se desencadenara un proceso de notables movilizaciones populares; pero lo señalado por él es correcto, ya que los líderes del Partido Socialista, como los funcionarios del Banco Ejidal y de la «Cooperativa» de Henequeneros, así como los administradores de los ferrocarriles yucatecos, conformaron una capa burocrática que se apropió del poder político y del trabajo ejidatario. Este

sector se alió con una parte de los hacendados y los nuevos sectores industriales, y es contra éstos, que una parte de los sectores subalternos generaran parcialmente los últimos enfrentamientos alternativos. Y es también este proceso el que evidencia que la mayoría de los sectores dominantes y dominados locales están fracturados o por lo menos divididos, y que sobre ellos se montarán y desarrollarán las capas político/administrativas burocráticas

De nuestro análisis se desprende que las «coincidencias» entre los hacendados y una parte de las clases subalternas no expresan intereses comunes, o problemas de «alienación» o una mera manipulación, sino que expresan propuestas diferentes que deben ser analizadas contextualmente. En consecuencia, la propuesta «agrarista», la «obrera», la de los hacendados y la del gobierno federal, tienen que analizarse tanto en función de las relaciones de fuerzas existentes, de los procesos económicos posibles, como de las consecuencias generadas en términos económicos y políticos para los diferentes sectores sociales por las políticas impulsadas por Cárdenas. En la actualidad aparece claro que la propuesta «obrerista» era más coherente y «realista» que la «agrarista», pero se impuso la política gubernamental que buscó mejorar las situaciones de los sectores subalternos, pero a partir de decisiones verticales.

En este período se establecen por última vez —por lo menos hasta ahora— alternativas propias de las clases subalternas liderada por los trabajadores, y que se expresaron a través del Partido Socialista, del frente Sindical Independiente, de la Formación Revolucionaria de Obreros y Campesinos (FROC) y de la CGT, que se enfrentarán y/o convergerán en las movilizaciones que caracterizan sobre todo el lapso 1936/1938. El enfrentamiento entre estas tendencias será de tal envergadura que solo recién en 1943 la CTM conseguirá imponer su dominación y control a nivel local. Es en estos años que se cuestiona el proyecto cardenista por una parte y el proyecto de los hacendados por otra; que se pretende una alternativa a la CTM basada en la propia trayectoria socialista obrera yucateca; que se establece la hegemonía de las nuevas capas burguesas a través del partido gobernante.

Ahora bien, este período es determinante para entender la situación actual yucateca, no solo porque a partir de él se establecen las líneas que fueron las dominantes hasta la actualidad; no solo porque se plantean en estos años alternativas complementarias y antagónicas a nivel de discusión ideológica y de acción política, sino porque aparece —con una

transparencia mayor que en otras situaciones de relaciones de clases— la conformación, enfrentamiento y disolución de alternativas generadas por las clases subalternas, así como las razones prácticas e ideológicas de su fracaso. Será a partir de este período, y luego de un proceso de fuerte cuestionamiento al proyecto de partido único, que saldrá reconstituido el poder a través de una alianza de las capas burocráticas con los estratos que representan al capital industrial y financiero, y con la burocracia obrera.

El proceso de reestructuración política y económica impulsado por Cárdenas, y que tuvo como uno de sus ejes la aplicación de una reforma agraria, se montó, como ya fue indicado, sobre la continuidad de la crisis henequenera, cuyas causas ya fueron analizadas, y a la que se agregó otra de especial importancia. Y me refiero al invento de la trilladora llamada «la Combine», que ya no necesita utilizar el hilo de sisal, es decir del henequén. Esta máquina se difundió en los EEUU a mediados de la década de los 30', y se articuló con la presión de los empresarios norteamericanos para disuadir a los yucatecos de la industrialización del henequén, así como de la aplicación de la reforma agraria, como condiciones para la reanudación masiva de las compras de henequén.

Junto a éstos factores «externos», operaron una serie de hechos «locales» que expresan las consecuencias de la lucha interna, dentro de las cuales irá cobrando relevancia la función y el poder burocrático. Y uno de esos hechos fue la forma en que se implementó la reforma agraria, así como la organización del proceso productivo, que profundizaron aún más la crisis productiva. Según cálculos, que pueden considerarse correctos, de los 272 grupos ejidales que debían obtener tierras, solo diez grupos recibieron una dotación correcta; los demás obtuvieron escasas tierras, o una dotación que excedía su capacidad laboral. Pero, además, 45 ejidos recibieron tierras a notable distancia de sus lugares de residencia, lo cual trastornó sus posibilidades de trabajo, e incrementaron los descontentos que se asociaron e impulsaron aún más la crisis productiva.

Considero que la trayectoria de la relación capa burocrática/sectores sociales subalternos podemos analizarla a través de dos casos, en primer lugar, el de los ferrocarrileros, y más adelante el de los ejidatarios henequeneros. El primer grupo corresponde a los trabajadores más politizados, mejor organizados y pagados de Yucatán hasta el período descripto. Este sector obrero basó parte de su potencialidad, en la importancia que los ferrocarriles tenían para la producción henequenera, ya que hasta principios del decenio de 1930 era la única vía de transporte del henequén. Aho-

ra bien, los ferrocarrileros apoyaron las medidas que contribuyeron a un fortalecimiento del estado, entre ellas la apropiación estatal de la empresa ferrocarrilera en 1917, pero, aunque lo demandaron no formaron parte del consejo de administración de los ferrocarriles, ya que sus miembros fueron designados por los gobernadores socialistas del estado. La gestión estatal, no solo se caracterizó por su corrupción, sino por la forma autoritaria de resolver los conflictos obreros/patronales, lo cual se evidenció a lo largo de la crisis de comercialización desarrollada durante las décadas de 1920 y 1930.

Los directivos ferrocarrileros y los gobiernos socialistas solucionaron las consecuencias de la crisis y las demandas de los trabajadores despidiendo trabajadores, demorando el pago de los salarios, y/o reduciendo los salarios en varias oportunidades, tal como está documentado para los años 1921, 1922, 1930, 1933, y 1935. La situación condujo a huelgas que el gobierno yucateco, inclusive en la época de Carrillo Puerto, reprimió o trató de controlar a través de la creación de comités de trabajadores paralelos. Y es en estas luchas que los diferentes sectores generan sus alianzas, ya que los ferrocarrileros no solo se aliarán con los hacendados, sino también con sectores políticos nacionales enfrentados al partido socialista, como ocurrió entre la Unión Ferrocarrilera y el general de la Huerta en 1924, de tal manera que «La Unión Obrera Ferrocarrilera cedió a la revolución [de la Huerta] dos días de haberes de sus socios y empleados que importaban \$10.000, y un día más para el pago de haberes a las tropas federales que se encontraban en el Estado» (GAMBOA RICALDE, 1943-1955, vol. 3: 354).

Debe enfatizarse que los ferrocarrileros plantearon tempranamente un cuestionamiento al poder burocrático engendrado en gran medida por el Partido Socialista, y desde esta perspectiva, si bien sus miembros individuales constituyen parte de la base del proceso revolucionario, como institución sindical se negaron a formar parte del aparato burocrático. Por supuesto que en estas acciones se refleja la orientación anarcosindicalista dominante, la cual, dentro del proceso yucateco y como se manifestará durante la década de 1930, constituía la posibilidad de una alternativa gestionaaria y antiburocrática.

Ahora bien, el enfrentamiento entre un estado «socialista» y los obreros ferrocarrileros, cobró un nuevo giro a mediados de la década de 1930, ya que la aparición durante este período del transporte automotor redujo aún más los ingresos de la empresa ferrocarrilera y, lo que es más deter-



minante, eliminó su carácter monopolístico. De tal manera que en 1935 el transporte automotor trasladaba ya el 15 % de la producción henequenera, pero en 1937 le correspondía el 43 % del total.

Frente a esta situación, los trabajadores plantearon una solución radical, que profundizaba las medidas que ellos venían apoyando desde la década de 1910; seguían sosteniendo que los ferrocarriles debían ser estatales, pero cuestionaban su dirección burocrática y proponían como alternativa una dirección obrera que eliminara la corrupción. Ya que como reconoció el propio gobierno yucateco:

Los dispendios de los administradores y esa disminución de ingresos fueron causa de fuertes reajustes sucesivos en los jornales de los trabajadores. En los últimos meses de 1935 tal situación alcanzó un período álgido, hasta el punto de dejarse de cubrir varias decenas de jornales y aun algunos renglones de impuestos a la Federación (GOB. DEL ESTADO DE YUCATÁN, 1941, II: 122).

Los trabajadores elaboraron un informe en el que señalaban que

Había muchas gentes superfluas, que los ingresos bastaban para el pago del personal y que había numerosos empleados fuera del presupuesto y colocados por órdenes de los gobernadores (FERRER, 1977: 589).

A partir de lo cual, los trabajadores exigen dirigir y administrar la empresa, lo que es aceptado por el gobierno el 8 de octubre de 1935.

No obstante, este logro del sector obrero, la crisis tanto de la comercialización como del propio transporte agudizará el deterioro de la empresa, ya que durante el período en que los trabajadores pasan a dirigir los ferrocarriles se acentúa la «preferencia» de los productores por la utilización del transporte automotor. Los ferrocarrileros exigieron entonces del gobierno el monopolio en el traslado del henequén, a lo que aquél se negó, generándose una serie de enfrentamientos y de alianzas en las cuales las demandas obreras se integraron con demandas del sector burocrático. El proceso dio por resultado la pérdida del control obrero de los ferrocarriles, ya que condujo a la revisión del contrato firmado en 1935, y a que la nueva administración se constituyera con cuatro miembros nombrados por el sindicato y cinco designados por el gobierno.

Más que en este conflicto, será en la reconstitución de la producción henequenera donde percibamos más claramente el control y la hegemonía del sector burocrático. Para ello debemos recuperar dos hechos; uno reiteradamente señalado, que refiere a que Yucatán es el estado donde se trató de llevar a cabo en su forma más integral la concepción del ejido colectivo;

y. segundo, a que Yucatán es el estado que cuenta con el mayor número de ejidatarios. Así en 1940, mientras el porcentaje nacional de ejidatarios respecto del conjunto de los sectores dedicados a tareas agropecuarias era de 32,15 %, era Yucatán era del 65,65 %; lo cual se acentúa en 1950, ya que la relación es del 28,57 % para la nación y del 67,93 % para el estado yucateco. Estos datos evidencian por lo menos la significación demográfica del sector ejidatario, y será sobre este sector que se montará un aparato burocrático estatal/federal a partir del cual la burguesía redefinirá su posición en el proceso productivo y en el político.

Ya señalamos que la reorganización del proceso henequenero supuso la creación de instituciones que de hecho dirigieron y se apropiaron de las ganancias deducidas de la producción campesina,

Porque la burocracia de la institución directriz, que es la misma de los viejos hacendados, recarga los presupuestos de egresos, impide que el ejidatario participe más y más directamente en el manejo de su propio negocio, en los beneficios de sus propios esfuerzos, en la discusión, planteamiento y dirección de los intereses colectivos, para la necesaria vigilancia y autodeterminación de los trabajadores (FÁBILA 1941: 417).

El propio gobierno estatal trató de cuestionar esta situación a fines de la década de 1930, denunciando el desarrollo del poder burocrático y la situación de subordinación en que eran mantenidos los ejidatarios, y proponiendo la «depuración» de los cuadros burocráticos por un lado y el desarrollo de la directiva ejidal por otro.

Así se trató de modificar la estructura de la «Cooperativa» Henequeneros de Yucatán en cuya dirección y acción «no tenían ninguna injerencia los Comisariados Ejidales». Las consecuencias y «denuncia» de la constitución del poder burocrático condujeron, en forma similar que, en el caso ferrocarrilero, al desarrollo de enfrentamientos y alianzas que luego de un tiempo fortalecieron aún más el poder burocrático. Esto en parte pudo realizarse porque el sector burocrático había creado intereses económicos y ocupacionales que conducían y comprometían a sus miembros en sus diferentes jerarquías a seguir manteniendo y aun incrementando su funcionalidad y poder. En 1939 Henequeneros de Yucatán «dio a los ejidatarios en calidad de anticipo de enero a septiembre 4.771.495 \$, habiendo ascendido en igual período el valor de las exportaciones del henequén a 15.338.451 \$ y el de la producción ejidal de fibra a 12.509,263 \$» (FÁBILA, 1941:450-51). De esta masa de dinero salen los salarios diferenciales que se pagan a los ejidatarios y al resto del personal, que incluye a obreros, empleados y capas burocráticas directivas.

En el cuadro 8 puede verse la notable diferencia de ingresos entre los ejidatarios y el resto de los trabajadores y empleados; siendo los ejidatarios quienes perciben los ingresos más bajos. Pero, además, es de su producción de donde sale el dinero con que se paga a la mayoría de los otros puestos de trabajo, incluidos los referidos al sector la salud. Así en 1938 saldrán del trabajo ejidatario 180.000 pesos para los servicios médicos, 29.000 pesos para un Instituto Técnico Agrícola y 35.430 pesos para un Laboratorio Analítico de Investigación (FÁBILA 1941:418). Subrayemos, además, que del sector ejidal salen los sueldos que se pagan al sector burocrático, según normas establecidas por el capital privado: «Dichos sueldos fueron fijados por la antigua corporación capitalista y no sufrieron cambio alguno al advenimiento de los ejidatarios como productores y cultivadores de henequén y por su propia naturaleza no están sujetos a las variaciones al mercado del henequén» (GOB. DEL ESTADO DE YUCATÁN, 1941, II: 85).

**Cuadro 12. Algunos sueldos del personal inferior de Henequeneros de Yucatán**

Categorías	Diario \$	Semanal \$	Mensual \$	Anual \$
Mayoral	2,14	15,00	65,00	780,00
Tranviario	2,14	15,00	65,00	780,00
Carpintero	2,14	15,00	65,00	780,00
Herrero	2,14	15,00	65,00	780,00
Fogonero	3,85	27,00	117,00	1.404,00
Maquinista	4,94	37,50	150,00	1.800,00
Mayordomo	4,93	37,50	150,00	1.800,00
Encargado de la planta	2,96	22,59	90,00	1.080,00
Administrador	8,22	62,50	250,00	3.000,00
Cajero	8,22	62,50	250,00	3.000,00
Pagador	8,22	62,50	250,00	3.000,00
Ejidatario <sup>1</sup>	0,50	2,00	8 00	96,00

Anticipos refaccionarios a 32.000 ejidatarios. Fuente: Fábila 1941.

A este proceso de explotación, de apropiación y de redistribución desigual, debe agregarse otro que, si bien siempre existió, cobra ahora características más acusadas dentro de la situación yucateca. Hasta la década de 1930 la transformación del henequén se realizaba básicamente en los EEUU, lo cual reportaba enormes ganancias a las empresas industriales norteamericanas que manejaban la transformación de las fibras duras. Pero a partir de esta década, se incrementa la participación yucateca en la industrialización del agave; participación que desde sus inicios tiene un carácter monopólico, dado que en 1936 el 90 % del henequén elaborado era producido por solo cuatro fábricas, y esta situación tendrá continuidad hasta la actualidad. En la década de 1940 tanto el proceso de desfibración como el de industrialización estaba en gran medida en manos de la burguesía yucateca, casi sin participación del sector ejidatario.

Ya señalamos cómo la decisión cardenista de entregar las plantas desfibradoras a los ejidos había sido revocada a principios del decenio de 1940, por lo que, si bien la burguesía yucateca perdió gran parte de sus tierras, mantuvo el poder sobre las instituciones financieras y de comercialización, y aumentó su participación en el proceso de industrialización, renglones en los que de hecho se generan los mayores ingresos dentro del ciclo completo de la explotación del henequén:

En realidad el henequén adquiere importancia creciente conforme avanza en los procesos que lo industrializan y lo introducen a los mercados nacionales e internacionales, como fibra o bajo la forma de manufactura. Las plantas desfibradoras de henequén reciben de la agricultura su materia prima (hojas) valorizadas en 5 millones de pesos el año 1950. A esta cantidad se agregan los gastos de operación, intereses, impuestos y utilidades tanto de las empresas desfibradoras como de la institución encargada del manejo y venta de la fibra, de modo que ésta alcanza un valor de 129 millones de pesos (año 1950). Más de la mitad del henequén limpio y clasificado se exporta, dejando el resto para las cordelerías, yucatecas principalmente, que lo transforman en manufacturas destinadas en parte al mercado internacional. Las ventas al exterior de henequén y sus manufacturas importaron 119 millones de pesos, en tanto que las ventas en el mercado nacional de henequén manufacturado importaron 81 millones de pesos. La economía yucateca recibe 200 millones de pesos de la materia que la agricultura le entrega por 35 millones de pesos (ALANÍS PATIÑO, 1959: 303).

Es decir que la producción ejidataria de henequén permite tanto el desarrollo de una burguesía industrial como de capas burocráticas de asesoría, administración y control que se alían momentáneamente para subordinar al campesinado, que a fines de la década de 1930 plantea aún alternativas propias.

Es respecto de este proceso que deben ser analizadas las movilizaciones, enfrentamientos y alianzas generados en este período y que dieron por resultado el afianzamiento del poder burocrático. Ya vimos que durante las décadas de 1910 y 1920 las movilizaciones son lideradas por el movimiento obrero en función de objetivos obreristas, y que durante los decenios de 1920 y 1930 se desarrolló una dirección burocrática dentro del Partido Socialista asentada en el control vertical de las ligas agrarias y en el desarrollo de una burocracia funcionaria en instituciones estatales y paraestatales. Es esta burocracia la que establecerá relaciones con la burguesía para seguir ejerciendo su dominación sobre el campesinado, marginando las líneas más combativas del Partido Socialista.

El proyecto cardenista intentó impulsar medidas progresistas dentro de un proceso de crisis económica grave; medidas que buscaron modificar la distribución del poder económico y político, así como enfrentar las demandas populares por la carencia de alimentos y por la desocupación que surgieron en todo el estado y especialmente en Mérida entre 1930 y 1934. Las medidas cardenistas afectaban teóricamente a la burguesía terrateniente e industrial y de manera secundaria a la burocracia, pero en los hechos, dichas medidas solo cuestionaron de modo parcial el poder económico de un sector de la burguesía y crearon los mecanismos para fundar el dominio del poder burocrático, dado que nunca entregó el poder de control a los sectores sociales subalternos.

Nuevamente aparece claro que no es la corrección de una teoría política la que impone las formas reales del poder, sino las fuerzas sociales que se hacen cargo de dicha teoría política. Y todo el período cardenista, pero en particular los años que van de 1937 a 1940, expresa esta realidad, ya que si bien el proyecto cardenista suponía la creación de una estructura burocrática para asegurar el proceso de transformación social de México; también suponía una mayor autonomía de las clases subalternas para controlar a dichas capas burocráticas. Pero, sin embargo, fueron éstas las que se apropiaron de las consignas de autonomía en Yucatán para poder asegurar su poder, y para ello se aliaron con sectores obreros y campesinos, que con objetivos distintos proponían también como alternativa la autonomía de las clases subalternas. Pero, además de coyunturales, estas alianzas fueron uno de los medios para asegurar la dirección burocrática del proceso, así como para eliminar toda posibilidad de desarrollo autónomo obrero y/o campesino.

Debe subrayarse que las acciones del poder establecido tenderán, a partir de este período, a la eliminación de la concepción ejidal colectiva, lo cual se manifestará primero restándole toda capacidad de autonomía

directiva a los ejidos, haciéndolos dependientes del sector burocrático e industrial, y después dispersándolos en su funcionamiento con medidas decretadas en 1956 y 1960. En este último año «se instituyó un programa para descomponer las cooperativas de los villorrios en dos partes, lo que tenía como último fin el que cada trabajador y su familia tuviera acceso individual a la tierra ejidal y fueran más que una cooperativa, una unidad productiva» (RAYMOND, 1974: 176).

Los procesos analizados conducirán a la imposición del nuevo poder burocrático y del sector financiero/industrial, y a la eliminación de las alternativas subalternas, lo cual fue favorecido por el positivo desarrollo económico generado durante la década de 1940 que permitió a estos sectores dominantes una gran acumulación de capital, al mismo tiempo que la realización de una política ocupacional y distributiva que contrastó con la «miseria económica» del decenio de 1930.

La importancia de la crisis yucateca y de su influencia nacional a nivel político/ideológico se percibe en la emergencia de uno de los debates ideológicos más importantes generados en México, y en el cual participaron L. Cabrera, Lombardo Toledano, González Aparicio, Mesa Andraca, Askinas, Molina Font, y Silva Herzog, entre otros. En este debate, autores de diferente filiación ideológica y política coincidieron en sus interpretaciones del proceso yucateco, aunque cuestionando aspectos particulares. Y así tanto Cabrera como Askinas, Molina Font y el FSI cuestionaron total o parcialmente el proyecto cardenista; unos criticando la reforma agraria en sí, otros proponiendo como alternativa al ejido colectivo una reforma agraria basada en pequeños productores independientes, y otros planteando la necesidad de radicalizar aún más la concepción del ejido colectivo. No obstante, estas diferencias, casi todos señalaron los peligros de la burocratización del proceso; y así tanto Askinas como Cabrera hicieron críticas que ulteriormente se verificaron, ya que consideraban que el campesinado ejidatario yucateco iba a ser dueño de «su» tierra solo nominalmente, dado que el Banco Ejidal se convertiría en su nuevo patrón, y el campesinado continuaría, en los hechos, en su situación de peón asalariado. Los representantes del sector cardenista radical, cuya expresión más significativa fue para el debate yucateco (GONZÁLEZ APARICIO, 1936), cuestionaron estos enfoques por considerarlos «antirrevolucionarios», y plantearon la profundización o por lo menos la implementación de un aparato productivo colectivizado centrado de hecho en la nueva burocracia, a la que por otra parte no consideraban como tal.

Desde una perspectiva teórica tanto los procesos estructurales como la lucha ideológica dadas en Yucatán tienden a demostrarnos algunas consecuencias importantes: *a)* que no puede generarse y profundizarse un proceso revolucionario solo a nivel regional, ya que el mismo tiende a ser apropiado y controlado desde el poder nacional reformista; *b)* que la propuesta de generar capas burocráticas para asegurar el proceso revolucionario dada la debilidad de los sectores sociales subalternos, concluyen con la constitución de un nuevo sector de poder económico/político que sigue sometiendo y explotando a los sectores subalternos, y *c)* que la escasa existencia de sectores sociales subalternos con autonomía y capacidad de movilización, facilitan la constitución de capas burocráticas dentro de estos propios sectores, que no solo se apropian del proceso productivo, sino que en «nombre» del proceso revolucionario lo reorientan hacia sus propios objetivos e intereses económicos y políticos.

A partir de este período se hará aún más notorio que las movilizaciones se centrarán en maestros, obreros ferrocarrileros, transportistas, estudiantes, y cada vez menos en el campesinado; y esto a medida que se pauperizaban todavía más los diferentes sectores campesinos.

La crisis económica se reinicia, como ya lo señalamos, a principios de la década de 1950 dentro de un proceso que profundiza las desigualdades socioeconómicas, lo cual es reconocido por el propio estado; y así en 1957 un informe del gobierno yucateco evidenciaba que la distribución de la riqueza era cada vez más desigual en el estado en comparación con la nación, ya que un 0,13% de las familias controlaba casi totalmente la situación social y económica del estado. «Más aún, teniendo esta entidad una economía auto consumista por su estructura económica, que descansa en las actividades primarias, se observa un descenso en las percepciones monetarias de las mayorías» (ZAMORA *et alii*, 1961: 449-450). Y esta situación se agravará durante las décadas de 1960 y 1970.

El cuarto momento está centrado en las movilizaciones, en varios casos de singular violencia, llevadas a cabo por el sector obrero, el campesinado asalariado/ejidal, los «pequeños» propietarios y los estudiantes, que en los dos primeros casos demandan mejores salarios, mejores prestaciones, mejores condiciones de trabajo, más jornadas laborales, no existiendo reivindicaciones típicamente campesinas, salvo el pago de los anticipos. Ese tipo de demandas continúa hasta la actualidad, observando que los movimientos llevados a cabo por los ejidatarios henequeneros tuvieron su máxima expresión entre 1966 y 1973, y sus acciones, que cobraron

caracteres de «revuelta», fueron solucionadas a través de pagos de dinero. Durante septiembre de 1966, fecha en que la movilización alcanzó el mayor número de participantes, la solución fue repartir 150 pesos a cada ejidatario; pero la «protesta» de 1968 no obtuvo ni siquiera esto. En ambos casos, al igual que desde la década de 1940, los ejes de las demandas fueron económico/ocupacionales.

Ahora, si bien hay demandas y luchas, las mismas ya no presentan propuestas alternativas de autonomía por parte de los sectores subalternos, por lo cual considero que las mismas realmente no constituyen movilizaciones en términos de autonomía. Y esta situación se expresa en las preguntas que el actual líder nacional de la CNC, y previamente líder de las Ligas Agrarias de Yucatán, le planteó a las directivas de Cordemex y del Banco Agrario. Al Banco le preguntó: ¿Cuáles son los precios reales que tiene el henequén mexicano en el mercado internacional? ¿Qué adeudos tienen los ejidatarios hasta la fecha? ¿Por qué no se entregan a los ejidatarios sus estados de cuenta semanal o mensualmente? ¿En qué condiciones operan realmente las plantas desfibradoras adquiridas para el servicio de la producción campesina? ¿Por qué no se adquieren las plantas particulares que por su situación pueden dar un mejor servicio a los ejidatarios? Mientras a los directivos de Cordemex los interrogó sobre ¿cuáles han sido las utilidades de Cordemex desde que inició sus operaciones? ¿En qué forma se han invertido esas utilidades y de qué manera han beneficiado al sector campesino? ¿Cuáles son los verdaderos costos de producción de Cordemex? ¿Por qué no se ha destinado un porcentaje anual de las utilidades para los campesinos, si uno de los objetivos de la empresa es que los ejidatarios participen al 50% de las utilidades que arroje la industria cordelera? (HUCHIM, 1980). Es decir, todas preguntas importantes en términos de los ingresos de los ejidatarios, pero nada que evidencie proyectos alternativos autónomos.

Estas consideraciones nos llevan a analizar el segundo tipo de acciones, es decir la participación social entendida como intervención no autónoma por parte de las clases subalternas, y que como hemos visto fue la dominante durante todo el lapso, sobre todo en el caso del campesinado. Por lo cual, concentraremos nuestro análisis en el periodo que va desde la presidencia de Cárdenas hasta la actualidad, recordando que, durante la administración cardenista, y sobre todo en los últimos dos años de su gobierno, se construye una política según la cual la «participación organizada» debe reemplazar a la movilización; es decir, no se niega la legitimidad



de la acción de masas, sino que se la organiza como «acción social». Como se ha señalado en numerosos estudios, la gestión de Cárdenas instituye una situación aparentemente contradictoria, ya que trata de fomentar la participación y al mismo tiempo de desarrollar los organismos que supuestamente formados para impulsar dicho proceso, iban de hecho a controlar y establecer principios de organización y participación vertical. El desarrollo yucateco se caracterizará, por lo tanto, por el impulso dado por los gobiernos a la participación social dirigida, y que desde mediados de la década de 1960 se centrará en aspectos económicos a través de la realización de toda una serie de programas productivos, y donde la dimensión política aparece excluida.

Los diferentes trabajos que han evaluado estos programas de participación, desarrollados básicamente en la región III, están de acuerdo en señalar una serie de rasgos comunes que estructuran una situación de dirección vertical inconsulta. Esto es consecuencia de varios factores, entre los cuales destacamos dos; corresponde por una parte al proceso de concentración de poder económico y político del estado federal, y expresa a su vez una ideología tanto de control como de desconfianza respecto de la potencialidad del campesinado. Como casi toda concepción ideológica producida por la clase dominante en períodos de transformación, la misma sintetiza y expresa sus objetivos, dado que la desconfianza a la capacidad campesina (hecho ideológico manifiesto) encubre la desconfianza hacia la acción campesina (hecho latente), y en consecuencia se genera una política vertical que favorece la concentración de poder y de control del estado y de las capas burocráticas.

En la región III asistimos en fechas diferentes a la implementación de dos planes, tal vez los de mayor envergadura, desarrollados como tales en Yucatán durante este lapso, y que implican la participación de estratos sociales subalternos. Las evaluaciones que se han hecho de los mismos y especialmente de la participación campesina, coinciden en sus interpretaciones; y así respecto del Plan Chac, desarrollado a partir de 1964, un análisis llega a las siguientes conclusiones:

El hecho de que, desde que se llevase a cabo la Reforma Agraria en esta parte del Estado de Yucatán, el campesino minifundista ha estado sujeto a decisiones «desde arriba» con respecto a sus condiciones económicas por medio de las medidas, disposiciones y planes que realiza el gobierno a través básicamente de sus dependencias ligadas con el campo, ha provocado una situación de desconcierto en cuanto a qué, cómo, para qué o en qué medida, el campesino participa en el desarrollo, tanto de su comunidad como a nivel nacional,

lo que ha significado que tome una actitud apática, pasiva y de desconfianza, que lo lleva a «vivir» como sea, resultando desde luego presa fácil de los mecanismos del mercado de trabajo (CIDER, 1979: 18).

Similares consideraciones se han hecho por diversos investigadores respecto del plan ejidal ganadero implementado desde 1973, también en la región Fiyi así una evaluación del Programa de Inversiones para el Desarrollo Rural (PIDER) señala: «Por lo que se refiere a la participación campesina, ésta se ha dado en lo general solo como aportadora de la fuerza de trabajo a pesar de que existe una estructura formal tal, que permite la participación en la toma de decisiones a nivel del conjunto de los asociados y a través de asambleas generales. De esta forma las decisiones en cuanto a las diferentes tareas a desempeñar son tomadas por las instituciones responsables del programa, mismas que son pasadas a las autoridades para que éstas se encarguen de organizar la ejecución de dichas tareas. Esto trae como consecuencia el que los representantes se conviertan en realidad en un órgano máximo de decisión frente a los campesinos participantes, cuando en términos de una estructura democrática, el órgano máximo de decisión debiera ser la asamblea. Lo anterior nos lleva a concluir que el carácter de subordinación que los representantes de los programas tienen para con la institución encargada del programa» (Banco, INI, SARH), se revierte con un carácter autoritario para con los socios de los programas.

Lo antes señalado nos hace pensar que dichos programas constituyen una empresa de corte tradicional, en la que subsisten relaciones patronales, papel que en este caso juegan las instituciones, y en la que los campesinos dirigidos por algunos de sus miembros ocupan el de aportadores de la fuerza de trabajo (RAMÍREZ, 1978: 18).

Hay un informe del CIDER que sintetiza la manera en que estos programas están siendo llevados a cabo, síntesis que como luego veremos coincide con análisis que en el área específicamente de salud se han hecho para América Latina, incluido México, y con lo encontrado por nosotros en el sector salud de Yucatán respecto de la participación social de los sectores subalternos. El informe destaca los siguientes puntos, *a*) la desvinculación de las acciones de asistencia técnica respecto de las organizaciones para la producción; *b*) la realización de trabajos con un reducido grupo de campesinos, optándose finalmente por trabajar a nivel individual, pasando con frecuencia por alto a las autoridades locales y desaprovechando las instancias de análisis y decisión que existen en el lugar; *c*) dispersión y a veces contradicciones de esfuerzos inter e interinstitucionales; *d*) pérdida

de interés de los técnicos ante la ausencia o escasa presencia de estímulos profesionales, lo que se manifiesta en la realización de acciones de corte burocrático; y e) la poca cabida que se da en la definición de los programas de trabajo de los técnicos a la participación de los campesinos.

Pero no son solamente los técnicos federales los que señalan esta situación, ya que Loret de Mola, al revisar la situación del Plan Chac durante su gestión como gobernador de la entidad, constató que

Las fallas en estos programas, que tanto han costado al pueblo de México suelen derivarse de un burocratismo insensible y frío, indiferente al progreso del país y al trabajo de los campesinos. Los extensionistas pagados por Agricultura no descienden de las camionetas con aire acondicionado en que recorren los caminos de primera clase, rara vez salen de ellos para meterse a los ejidos (LORET DE MOLA, 1978: 121).

Y durante todo el trabajo describe casos de verticalidad e ignorancia de las instituciones federales respecto del campesinado yucateco.

Sería importante recordar que fue durante las décadas de 1930 y 1940 que la antropología cultural norteamericana construyó su concepción del desarrollo comunitario, de la participación comunitaria, de la «autoayuda» que haría suya una gran parte de la antropología mexicana, y que constituye parte de la ideología del indigenismo. Esta concepción debe ser incluida en el conjunto de técnicas de desmovilización que operaron en todos los niveles de acción sobre las clases subalternas y en particular sobre el campesinado. Las clases dominantes y las clases subalternas operan a través de transacciones en todas las dimensiones de la estructura social, que hasta ahora han tenido como resultado la continuidad del dominio y apropiación por parte de las clases dominantes, y la subordinación, explotación y autoexplotación por parte de las clases subalternas, y especialmente del campesinado.

### *Procesos ideológicos/culturales: una aproximación*

Respecto de la dimensión ideológica podemos decir poco, ya que la mayoría de los materiales que consultamos tratan casi exclusivamente de las dimensiones política, económica y demográfica, y casi no dicen nada respecto de lo ideológico, salvo en lo referente a lo ideológico/político manejado no solo a nivel explícito y manifiesto, sino casi exclusivamente a través de los líderes políticos o de los intelectuales que los critican o

apoyan. Es decir, sin contar con información procedente de los diversos conjuntos sociales, y especialmente de los subalternos. Tenemos trabajos sobre aspectos culturales, pero no sobre aspectos ideológicos respecto de las clases subalternas y dominantes yucatecas; y la mayoría de los aspectos ideológicos con que contamos son las opiniones/análisis/interpretaciones de intelectuales y/o políticos sobre lo que «pensarían» las clases subalternas, pero no tenemos información sobre lo que ellas piensan/hacen en término ideológicos. Los únicos trabajos que nos dicen algo sobre aspectos ideológicos, además de los culturales, son los realizados por algunos antropólogos culturales, y en particular por R. Redfield.

Las afirmaciones sobre la ideología del campesinado yucateco, son justamente solo afirmaciones, que no son sostenidas por materiales etnográficos, y así diversos autores proponen «que en los años 20' hay una extendida difusión de la ideología socialista en el campesinado», o señalan «la importancia religiosa y cultural del maíz en el campesinado yucateco actual», pero sin datos que lo sustenten, y además sin correlacionar dicha afirmación con lo ocurrido con el maíz en términos productivos en los últimos cincuenta años. Por lo cual no sé en qué se fundamentan estas afirmaciones, realizadas todavía en la década de 1970 por diversos autores; dado que no conocemos estudios que puedan sustentarlas. Más aún, tenemos estudios (GOLDKIND, 1965, 1966; STRICKON, 1965) que cuestionan la afirmación «culturalista» de la importancia del maíz como integrador cultural, a través de análisis con los cuales podemos divergir, pero que intentan analizar los procesos ideológico/culturales y económico/políticos actuales, y no solo permanecer en añoranzas del pasado y/o del futuro.

No cabe duda, que desde por lo menos finales del siglo XIX existen evidencias explícitas de la presencia de ideologías políticas en la sociedad yucateca, ya sean las detentadas por las clases dominantes en términos de progreso y de concepciones positivistas, como a través de ideologías socialistas y anarquistas manejadas por líderes de las clases subalternas. Pero ¿Cuáles son las ideologías —y por supuesto cultura— que los yucatecos manejan en su vida cotidiana respecto de la familia, de la religión, de la educación, de la enfermedad? Es decir ¿Qué manejo tienen las clases subalternas, y especialmente el campesinado de las ideologías políticas, y de la ideología y cultura con que actúan en sus vidas? Y considero que, por lo menos, sobre ciertos aspectos importantes sabemos muy poco, ya que, por ejemplo, una cosa es la propuesta «antialcohólica» y de apoyo a la mujer de los gobiernos de Alvarado y de Carrillo Puerto, y otra las representaciones y prácticas sociales que los sujetos y conjuntos sociales

manejan del alcoholismo, o del status social de la mujer. Un claro ejemplo de lo que estamos analizando se encuentra en las concepciones ideológicas que sobre el status femenino tienen Alvarado, los Congresos Obreros, el Partido Socialista, Carrillo Puerto y otros líderes y organizaciones progresistas, quienes señalan los avances del «amor libre», del divorcio, así como la elevación del status femenino, lo cual consideran como básico para la incorporación de la mujer al proceso productivo. Pero ocurre que en 1930 la mujer solo representaba el 3,4% de la población económicamente activa, y su inserción en el proceso productivo estaba supeditada a las actividades masculinas.

Esto no niega la intensa labor de difusión de los principios feministas durante la década de 1920, pero no tenemos una etnografía de la ideología y también de la cultura de las mujeres y de los varones yucatecos, y sobre todo de las mujeres y varones de las clases subalternas que nos permitan observar hasta qué punto permearon esos principios ideológicos en los yucatecos. Si bien sabemos de la participación de las mujeres en los congresos obreros, de su importante función en algunos sindicatos, y de la construcción de ligas femeninas, sin embargo, los datos indican que esta participación es sumamente minoritaria, y que ignoramos cuál es la concepción y participación de la mayoría de las mujeres, aunque sabemos lo que dicen los líderes.

No hemos encontrado estudios en los cuales se describa la ideología o las ideologías del campesinado, aunque en Redfield y otros antropólogos encontramos materiales que refieren a la subordinación ideológica implantada por los grupos dominantes, así como procesos de «aceptación» por parte de los sectores subalternos. Y si bien podemos cuestionar sus propuestas y análisis, como se ha hecho repetidas veces; sin embargo, no hay casi nada que lo reemplace. Las ciencias sociales y antropológicas actuales han vuelto a preocuparse por el problema de la ideología, lo cual sin embargo no se ha reflejado en los análisis del campesinado yucateco. Por eso, podemos decir poco acerca de los niveles ideológicos que operan en la situación yucateca; aunque tanto para Yucatán en general como para Ticul en particular, haremos algunas consideraciones sobre diversos aspectos ideológicos, —y también culturales— al tratar más adelante los procesos de s/e/a-p.<sup>17</sup>

17 Como señalo en la presentación de esta nueva edición, si contábamos con datos de tipo ocupacional y político, así como referidos a la atención biomédica que indicaban la «aceptación» de su subalternidad, y la hegemonía de los sectores dominantes por parte del campesinado y del sector artesanal. En gran medida fue a partir de esta investigación, que comencé a hablar de una «cultura del aguante» en los sectores sociales subalternos.

Es en función de lo señalado, que puntualizaré algunos de los aportes red filianos que, de haber tenido continuidad tal como fueron planteados en «su Yucatán», tal vez nos permitiesen contar en la actualidad con otra información y análisis del proceso yucateco. Recordemos que para Redfield tanto la dimensión salud/enfermedad como la dimensión mágica/religiosa, estrechamente articuladas por otra parte en las representaciones y prácticas sociales campesinas —en su caso a través de un tipo ideal campesino—, constituyen dimensiones privilegiadas a través de las cuales analizar la cultura del campesinado yucateco. Ya Redfield planteaba un proceso de secularización en el cual distinguía algunos factores que, si bien se incluyen después dentro de su famoso continuum folk/urbano, no dejan por ello de tener un valor analítico que los estudios posteriores olvidaron o negaron.

Los principales factores señalados por Redfield son, a nuestro juicio, dos; uno que describe cómo algunos curadores tradicionales siguen funcionando como integradores culturales, aunque la tendencia en Yucatán es hacia la desacralización de la enfermedad y hacia la comercialización de las prácticas curativas, aun de las tradicionales. Y si bien los generadores de este proceso radican en Mérida, la tendencia se extiende paulatinamente al resto de Yucatán:

Los materiales de Hansen muestran la naturaleza secular de los practicantes de la medicina en Mérida y la viva competencia que prevalece entre ellos. Es una intensificación de la situación que encontramos en Dzitas donde compiten la curandera con el sanador ambulante y ambos con el doctor que estudió y se graduó en la ciudad. Las actividades de los curanderos urbanos son independientes de los dioses. Hansen ha revisado sus materiales cuidadosamente y las excepciones son pocas (REDFIELD, 1941: 388).

Si bien Redfield plantea que los *h'men* siguen siendo servidores comunitarios, no cabe duda que también señala una tendencia hacia su disminución numérica, como de hecho ha ido ocurriendo. Y lo que este autor propone para la comercialización de la enfermedad, lo analiza también para las festividades de tipo religioso, proponiendo que las mismas son apropiadas comercial y políticamente por determinados sectores sociales. Analiza de manera específica la festividad de los Santos Patronos de Tizimin, concluyendo que

La fiesta está al cuidado general de una comisión, designada por los funcionarios del gobierno de la villa. Los puestos oficiales son lucrativos y se daban

a favoritos políticos. La comisión debe contratar a los músicos para las tres vaquerías y para las corridas. Para obtener fondos la comisión hace un remate en Navidad. Lo que se remata son las diferentes concesiones que supone la fiesta: las corridas, las vaquerías, el tiövivo y 45 «puestos» en el mercado, en los cuales, se puede vender comidas o bebidas o instalar juegos de azar. Cada concesionario se llega allí para ganar dinero... el objetivo fundamental de los hombres que controlan la organización de la fiesta de los Santos Reyes de Tizimin es hacer dinero (REDFIELD, 1941: 356-357).

Señalemos que esta fiesta religiosa no está dedicaba a cualquier imagen sino a los patronos más venerados de Yucatán, pero que ya en época de Redfield aparecía como una empresa comercial y política. Junto a estos datos, Redfield presenta otros a través de los cuales demuestra que algunas fiestas religiosas han sido desarrolladas con objetivos turísticos y comerciales, lo cual hemos podido comprobar claramente para las fiestas patronales de Ticul y Pustunich; pero subrayando que este proceso de secularización de los aspectos religiosos no ha sido analizado ni descrito por casi ningún otro científico social, al menos conocido por nosotros. Solo en el trabajo de I. Press, y justamente para nuestra área de estudio, se señala que ya en la década de 1960 el presidente municipal de Ticul se apropió de los beneficios que reporta la fiesta de la virgen de la Asunción de Pustunich, y que esto forma parte de la dependencia económica y política de Pustunich respecto de Ticul. Ni siquiera los textos ulteriores de Redfield tienen la congruencia analítica que evidencia en su texto sobre Yucatán.<sup>18</sup>

El otro factor ponderado por Redfield es la construcción de una escala de prestigio entre los curadores, según la cual la medicina «moderna» representa el nivel más jerarquizado. Esta medicina expresaría «los símbolos de la clase privilegiada, así como del mayor valor de la ciudad y de su

18 Son trabajos de «no especialistas» los que han descrito el proceso analizado en fecha temprana por Redfield. Así Rivero (1976) indica como la feria de Tizimin se ha alargado, pasando de durar seis días a principios del siglo xx a quince días en la actualidad y prolongándose la estadia de los juegos mecánicos una semana y media más. Mientras Vallejo, refiriéndose a la fiesta patronal de Xocchel, dice: «Como ya se puede notar en la aplastante mayoría de los pueblos de este sufrido estado, todas estas fiestas de carácter profano-religioso no son más que fabulosos negocios para los que se ensañan con la ignorancia de las masas incultas y aprovechándose del fanatismo religioso de las mismas obtienen pingües ganancias, sobre todo en el renglón bebidas alcohólicas» (VALLEJO, 1978:26). Por supuesto que no es «el fanatismo religioso» el motor de estas fiestas sino, como lo describió tempranamente Redfield, intereses económicos, ocupacionales y políticos locales manejados por los poderes locales; sin negar, obviamente, las motivaciones religiosas populares.

posición más alta, y hasta las personas más toscas de Dzitas acuden a esos expertos si tienen oportunidad de hacerlo y bastante dinero» (REDFIELD 1941: 374-375). Lo cual observamos tanto en Ticul como en Pustunich, donde la biomedicina había pasado a ser hegemónica.

Estos análisis redfilianos no fueron continuados en Yucatán ni por culturalistas, ni por marxistas; y la carencia de descripciones y el análisis fue llenado por un vacío de información ideológica, o por un culturalismo centrado en lo «tradicional». Paradójicamente casi todos los antropólogos —y no solo en Yucatán— se pusieron a ponderar lo «tradicional» como analizaremos más adelante, dentro de un proceso económico/político que estaba transformando eso que consideran «tradicional».

Señalados estos aspectos, solo presentaré algunos datos sobre ciertos procesos que en general se han considerado como generadores de difusión ideológica, y según algunos de «violencia simbólica». Nos referimos sobre todo a la expansión y función de la escolaridad formal. Al respecto debe señalarse que Yucatán es uno de los estados en que más tempranamente se produjo una alfabetización superior a la media del país, proceso que después se deterioraría comparativamente. Según los datos obtenidos, en 1900 solo el 22,14 % de la población mayor de 12 años sabía leer y escribir; en 1910 este porcentaje se había elevado al 30,62%; en 1921 el alfabetismo en mayores de 10 años llegaba ya al 42,45 %; lo cual seguiría incrementándose hasta llegar en 1970 al 73,8 %. Señalemos que hasta 1940 la diferencia en porcentaje de alfabetización a favor de Yucatán respecto de la nación era muy significativa, pero a partir de entonces las diferencias decrecen hasta que, en el censo de 1970, Yucatán cae ya por debajo de la media nacional.

Esta información sobre alfabetización debe ser relacionada con datos sobre el porcentaje de población que ha concurrido a la escuela, lo cual en nuestra opinión posee una significación especial, no meramente referida a un proceso de instrucción formal, sino de socialización en toda una serie de pautas diferenciales que tienen que ver con nuevas reglas, nuevas relaciones sociales, nuevos principios de organización. De acuerdo con el censo de 1950, de las 120.506 personas que tenían entre 6 y 29 años, el 70,07 % no asistía a ningún tipo de escuelas; según el censo de 1960 casi el 40 % de los mayores de 6 años no tenía un solo año de estudios de ningún tipo, y en 1970 solo el 57,39 % de la población de 6 a 14 años asistía a escuelas primarias en la entidad. En ese mismo año el 36,76 % de la población mayor de 6 años no tenía ninguna instrucción.



Estos datos demuestran una continuidad muy alta de personas que no solo están al margen de la alfabetización, sino de la socialización formal e informal que la escuela produce. La escuela, como aparato ideológico de estado, cumple una función de «violencia simbólica», que no aparece como una posibilidad generalizada en Yucatán; desde esta perspectiva, junto a la escuela tienen que ser consideradas otras instituciones que tienen a desempeñar estas funciones, necesarias para el funcionamiento del estado y de los sectores dominantes.

Este desarrollo de la escolaridad real no niega que en Yucatán exista un énfasis superior en la educación que en la media nacional. No solo hubo mejores condiciones de educación durante el porfiriato, sino que además fue el estado en el que se implementaron tempranamente algunas de las propuestas socialistas en política educativa:

Ya en 1916 y debido a la influencia de un grupo de anarquistas españoles inmigrantes, la doctrina de la escuela racionalista fue puesta en circulación. Esta doctrina, que implicaba una educación científica y antirreligiosa, y exaltaba el valor del trabajo manual fue implantada oficialmente en Yucatán en 1922 por Carrillo Puerto (RABY, 1974: 37-38).

Durante el gobierno de Carrillo Puerto, como ya se ha dicho, los maestros cobraron la función de «líderes para el cambio», función que siguieron manteniendo con Cárdenas y en periodos posteriores, aun cuando a partir de las décadas de 1940 y 1950 su eje de acción fue cada vez menos la movilización política con ideología socialista, y cada vez más la participación social con ideología «desarrollista» focalizada en sus propios intereses asociados a los del partido gobernante.

Tanto la escuela como el desarrollo de una economía de mercado que llega a los sectores aparentemente más «marginados», se traducen en la reducción paulatina y creciente del número de yucatecos que solo hablan lenguas indígenas. Este proceso se inicia sobre todo a partir de la década de 1920, es decir bajo los gobiernos «socialistas», y a partir de entonces sigue apreciándose un descenso paulatino. Así en 1900 el 70,34 % de la población solo habla maya; en 1910 se reduce al 59,33 %, cifra que se mantiene para 1921; pero en 1930 baja al 29,33 % y en la actualidad solo el 7,45 % de la población es monolingüe en lengua indígena. Debe señalarse que esta reducción no supone un proceso de desaparición del uso de la lengua maya, ya que en 1970 todavía el 40 % de la población sigue utilizando este idioma.

Señalemos que el uso de la lengua maya no está limitada a los sectores campesinos, sino que, como ya lo analizó R. A. THOMPSON (1974) en el caso de Ticul, el uso del maya supone una cualidad para algunos sectores de la clase dirigente. Esto no solo se corrobora, sino que aparece aún más marcado en Ticul, ya que a través de una encuesta hallamos que el 84 % de la población encuestada habla y entiende tanto maya como español; un 7 % solo se maneja en maya; el 5 % exclusivamente en español y un 4 % habla y entiende maya y solo entiende español. En Pustunich la prevalencia del maya se acentúa; así, el 81 % de la población utiliza ambos idiomas; el 10,2 % solo utiliza el maya; el 9,8 % habla y entiende maya, pero solo entiende español, y no existen personas que manejen exclusivamente la lengua española.

En Yucatán, no solo encontramos apellidos mayas en los sectores dominantes, incluidos gobernadores y secretarios de salud, sino que estos sectores suelen utilizar algunos elementos «tradicionales» mayas como parte de su identidad, como ocurre con determinadas vestimentas masculinas (traje blanco, camisa con «botones» de perlas naturales) y femeninas («ternos», el uso de determinados colgantes, aretes y brazaletes «tradicionales») que expresan una continuidad de lo «auténticamente» maya que, por los costos, solo pueden comprar y usar solo los sectores de mayor capacidad económica. Estas personas son las que pueden usar yipi (sombrero de paja tipo panamá), camisas con botones de perlas, ternos, collares de filigrana de plata. Algunos de estos elementos se utilizan en las fiestas «tradicionales», y sobre todo en las fiestas de los gremios.

Eso no supone ni que todos los miembros de los estratos altos usen estos elementos ni que algunos de estos «símbolos», sobre todo el «terno», no sean llevados también por algunas personas de los estratos más bajos. Pero como tendencia identificadora de clase social se manifiestan como símbolos «tradicionales» que cada vez más solo pueden ser adquiridos en función de la situación económica del comprador. Una expresión local de este proceso está dada por la paulatina desaparición de los artesanos de filigranas —de los cuales quedan muy pocos en Ticul— debido a que ya la población no puede adquirir estos símbolos «tradicionales», debido a su precio. Los que los pueden comprar, los adquieren en Mérida o en alguna comunidad especializada en la confección de esas artesanías. En Ticul solo se fabrican objetos con poco trabajo de orfebrería, en función de los costos de producción, así como de la capacidad adquisitiva de la población.

Esto nos está señalando que son los estratos altos los que mantienen algunos de los símbolos «tradicionales yucatecos», mientras que por razones de costo y de mercado, la producción artesanal va abandonando cada vez más aspectos e ingredientes «tradicionales». De tal manera que tanto los modelos de calzado que se fabrican en Ticul, como los tipos de alfarería y hasta los tipos de bordados, se producen en función de necesidades externas a la comunidad. Inclusive, la tendencia dominante de las yucatecas es la de comprar las tiras estampadas, en lugar de comprar las tiras bordadas o de realizar el bordado directamente en sus vestidos. Más aún, el punto cruz, la puntada de bordado más prestigiosa, ya que implica connotaciones religiosas de identidad étnica, cada vez más se hace sobre pedido, cada vez menos se hace para autoconsumo, por lo cual cada vez más va a dar a las manos de turistas o de yucatecas de los estratos altos y medios.

Considero que de la trayectoria económica y política narrada, surgen algunos de los aspectos culturales e ideológicos más significativos, de los cuales los más importantes son los que indican que no solo las clases dominantes, sino las subalternas incluido el campesinado viven la realidad a través de producir directa o indirectamente para un mercado externo, los EEUU que no solo dominará el proceso comercializador, sino que comprará la producción generada en Yucatán; es decir la península depende de los compradores y financieros norteamericanos. El segundo aspecto ideológico/cultural relevante es el peso cada vez mayor que tiene para el campesinado la demanda de trabajo y de salario en lugar de tierra, ya que, si bien ésta última demanda nunca se perdió, va convirtiéndose en una demanda secundaria. Gran parte de los campesinos yucatecos se viven a sí mismos como asalariados más que como propietarios de la tierra.

El tercer aspecto que considero decisivo en términos ideológicos, es el hecho de que los campesinos pueden vivir cada vez menos de la producción de la tierra por más propia que sea, y necesitan realizar otros trabajos que les posibiliten subsistir. Más aún, la vida cotidiana les indica que son los trabajos no relacionados con la explotación de la tierra, los que generan mayores ingresos; les indica que los productos manufacturados son los que cuestan más, y que le es difícil adquirirlos con lo que obtienen de sus explotaciones maiceras. Lo cual en términos ideológico/culturales tenemos que relacionar con la pérdida de importancia económica y ocupacional del maíz, y con el desarrollo de una imagen empobrecida y subalterna de su propia cultura, de sus propios productos. Y estos procesos lo conducen a migrar, a tratar de solucionar fuera de su tierra, lo que no pue-

de conseguir en la misma, lo cual tiene dos significados complementarios posibles. Por una parte, el refuerzo de la idea de que las soluciones están/vienen del «exterior»; y por otra la constatación de que el campesinado prefiere emigrar a modificar las condiciones locales que han conducido a su situación actual.

El cuarto aspecto es la situación de subalternidad política que a través de todo el proceso evidencia el campesinado, quien no aparece liderando ni proponiendo proyectos autónomos para modificar su situación, ya que los mismos serán hasta ahora generados e impulsados solo por los sectores dominantes o por otros sectores subalternos y sus aliados, pero no por el campesinado en sí.

Correlativamente hemos observado que el sector obrero y ciertos sectores de servicios operaron como vanguardia de los sectores sociales subalternos entre finales del siglo XIX y la década de 1930, tratando de modificar las condiciones de trabajo y salario dominantes, así como generar una ruptura con hegemonía de la clase dominante. Lo cual intentaron hacer a través de la organización de cooperativas de consumo, de ligas de resistencia agraria, y con la implementación de «rituales» socialistas, y la ponderación del pasado comunal maya. Pero además instrumentaron la educación formal, a través de la crítica a la religión y a las clases gobernantes, dado que dicha educación estaba en gran parte en manos de maestros «socialistas». Y todo este proceso se impulsó también en forma vertical.

A través de todo el proceso, es del sector obrero y de los sectores medios que surgen los dirigentes, los organizadores, los productores de ideología de las clases subalternas. Serán éstos los que propongan el tipo de educación socialista, los que conciben las mutualidades, las cooperativas de consumo, las ligas de resistencia. Serán ellos junto con trabajadores de servicios, los que bajo Carrillo Puerto y bajo Cárdenas, y aún en etapas más recientes, lideren los procesos de movilización y de participación social. El sector más radical, el Frente Sindical Independiente, será encabezado, en todo su desarrollo, por no campesinos.

A. Betancourt, uno de los principales dirigentes de este movimiento, describe cómo fueron organizados los campesinos a través de maestros y obreros:

El nuevo director de Educación [A. Betancourt] llenó todas las vacantes habidas y por haber con sus exalumnos que habían estudiado marxismo entre las tareas sociales que se encomendaban a los nuevos maestros, pero que en pocos días por contagio o mimetismo fueron seguidas por todos los profesores en servicio federal, estuvieron las de ponerse al frente de los campesinos para

organizarlos en Sindicatos adscritos a la Federación Sindical Independiente... En pocas semanas esta Federación contó con más de 300 sindicatos agrícolas combativos, con el movimiento estudiantil organizado, con el Magisterio Federal y grupos importantes de obreros. Diariamente se trasladaban a Mérida grupos de campesinos guiados por los maestros que iban a plantear a las autoridades correspondientes sus problemas (BETANCOURT, 1977: 243).

Debe señalarse, además, que una parte de estos maestros eran obreros con determinado grado de instrucción y que más adelante una parte de los maestros sería de extracción campesina. Ajeno a la autonomía con que se organizaron ligas y sindicatos, no cabe duda de que el proceso yucateco supone una movilización y dirección del campesinado sin dirección campesina, y una función directiva y movilizadora radicada en los sectores obreros y en la pequeña burguesía. No es casual, por lo tanto, que los principales crímenes políticos perpetrados desde la década de 1950 hasta la actualidad fueran el de un maestro de Muna en 1954 y el de un abogado en 1974 en Quintana Roo. Ambos lideraban procesos basados en acciones independientes de organizaciones campesinas y obreras.

Y un último punto a tratar, tiene que ver justamente con el papel de la violencia desde una perspectiva tanto ideológica como cultural. Y al respecto no cabe duda que Yucatán, al igual que el resto de México, se constituye a través de una violencia colonial que establece cuales son las condiciones de la dominación, y quienes son las clases dominantes y dominadas. Y este es un marco de referencia histórico que no podemos ignorar, pero que no es más que un marco de referencia, para entender que el Yucatán actual en cuanto a organización y estratificación social tiene que ver con esa violencia «inicial», pero que sobre todo es producto del desarrollo de las haciendas como empresas productoras y exportadoras, y de la guerra de castas generada como reacción a la expansión de dichas haciendas por la población nativa a través de sus líderes mayas. Por lo cual, no cabe duda que la violencia cumple una función determinante en la constitución del Yucatán actual, tanto por las muertes y marginaciones generadas por la guerra de castas, como por el proceso de apropiación jurídica y violenta de tierras y de mano de obra.

El período de esclavitud supone el uso de la violencia física e ideológica constante, y esto está documentado a través de fuentes muy diversas, y no solo a través de la mentada denuncia de TURNER (1965) sobre el «México bárbaro». Ahora bien, no cabe duda entonces que la clase dominante ejerce sistemática y agudamente violencia sobre gran parte del campesinado durante el período del surgimiento y desarrollo henequenero. Esto

habría conducido a la construcción de una relación donde la violencia potencial creó las condiciones de sumisión que diversos autores han descrito incluso para la década de 1910, y que se refleja en la propia tradición oral yucateca en lengua maya, ya que toda una serie de refranes locales documentan esta concepción. Esta situación de violencia socioeconómica contrasta con la no violencia social que opera durante el período que va de 1910 a 1920, es decir, cuando se instalan los gobiernos revolucionarios. Esta situación se hace aún más notable si la comparamos con las condiciones de fuerte violencia dominante en el resto del país.

Durante las décadas de 1920 a 1940 se produjeron algunos episodios de violencia, y en uno de ellos perdió la vida Carrillo Puerto; pero en ningún momento, ni siquiera a finales del decenio de 1930, se produce una situación de violencia social y política que implique al conjunto de las clases subalternas. No obstante, algunos analistas norteamericanos (Joseph, Raymond, Goldkind) sostienen la existencia de violencia política durante dicho período y aun en períodos más recientes; y si bien ya hicimos referencia a que en las décadas de 1920, 1930, 1950 y 1970 hubo asesinatos políticos de gran relevancia; sin embargo no hallamos datos que documenten un proceso de violencia cotidiana en término de homicidios u otro tipo de agresiones. Lo cual no niega la existencia de coacciones, de sanciones y hasta de violencia física, pero no suponen que las mismas sean las formas de control dominante, dado que Yucatán se diferenciará cada vez más, por ser el estado con menores tasas de muerte por homicidio.

Uno de los pocos trabajos que ha documentado la presencia de formas de violencia en las relaciones cotidianas y con implicaciones políticas, es el de GOLDKIND (1966), quien en su reestudio de la comunidad de Chan Kom encontró que desde la década de 1940 hasta la de 1960 el poder en dicha comunidad estaba concentrado en un cacique y sus allegados. Poder logrado a través del control de los organismos de dirección ejidal, así como del ejercicio de la violencia intracomunitaria cuando aparecían elementos de oposición al grupo dominante. La presencia de caciques locales, que fundan su poder parcialmente en las organizaciones ejidales, es subrayado por Joseph desde la década de 1920; más aún, este autor propone que las debilidades de las bases de apoyo del Partido Socialista obligaron a Carrillo Puerto a aliarse con una parte de estos caciques.

Estas características se han mantenido hasta la actualidad, pero subrayo que las mismas se ejercen con un mínimo de violencia física que tiene que ver con el papel secundario que este tipo de violencia tiene en la vida

cotidiana yucateca Los estados de la península de Yucatán, y sobre todo Quintana Roo y Yucatán, han sido, junto con Baja California Sur, los de más baja tasa de mortalidad por homicidios a través de todo el período analizado. Y esto aparece con claridad y congruencia en los datos antropológicos y en las estadísticas vitales. Más aún, estas bajas tasas de homicidio necesitan ser correlacionadas con las comparativamente altas tasas de suicidio dominantes en Yucatán, de tal manera que podemos considerar que la población yucateca tiende a dirigir la violencia hacia sí misma, más que hacia los «otros».

¿Cuál es el significado de esta baja violencia física, social y política dentro una sociedad nacional caracterizada por la alta tasa de homicidios y de otras violencias a través de todo el lapso analizado? En verdad no contamos con una explicación verificable y solo podemos hipotetizar en función de las condiciones analizadas, de las cuales la más relevante la constituye la forma en que las clases subalternas acceden a determinados logros sociales y económicos. Una gran parte del campesinado yucateco accede a las relaciones libres de trabajo, y más tarde a la posesión de la tierra a través de la acción del estado. Si bien una parte de las masas campesinas había luchado en la guerra de castas, la disolución de la esclavitud no fue producto de sus luchas, sino que fue impuesta por el gobierno revolucionario. Lo mismo podemos decir respecto de las otras conquistas sociales obtenidas bajo Alvarado y Carrillo Puerto; en ello solo intervino activamente un pequeño grupo de obreros y de miembros de la pequeña burguesía dependiente e independiente; el conjunto del campesinado asumió lo propuesto por estos sectores. Lo mismo podemos decir para procesos como la imposición de la educación racionalista o la elevación del status femenino; es decir que las clases subalternas, y especialmente el campesinado, aparecen como receptivos. La violencia contracultural, la violencia cuestionante del estigma sociorracial, no se encuentran en el proceso yucateco durante el lapso analizado.

En el caso de Yucatán estas condiciones son las que pueden haber determinado la falta de autonomía, así como la casi ausencia de violencia intra e interclase. Subrayemos que esto está planteado hipotéticamente, aun cuando tanto las condiciones del desarrollo yucateco como las propuestas teóricas más pertinentes avalen nuestra interpretación.

La estructura de participación y movilización de las clases subalternas presenta rasgos similares, tanto en las áreas económica y política como en las prácticas cotidianas que reproducen dichas áreas. Estas estructuras se

han procesado a través de una construcción ideológica que, condicionada por los factores económico políticos, ha funcionado no obstante como determinante del proceso. Esta construcción ideológica no fue rastreada por nosotros, pero sí la detectamos durante todo el lapso analizado.

El desarrollo histórico yucateco evidencia esta continuidad, que se pone en evidencia sobre todo cuando es alterada la continuidad ideológico/política. Y así hasta 1912-1915 los sectores sociales dominantes ejercieron su dominación a través de la síntesis de elementos producidos en la situación colonial que inferiorizaban y justificaban la explotación de la mayoría maya, lo cual se reforzó durante la etapa porfirista a través del manejo de ideologías que apelaban al evolucionismo y al racismo, pero subrayando que la dominación siguió siendo asegurada a través de procesos económico/políticos.

A partir de la revolución mexicana se cuestionan el poder y la hegemonía de la clase dominante, pero este cuestionamiento presenta dos características fundamentales. Primero, que la impugnación no proviene básicamente de los sectores sociales yucatecos, sino de fuerzas de nivel nacional; y segundo, que dicha impugnación opera sobre una clase en plena expansión y no en crisis, y además con pleno dominio político e ideológico a nivel local. La burguesía yucateca no está en crisis ni económica ni política cuando se produce la revolución mexicana; por el contrario, está en pleno desarrollo, y el proceso bélico de 1914/1918 hubiera reforzado aún más su hegemonía. Los bajos ingresos, así como el mantenimiento de relaciones de semiesclavitud, evidencian no solo la fuerza de esta dominación, sino la carencia de una alternativa propia del campesinado.

Este poder y esta hegemonía serán impugnados a mediados de la década de 1910; y se hará a partir de fuerzas nacionales que hallarán sus aliados básicos en el nivel local en los obreros y en la pequeña burguesía, y secundariamente en el campesinado. La burguesía es desplazada del poder político formal e impugnada a través de contenidos ideológicos socialistas, los cuales se radicalizarían en los primeros años de la década de 1920. Estos contenidos operan sobre un cambio real en las relaciones de producción, y sobre la identificación del poder formal asumido como socialista, antioligárquico y proindígena. Esta síntesis ideológica será realizada y mantenida por sectores sociales que irán adquiriendo una función burocrática tanto en la esfera económica como en la política, pero que evidenciarán una creciente diferencia entre sus discursos y sus prácticas. El desfase entre contenidos ideológicos impugnadores y situación econó-



mico/política se hará aún más evidente en el decenio de 1940, de tal manera que a partir de este período los contenidos socialistas impugnadores desaparecerán del discurso dominante; y serán discursos desarrollistas y formas de participación subordinadas las que se observarán en todas las esferas de la acción.<sup>19</sup>

Y todo este proceso ideológico/político centrado en el papel protagónico de ciertos sectores sociales (burocracia estatal, burguesía económica) y de grandes y pequeños grupos de poder (partidos políticos) operarán dentro de una sociedad donde se va reduciendo el número de campesinos, pero también de los rituales agrarios; donde se va reduciendo el número de shamanes y curadores tradicionales, pero donde se incrementan el uso de fármacos. Y donde pasan a ser dominantes y hegemónicas no solo las instituciones y organizaciones económicas capitalistas, sino también instituciones que cumplen un importante papel ideológico como la biomedicina, de tal manera que se refuerza constantemente lo que Redfield llamaba proceso de secularización, pero además dentro de una sociedad que mantiene altos niveles de pobreza y de desigualdad socioeconómica.

19 Nuestra conclusión no niega que no existan cambios secundarios en la producción y reproducción ideológica, pero en el análisis tendemos a enfatizar el desarrollo de ciertos aspectos ideológicos que explican el papel del campesinado y de otros sectores sociales subalternos.



## CAPÍTULO II

### ESTRUCTURA DE LA ENFERMEDAD EN YUCATÁN

Compañeros: necesitamos comer; sin comida no tenemos fuerza para trabajar y luchar, sin comida buena nos enfermamos; el 90 % de las enfermedades del mundo son de pobreza, de mala alimentación y por eso los obreros necesitan más doctores que los ricos; y también los doctores los roban como todos los otros; todos los roban a los obreros.

(PRIMER CONGRESO OBRERO SOCIALISTA, CELEBRADO EN MOTUL, ESTADO DE YUCATÁN, 1918, CEHSMO, 1977: 50).

En este capítulo trataré de organizar la información obtenida respecto de las enfermedades que inciden en Yucatán en torno a dos ejes básicos: la mortalidad y la morbilidad. Dichos ejes serán analizados en dos períodos, uno que se extiende de 1895/1900 a 1969 y otro que va de 1970 a 1978, reconociendo desde ya el déficit de información para algunos procesos, pero considerando que estas carencias no modifican sustancialmente las conclusiones a las que arribamos.

Es importante señalar que no conocemos para México ningún estudio o monografía por estado o por región que intente dar un esquema histórico y estructural de las condiciones de producción y reproducción de la enfermedad. Más aún, acerca de algunos problemas importantes para entender los procesos de *s/e/a-p* actual de México, como, por ejemplo, la trayectoria y nivel aplicativo de los esquemas de inmunización, no sabemos de estudios, ni siquiera de monografías que por lo menos a nivel nacional nos den una noción de su desarrollo general, referido a iniciación formal y real de la aplicación de dichos esquemas, coberturas nacionales y regionales, volúmenes de actividad y, sobre todo, análisis de las consecuencias que acarrea la modificación de la estructura de la mortalidad y la morbilidad.

Contamos con apreciaciones parciales sobre la aplicación de una vacuna en un año o período, pero no conocemos ningún desarrollo histórico de conjunto. Y esto no solo ocurre con el análisis de las actividades y «productos» médicos, sino incluso con la información referida a algunas de las principales enfermedades de las que mueren los mexicanos. Así, para

las enfermedades cardiovasculares, que ya son parte de las primeras diez causas de mortalidad en México, carecemos realmente de un panorama epidemiológico, por simple que sea; para algunos padecimientos, como la fiebre reumática, que por la casuística aparece como un problema de envergadura, no tenemos sino muy escasas apreciaciones sobre su incidencia y desarrollo. Nuestras revistas «especializadas» están saturadas de trabajos clínicos y metodológicos, pero es notable la ausencia de información epidemiológica sobre algunos de los principales padecimientos.

Si planteamos estas carencias desde el inicio, es con el propósito de señalar que algunas de las relaciones y consideraciones que hagamos pueden aparecer como dudosas o limitadas, pero preferimos realizar estas consideraciones a esperar trabajos más específicos, que por lo que vemos no se están produciendo en nuestro medio. Y cuando señalo esto, no solo me refiero a la producción biomédica, sino también a la que generada por las ciencias antropológicas y sociales.

#### *Acotaciones metodológicas*

El análisis de los daños a la salud lo haremos básicamente a través de cuatro indicadores: mortalidad general, mortalidad infantil, mortalidad por enfermedades y morbilidad a través de los principales padecimientos, señalando que las posibilidades de nuestro análisis están limitadas por varios factores, incluida nuestra propia formación profesional. En general, los datos de mortalidad general, así como los de mortalidad por enfermedades y por edades, algunos de ellos incluso revisados, deben ser tomados con cuidado, aun cuando se admite que, a partir de 1930, y sobre todo desde 1950, la confiabilidad de dicha información es mayor. Como es sabido, diversas investigaciones para América Latina, incluido México, señalan este déficit en la datación de la mortalidad y de la morbilidad, que las estimaciones tienden a corregir, pero sin dar tampoco los datos reales que operan en nuestras sociedades. Además, algunas revisiones llevadas a cabo por especialistas presentan diferencias entre sí respecto de las tasas observadas y calculadas, que a veces nos conducen a mayor confusión.

Respecto de la mortalidad por causas, Alba y Alvarado señalan que debería estudiársela por lo menos desde el período en que se inicia el descenso mayor de la mortalidad en México, es decir durante la década de 1930 que es también la época en que en Yucatán se inicia el descenso de

la mortalidad general, lo cual resulta difícil debido al tipo de información disponible. En cuanto a la morbilidad, constituye el indicador menos confiable, pero no obstante refleja en su aproximación inexacta las causas de mayor frecuencia, lo que, aunado a los datos de mortalidad por padecimiento, nos permite tener una noción aproximada de la magnitud de la mortalidad y morbilidad disgregadas por padecimiento.

Ya han sido señalados y reiterados los factores que generan esta situación de la información, es decir los deficientes sistemas de obtención y codificación de información, la carencia de personal idóneo, la estructura burocratizada del personal de salud, el manejo político de la información que limita, orienta o selecciona los datos; el enmascaramiento de los daños a través de los sistemas de clasificación (caso nutrición) y de las condiciones de la clasificación (caso suicidio, farmacodependencia), la falta de datación de la práctica privada (venéreas), la falta de obligatoriedad de enfermedades que se reconocen como de incidencia significativa (fiebre reumática), la incapacidad técnica de reconocimiento diagnóstico (enfermedad de Chagas), la necesidad de determinadas condiciones técnicas para aceptar como correcta la causa diagnosticada (disentería amibiana), la falta de control y colaboración de la práctica privada; las políticas a nivel local y central, los sesgos que la «moda» médica impone, y un largo etcétera.

Todos estos factores se hallan presentes en la situación yucateca, lo cual repercute en la baja datación de algunos padecimientos importantes; y estos déficits pueden comprobarse a través de la lectura de los datos epidemiológicos y de la observación del funcionamiento de las instituciones médicas. Por ejemplo, en 1973 se registra en Yucatán un importante incremento en la datación de la morbilidad que es debido a la expansión local del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS); y este incremento es de tal envergadura (véase apéndice, cuadro V), que evidencia lo limitado de la información datada hasta ese momento. Este proceso señala la incidencia de las políticas institucionales en la captación de información, que mejoran, alteran o subregistran los datos según sus propios objetivos y funcionamientos. Si analizamos los datos que sobre enfermedades transmisibles refieren los Servicios Coordinados de Yucatán para la serie histórica de 1964/1977, observamos una irregularidad que solo puede atribuirse a las condiciones políticas, administrativas y técnicas que operan sobre los sistemas de captación y codificación de los padecimientos locales, que a su vez expresan mediatizadamente las políticas nacionales. En

el cuadro V (apéndice) podemos ver cómo durante los años 1964 y 1965 hay una tendencia ascendente en la datación de enfermedades, que da un salto cuantitativo en el lapso 1966-1968 ya que se duplica la datación, para luego reducirse en más del 90 % en 1969 y 1970, volver a ascender en 1971 al ritmo de 1964-1965, descender en 1972 y, a partir de 1973, mostrar un aumento sostenido hasta la actualidad.

El caso del Instituto de Servicios y Seguridad Social para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) constituye un claro ejemplo de la influencia de las políticas institucionales en la codificación de la información, y nuestro análisis de la delegación local del ISSSTE, tanto a nivel de la jefatura como del Hospital de Mérida, evidencia lo señalado. En el Hospital de Mérida fue imposible obtener información sobre morbilidad, pues la institución carece de ella ya que no la considera operativa para el sistema de atención que desarrolla. Las autoridades señalaron incluso que podría reemplazarse el diagnóstico por la apreciación sintomática, sin que las funciones básicas del hospital se vieran afectadas. Después analizaremos las posibles consecuencias de este tipo de concepciones, no solo para el conocimiento epidemiológico de la entidad, sino también para lo que podemos denominar «educación para la salud», ya que de hecho esta concepción sintomática es la dominante en la relación médico/paciente.

Estas apreciaciones se correlacionan con la inexistencia de archivos en esta institución, lo cual no aparece como un hecho reciente, sino que ha sido lo normal en la misma, de tal manera que no pudieron proveer información para ninguna serie histórica de ninguna enfermedad. Pero estas carencias no solo afectan los datos de morbilidad sino también los de mortalidad; tanto en la jefatura como en el hospital del ISSSTE solo tienen el dato bruto de mortalidad, sin especificación de enfermedad ni de edad «por carecer de utilidad práctica».

Esta situación a veces se complica a nivel de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), por lo que las mismas autoridades sanitarias denominan «empapelamiento», ya que sucesivamente se utilizan nuevas formas para captar y codificar los datos sobre los padecimientos; formas que no amplían ni profundizan la información, sino que tan solo la superponen o duplican, sin por ello obtener mejoras en la cantidad y calidad de la misma.

Este «empapelamiento», así como los continuos cambios de personal, de equipos, de orientaciones codificadoras, etcétera, se expresan en la aparición de contradicciones en la información provista por las propias ins-

tuciones. Si analizamos los datos sobre Yucatán proporcionados por las estadísticas vitales, observamos que año tras año los datos pueden variar para cada año analizado; así, por ejemplo, las estadísticas de una edición dan números absolutos y tasas para un año determinado, que en la edición siguiente o subsiguiente se modifican sin ninguna aclaración. Y así, por ejemplo, para el año 1967 las estadísticas vitales dan diferente información según sea la edición consultada, de tal manera que para las gastroenteritis en una edición se establecen para Yucatán 768 casos y una tasa de 9,91 por mil, mientras en otra se notifican 956 casos con una tasa de 13,8 por mil; para tumores se presentan 390 casos en una edición y 433 en otra; para desnutrición/anemia 192 y 309 respectivamente, y así para la mayoría de las enfermedades. Subrayando que la discrepancia en los datos es notable.

Estas diferencias las observamos también cuando comparamos la información epidemiológica según la codifiquen los organismos federales centrales o los servicios coordinados de los propios estados. Y así para 1973, en lo referente a enfermedades del corazón, las estadísticas vitales de la SSA señalaron 818 casos con una tasa de 10.01 por mil, mientras que el Departamento de Planificación y Evaluación local indica 1.214 casos y una tasa de 13,69 por mil; para neumonías e influenza se dan 586 (6,61) y 822 (10,06) respectivamente, y lo mismo ocurre respecto a casi todas las principales causas.<sup>20</sup>

Estas últimas discrepancias conducen con frecuencia a reforzar en las unidades normativas y aplicativas locales una actitud burocrática y rutinaria de no datación, dada la tendencia de los organismos centrales a reducir el número de los casos informados por el sector salud yucateco. Actitud que se refuerza dada la aplicación de medidas que reducen cada vez más la autonomía local, como por ejemplo el establecimiento de una norma según la cual la información epidemiológica no debe elaborarse en la entidad, sino que los datos deben enviarse al nivel central para su pro-

20 Este problema no es exclusivo de países como México, ya que según Raska, refiriéndose básicamente a países capitalistas y socialistas «desarrollados»: «La revolución tecnológica, el enorme adelanto de la ciencia médica, que han provocado transformaciones de los procedimientos diagnósticos, criterios y nomenclatura, las variaciones de la codificación de causas mixtas de defunción aplicada e interpretada de diferente manera en épocas distintas en los diversos países han culminado en la presentación de informes sobre estadísticas mundiales de la salud, que ahora son una mezcla de datos más o menos completos y que suelen ser arbitrarios e inexactos» (RASKA 1972:133). Lo señalado por Raska para este tipo de países, cobra características mucho más graves en la mayor parte de los países de capitalismo dependiente.

cesamiento. Esta disposición tiene por objetivo reducir la disparidad en la codificación de los datos, pero en los hechos constituye una nueva medida que reduce las autonomías locales, coloca el poder técnico en los organismos centrales, y tiende a disminuir la confianza en la información que se maneja oficialmente, ya que muchas veces los datos epidemiológico que se reciben del gobierno central no son los mismos que se enviaron desde Yucatán, y las diferencias no pueden ser explicadas por modificaciones en los procedimientos estadísticos.

Todo esto nos lleva a tomar con mucho cuidado los datos estadísticos sobre daños a la salud, y sobre todo los referidos a morbilidad, entendiendo que no constituyen «la realidad», sino que son una mera aproximación a la misma, no solo en lo referente a información anterior a la década 1950 sino aun para los años más recientes. Esto no significa que no se haya mejorado en parte la datación —ya mencionamos el cambio favorable ocurrido en Yucatán en 1973— sino a las discrepancias son aún mayores entre los datos que codificamos para Ticul a través de los certificados de defunción, y los datos que presenta el Sector Salud de Yucatán, que pese a dicho mejoramiento los datos deben tomarse con relativa desconfianza, dados los procesos que estamos señalando.

Estas apreciaciones negativas respecto a los datos estadísticos del sector salud han sido formuladas constantemente por economistas y sociólogos para la información y tipo de tratamiento de los datos que se hace en sus respectivas áreas. G. Myrdal entre los economistas o P. Lazarfeld entre los sociólogos han reiterado cómo la manipulación abstracta de la información estadística cumplió objetivos muy concretos en términos políticos e ideológicos.

Los déficits señalados nos pueden conducir a dos posibilidades; no utilizar dicha información, aun cuando no exista otra; o valernos de los datos existentes, analizándolos a partir del reconocimiento de dicho déficit. Y optamos por la segunda posibilidad, tratando de ser lo más críticos y cuidadosos que se pueda con los datos que manejamos, y sobre todo relacionándolos con información cualitativa y con la trama integral de los datos, para potenciar una interpretación de conjunto. La otra opción sería seguir contribuyendo a no decir nada «porque aún no contamos con información idónea», considerando que esta postura, así como el uso oportunista de la información estadística, es decir, el tipo tan frecuente de actitud que conduce a utilizar la información cuando conviene a los objetivos,



y a negarla cuando entra en conflicto con los mismos, tiende a cumplir funciones ideológicas de encubrimiento y/o distorsión.

Planteadas estas consideraciones, procuraremos hacer un análisis de los indicadores señalados, comenzando con los datos que tenemos respecto de la mortalidad general y la mortalidad infantil.

### *Análisis de la mortalidad general y la mortalidad infantil*

#### MORTALIDAD GENERAL Y ESPERANZA DE VIDA

Los datos básicos sobre mortalidad general ya han sido descritos en el primer capítulo, por lo cual ahora trataré de precisar algunas conclusiones que surgen de la serie histórica yucateca de 1922/1977. En principio señalamos que, pese a las discrepancias entre las distintas fuentes —como por ejemplo entre Álvarez Amézquita *et alii* 1960 y DGE 1942—, se observa que Yucatán tiene tasas de mortalidad general significativamente más altas que la nacional (ver Cuadro n° 9) durante las décadas de 1910 y 1920; que en el decenio siguiente las diferencias se reducen, aunque entre 1940 y 1945 las tasas en Yucatán siguen siendo más elevadas. A partir de 1946 y hasta 1957 las tasas yucatecas son menores que la nacional, para después y hasta la actualidad presentar valores similares o mayores. Será este descenso, unido al mantenimiento de altas tasas de natalidad, el que generará el crecimiento demográfico de la entidad, así como un notable aumento de la esperanza de vida. Este ritmo se mantendrá durante la década de 1950, pero en la siguiente, y sobre todo en la de 1970, tanto el abatimiento de la mortalidad como el aumento en la esperanza de vida se desarrollarán a un ritmo más lento, lo que supone un deterioro relativo de las condiciones sociales de vida yucatecas. Esto puede percibirse al comparar los datos sobre esperanza de vida al nacer.<sup>21</sup>

Del cuadro 10 se desprende que en 1930 los yucatecos tenían una muy baja esperanza de vida de 23,35 años, tanto en término absolutos como en relación con la situación nacional que era de 36,36 años. BUSTAMANTE y

21 En Yucatán operan dos hechos que en términos comparativos nos permitirían hipotéticamente otorgar una mayor confiabilidad a los datos sobre mortalidad. Dichos hechos se potencian y señalan que en la entidad y durante el lapso analizado la certificación médica de las muertes es superior al promedio nacional, así como que el porcentaje de enfermedades mal definidas es menor en Yucatán.

ALDAMA (1941a), al comparar veinte estados mexicanos, encontraron que Yucatán tenía la más baja esperanza de vida al nacer en 1930, y que esta situación, según ellos se mantenía en 1940. Además —y esto evidencia las condiciones de la mortalidad— esta situación negativa se mantenía si se aplican los cálculos de vida al nacer a los cinco y diez años de edad. Así, a los cinco años de edad la esperanza de vida de los yucatecos era de 43,14 años en 1930, mientras que para el país la media era de 47,26; según Bustamante y Aldama a los 10 años solo el 50 % de los nacidos vivos registrados seguían viviendo

**Cuadro 13. Mortalidad general en el estado de Yucatán. 1922-1977**

	E.U. Mexicanos (tasas)	Yucatán (tasas)
1922	25,09	30,35
1923		32,63
1924		31,23
1925		28,22
1926		32,05
1927		36,53
1928		31,42
1929		33,0
1930	26,68	34,33
1931		23,59
1932		25,83
1933		31,16
1934		27,97
1935		38,17
1936		26,72
1937		27,52
1938		25,29
1939		21,16
1940	23,34	24,40
1941		26,60
1942		29,98
1943		26,55
1944		25,31
1945		21,62

	E.U. Mexicanos (tasas)	Yucatán (tasas)
1946		16,88
1947		15,35
1948		13,60
1949		16,71
1950	16,22	16,62
1951		15,65
1952		14,38
1953		13,57
1954		11,44
1955		13,31
1956		11,87
1957		13,36
1958		13,36
1959		12,56
1960	11,15	12,6
1961		11,53
1962		11,53
1963		12,45
1964		10,28
1965		9,30
1966		9,40
1967		9,90
1968		8,54
1969		10,00
1970	10,07	9,8
1971		9,1
1972		8,9
1973		8,7
1974		8,4
1975	7,2	8,3
1976		7,6
1977		7,9

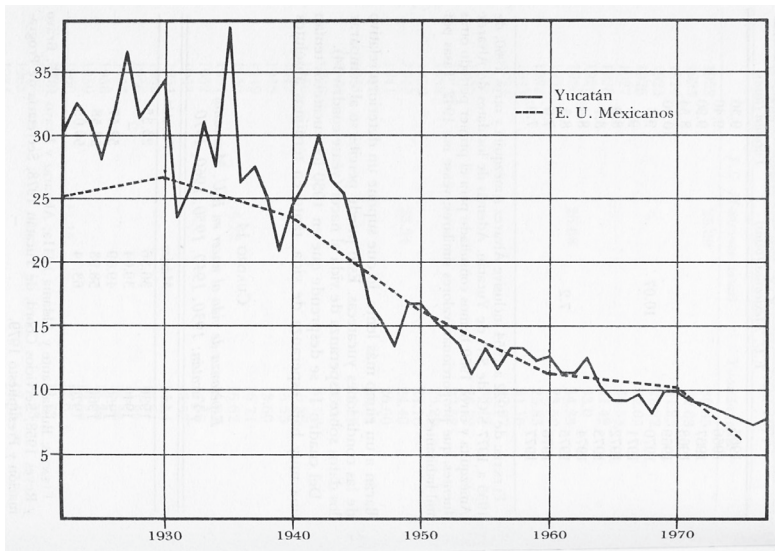
Fuentes: de 1922 a 1954 inclusive Álvarez Amézquita y otros 1960; de 1955 a 1977 S.C. de S.P. de Yucatán. Además de los datos de Álvarez Amézquita y otros 1960 hemos consultado para el primer período otras fuentes, que proporcionan valores similares; véase DGE 1942. Tasas por mil habitantes.

**Cuadro 14. Esperanza de vida al nacer en E. U. Mexicanos y Yucatán: 1930, 1940, 1950, 1960, 1970.**

Año	México	Yucatán
1930	36.36	23.35
1940	39.04	-
1950	49.69	52.57
1960	58.93	58.58
1970	63.14	59.05

Fuentes: Bustamante y Aldama 1941a; Almaraz y Bravo 1955; Bravo y Reyes 1958; Servicios Coord. de Yucatán 1978; Secretaría de Programación y Presupuesto 1979.

**Mortalidad general en Yucatán**



La información señala que las condiciones de esperanza de vida mejoran en la década de 1930, pero que sobre todo durante la de 1940 se produce un cambio cualitativo que conduce a que en Yucatán aumente la expectativa de vida tanto en términos absolutos como comparativos, pasando a tener una esperanza de vida (52,57 años) significativamente superior a la de la media nacional (49,69 años). A partir de la década de 1950, aun cuando siguen incrementándose las expectativas de vida, decrecen respecto del proceso nacional, profundizándose en las décadas posteriores dicha brecha, que evidencia el deterioro comparativo de Yucatán respecto de la situación nacional.

Es importante tomar en consideración que, durante todo el período, y aun a partir del primer año de edad, existe una expectativa de vida diferencial según el sexo. Son las mujeres las que aparecen con mayor esperanza de vida, aunque a partir de la década de 1950 la diferencia se reduce.

Como sabemos, el proceso tendencial descrito es frecuente en sociedades de capitalismo dependiente; donde primero hay un fuerte abatimiento de la mortalidad debido generalmente a la aplicación de ciertas medidas biomédicas y del proceso de urbanización; para después decrecer dicha tendencia en la medida que la continuidad del abatimiento supondría cambios estructurales o un fuerte y continuo aumento en inversiones puntuales del sector salud que no constituirían objetivos de los sectores dominantes.

Si relacionamos esta información con los datos descritos para el proceso socioeconómico, observamos que el descenso de la mortalidad se inicia durante el período en que se deterioran aún más las condiciones económicas globales (década de 1930); que el descenso más significativo se produce cuando se establece una de las mejores etapas económicas yucatecas (década de 1940), y que el descenso se desacelera, generándose incluso aumento de las tasas cuando se reinicia y se profundiza la crisis económica yucateca. Por lo cual creo que pueden hacerse extensivas a la entidad, las conclusiones que De La Loza y Saldaña establecen para el país en 1970:

México ofrece un inquietante panorama de acuerdo con su mortalidad. El análisis de los principales datos al respecto muestra una serie de situaciones que parecen tener un factor común: se ha detenido la mejora del nivel de salud de los mexicanos en los últimos años. Es quizás más grave todavía, el empeoramiento de ciertos aspectos de las condiciones de vida de un gran sector de la población, a pesar de los esfuerzos realizados continúa con graves deficiencias (DE LA LOZA Y SALDAÑA, 1972).

## MORTALIDAD INFANTIL

Si tomamos este indicador etéreo en particular, es en función de que se admite que el mismo expresa con una sensibilidad mucho mayor que otros, las condiciones del «nivel de vida» de la población. Al observar la situación nacional entre 1896 y 1910 se advierte que la tasa de mortalidad infantil es de alrededor de 300 defunciones de menores de un año por mil nacidos vivos, y que entre 1911 y 1921 «se carece de información; y entre 1922 y 1926 la tasa de mortalidad infantil desciende a 219 defunciones. A partir de 1930 la línea de descenso de la mortalidad infantil se asemeja a la de la mortalidad general» (COLEGIO DE MÉXICO, 1970: 24-25). Según un estudio realizado por CORDERO (1968) en el cual se intenta revisar estas tasas, a partir de 1930 se inicia un proceso de descenso de la mortalidad infantil desde niveles altos, el cual se manifestará con más celeridad durante las décadas de 1940 y 1950, aun cuando continuaría en las décadas siguientes en forma menos acusada.

Varios analistas subrayan este descenso, aun cuando otros cuestionan que haya sido tan fuerte, dado que señalan las consecuencias que tuvo el programa de registro de nacimientos llevado a cabo entre 1973 y 1975 en todo el país, y que condujo formalmente a la apariencia de un descenso en la mortalidad infantil, que solo se dio en el manejo y elaboración de los datos<sup>22</sup>. Recordando que en nuestro trabajo de campo en Ticul encontramos diferencias que indican también manipulación de los datos.<sup>23</sup>

Ahora bien, respecto de Yucatán observamos que por lo menos durante la década de 1920, y más precisamente entre 1922 y 1928, las tasas de mortalidad infantil son sensiblemente más bajas en Yucatán, lo que en principio contrasta con los datos de mortalidad general, ya que ocurre todo lo contrario. Entre 1929-1945 las tasas varían en la entidad, dentro de un proceso decreciente, ya que son alternativamente más altas y más bajas. A partir de 1946, y salvo algún año, las tasas en Yucatán serán más bajas en forma constante.

22 Debe recordarse que a fines de la década de 1920 se produjo un proceso similar, ya que al mejorarse el registro de nacimientos «descendió» la mortalidad infantil. El ordenamiento institucional yucateco, sumado a una continuidad sociopolítica en la cual no operaron la guerra cristera ni las movilizaciones bélicas de masa del período 1910-1920, permitió que Yucatán tuviera un ordenamiento y continuidad en la captación de la información comparativamente superior a la media nacional.

23 Según nuestro análisis de la mortalidad infantil para Ticul realizado con datos obtenidos directamente del registro civil, las tasas y los valores absolutos conseguidos son más altos que los establecidos y reconocidos oficialmente.

Dentro de un proceso tendencial en descenso, es también en la década de 1930 cuando se genera el inicio más o menos sostenido del decremento de la mortalidad infantil, que en el decenio siguiente se vuelve más notable. A partir de 1946 se produce un marcado descenso, que se prolonga en la década de 1950, comenzando la desaceleración durante el decenio de 1960, cuando incluso se presentan algunas alzas en las tasas que, sin embargo, no retomarán valores previos.

El análisis de las series históricas indica un desfase entre el proceso nacional y el yucateco, que evidenciaría un deterioro mayor de la situación peninsular, en la medida que luego de 1950 los decrementos son mucho más bajos en Yucatán que en el país, lo cual se hace más notable debido a que hasta 1950 las tasas nacionales casi duplicaban las tasas yucatecas. Esto estaría señalando que a partir de este decenio las condiciones de salud infantil, por lo menos, se estancan comparativamente; lo cual se hace aún más evidente en las siguientes décadas. En general esta situación coincide con la agudización de la crisis económico-ocupacional yucateca a partir de la década de 1950.

**Cuadro 15. Mortalidad infantil del estado de Yucatán: 1922-1977**

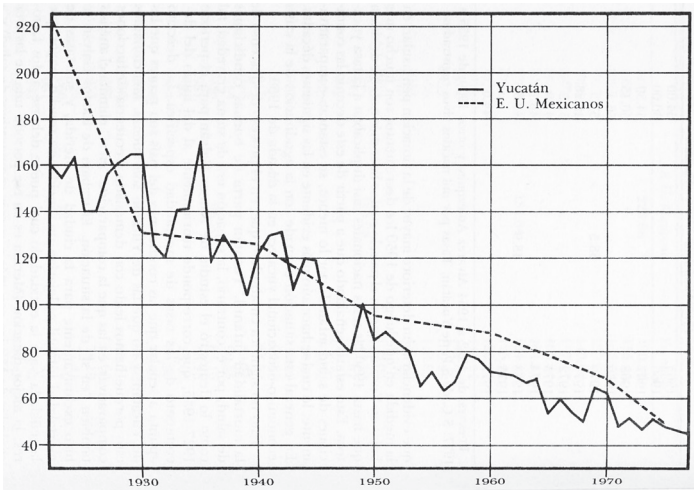
	E.U. Mexicanos	Yucatán
1922	223,08	160,59
1923		155,44
1924		163,08
1925		139,27
1926		140,96
1927		157,71
1928		160,84
1929		164,35
1930	131,64	164,42
1931		125,45
1932		120,03
1933		141,51
1934		142,84
1935		169,99
1936		118,83
1937		131,76
1938		120,76
1939		103,04
1940	125.68	121,30
1941		129,67

	E.U. Mexicanos	Yucatán
1942		130,91
1943		106,32
1944		120,40
1945		119,29
1946		93,87
1947		84,67
1948		80,34
1949		99,35
1950	96,20	84,16
1951		88,25
1952		83,00
1953		80,26
1954		65,29
1955		73,36
1956		63,01
1957		68,60
1958		79,19
1959		77,41
1960	88	77,41
1961		70,41
1962		70,17
1963		67,48
1964		67,82
1965		54,00
1966		60,00
1967		54,30
1968		50,15
1969		66,1
1970	68,5	57,3
1971		48,26
1972		51,9
1973		47,9
1974		48,1
1975	48,9	48,3
1976		
1977		44,0

Fuentes: de 1922 a 1954 Alvarez Amézquita y otros 1960; de 1955 a 1977: S.C. de S.P. de Yucatán. Tasas por mil nacidos vivos registrados.



### Mortalidad infantil en Yucatán



Esto no significa en absoluto que, en el proceso de descenso de la mortalidad infantil, Yucatán partiera de buenas condiciones de salud; por el contrario, la situación era de suma gravedad, tal como lo demostró el estudio de Ramos Galván para el período 1927/ 1936, que corresponde teóricamente al del inicio del decremento de las tasas de mortalidad específica. Lo descrito apunta a señalar que las condiciones del país son peores que las de Yucatán; y no que las de Yucatán son buenas. Mencionamos esto porque hemos leído con demasiada frecuencia deducciones comparativas, en las que la comparación «en sí» elimina el análisis también «en sí» de la situación. El trabajo de Ramos Galván se hizo exclusivamente para la ciudad de Mérida, y las tasas de mortalidad infantil reflejarían una incidencia mucho mayor que la señalada para la entidad, lo cual puede deberse a dos factores: la mejor datación, dado que Mérida es en ese período una de las tres ciudades de México con más recursos comparativos de salud; y la existencia de hospitales de concentración en dicha ciudad. De su información surge no solo una alta tasa de mortalidad infantil, sino una estructura de mortalidad similar a la que hallamos en el período 1973-1977. Las principales enfermedades que generan mortalidad infantil en 1927-1936 fueron gastroenteritis, bronconeumonías, debilidad congénita, meningitis, infecciones intestinales, sífilis, disentería, caquexia, sarampión, coqueluche y avitaminosis. Subrayando que, por lo menos, ocho de estas causas siguen siendo las primeras en el período 1973-1977.

Cabe observar, además, que la principal causa de mortalidad infantil en este último período, es decir enfermedades perinatales, no eran consideradas como tales cuando Ramos Galván realizó su estudio. Por supuesto que la reducción de las tasas de mortalidad de cada una de las enfermedades señaladas ha sido notable, pero lo importante es reconocer que en la actualidad se mantienen las mismas, y que en consecuencia el descenso de las tasas debe ser referido en gran medida a la reducción de la letalidad de estas enfermedades. Este proceso puede percibirse comparando las tasas de mortalidad infantil para 1927/1937 y 1978 en la ciudad de Mérida, ya que el estudio de Ramos Galván evidenció que en el período 1927/1937 solo sobrevivía el 46,22 % de los niños nacidos en 1927 y que la tasa media para ese lapso era de 296,34 por 1.000 nacidos vivos (NV), habiéndose dado en 1935 una tasa de 379 niños muertos por 1.000 NV. Mientras para 1978 la tasa de mortalidad infantil en Mérida era de 49,51 por 1.000 NV.

La causalidad de la alta mortalidad infantil es explicada, a partir del estudio de Ramos Galván, por dos autores yucatecos, para quienes

Esta elevada mortalidad de los niños de Mérida es grandemente influenciada por la alimentación deficiente, que determina estados carenciales; por el uso de aguas de malísima calidad que actúan como vectores de las enfermedades; por las malas condiciones sanitarias de las localidades, por las condicionantes climáticas y por la falta de conocimiento y educación higiénica de que adolecen los habitantes; en nuestra creencia la casi totalidad, o por lo menos una abrumadora mayoría de niños entre dos y seis años de edad que han muerto en Mérida en los últimos años, eran enfermitos en diversos grados de avitaminosis, que reaccionaban insuficientemente a los agentes morbosos (DÍAZ Y GÓNGORA, 1977, IV: 41).

Como sabemos, varios de estos factores se mantienen en la actualidad, y algunos incluso se han incrementado, por lo cual necesitamos explicar el impresionante descenso de la mortalidad infantil en Yucatán, el cual se mantiene actualmente, aunque cada vez más desacelerado. La mejoría de la situación económica, como ya vimos, puede explicar la reducción de la mortalidad infantil durante los 4<sup>3</sup>, pero a partir de los 50 solo podemos atribuirlo —como ya señalé— al proceso de urbanización, a la mejora de las condiciones sanitarias, a la aplicación de programas de inmunización, y a la presencia de programas alimentarios.<sup>24</sup>

24 Casi no tenemos explicación para el desfase existente entre los datos de mortalidad general e infantil en Yucatán. De nuestros datos, como ya lo señalamos, no surgen expli-

*Mortalidad, morbilidad y el problema de la desnutrición: 1900-1969*

En esta sección resumiremos inicialmente información más o menos segura sobre mortalidad y morbilidad por diferentes padecimientos, para centrarnos después en el análisis de la mortalidad, y dejar para un apartado particular la interpretación de la morbilidad, focalizando en todos los casos la cuestión nutricional.

En base a los datos obtenidos se aprecia que Yucatán presenta durante el siglo XIX una serie de padecimientos de carácter endémico con altas tasas de mortalidad (paludismo, fiebre amarilla), encontrando que varias enfermedades se manifiestan a través de epidemias, que en algunos casos coinciden con períodos críticos del desarrollo económico/político yucateco. En el siglo XIX hay varios brotes epidémicos de viruela; y alguno, como el de 1856-1857, adquiere características catastróficas. En 1876 hubo otro grave brote, pero durante el siglo XX esta enfermedad va disminuyendo, aunque todavía en 1915 se produjo una epidemia que generó 444 de funciones. Los últimos datos de viruela comprobada son para 1936, y este abatimiento debe ser referido a las acciones de inmunización, que se inician en Yucatán en 1804 y logran incrementarse a fines del siglo XIX; entre 1893 y 1907 se habría inmunizado en la entidad a unas 256.351 personas, con una relación mucho más alta que en el resto de México, ya que mientras a nivel nacional el promedio de vacunados fue de 36%, en Yucatán fue de 78% (GONZÁLEZ NAVARRO, 1973: 71).<sup>25</sup>

Otros padecimientos que se presentaron frecuentemente en forma de brotes epidémicos graves fueron el cólera en 1833 y 1853 y la influenza en 1857. Como sabemos el primero fue erradicado, mientras que la se-

caciones para este desfase entre mortalidad infantil y mortalidad general; pero además los datos de Ticul para este período indican tasas de mortalidad en preescolares que superan notoriamente a las tasas de mortalidad, tanto infantil como referidas a otros grupos étnicos.

25 La continuidad y cobertura de la vacunación antivariólica parece haber sido siempre superior al resto del país, y esto desde fechas muy tempranas. Así ya para 1822 contamos con un informe que señala el notable avance de la vacunación en Yucatán (CONSULTAR CONSEJO DE SALUBRIDAD, 1910). No obstante, al parecer la vacunación sistemática se realizó recién desde 1879. A su vez los modernos métodos de inmunización se aplicaron desde 1912, ya que en ese año el gobernador envió al presidente de la Junta de Salubridad a La Habana a estudiar los modernos procedimientos y a su vuelta se estableció un laboratorio en Mérida para la producción de la vacuna (GAMBOA RICALDE 1943/1955, vol. 1).

gunda se ha mantenido hasta la actualidad entre las primeras diez causas de muerte. Dos enfermedades endémicas y epidémicas de consecuencias graves para Yucatán fueron también erradicadas, por lo menos hasta ahora; una en términos de morbilidad, y me refiero a la fiebre amarilla; mientras en el caso del paludismo dejó de ser causa de mortalidad, aunque siguió generando morbilidad. La fiebre amarilla constituyó un grave problema durante el siglo XIX, y aún durante los primeros veinte años del siglo XX, ya que hubo brotes epidémicos en 1911-1912 y en 1919-1920. Una investigación llevada a cabo por los doctores Goicochea y Fernández Fajardo detectó la existencia de fiebre amarilla en toda la península para 1916, pero durante la década de 1920 fue erradicada; de tal manera que el último brote se dio en 1925 con un total de 72 casos (véase apéndice VII).

La fiebre amarilla era endémica en las áreas selváticas yucatecas, y a ello parece haberse debido la notable inmunidad natural de los pobladores nativos. Los brotes más letales se produjeron siempre en áreas urbanas, sobre todo en Mérida, y parecen coincidir durante el período analizado con procesos de fuertes corrientes migratorias generadas en gran medida por la producción henequenera. A partir de 1905 se realizaron en Mérida obras de saneamiento, pero no fue sino hasta 1921 que se creó la Comisión Especial para la Fiebre Amarilla, que dio por concluido sus trabajos en 1925 habiéndose logrado erradicar el problema. Como señala BUSTAMANTE,

En 1923 concluyeron los casos de fiebre urbana transmitida por *Aedes aegypti* y hasta ahora en la exploración de nuestras ciudades y aldeas por la prueba de protección no se ha hallado el virus desde 1925. Los índices de criaderos se mantienen bajos en casi todas las comunidades urbanas, de manera que no es probable su aparición, si se exceptúa Mérida que mientras no tenga un buen aprovisionamiento de agua potable, seguirá padeciendo muchos criaderos de *Aedes* (1959:189).

Los procedimientos utilizados en la erradicación de la fiebre amarilla fueron sencillos y no costosos; pero al igual que en el caso del paludismo fueron implementados en Yucatán con recursos y eficacia que no se dieron en otras áreas nacionales, y con significativo aporte de instituciones norteamericanas como la Fundación Rockefeller, que estaban tratando de mejorar las condiciones de saneamiento en casi todos los países de Mesoamérica, básicamente en función de sus objetivos económicos en la región (R. BROWN 1979).

Según BUSTAMANTE (1942), de 1825 a 1899 hubo en Mérida 16 brotes epidémicos de fiebre amarilla, y 19 de 1901 a 1920. En Progreso se produjeron cinco brotes entre 1901 y 1905; en las demás localidades donde existe información la mayoría de las epidemias se dieron desde 1878 en adelante. La información indica que el incremento de las epidemias se correlaciona con el aumento de la actividad henequenera y portuaria, y con los procesos de migración interna hacia Yucatán. Además, será la importancia económica que el henequén tiene para los Estados Unidos, lo que determine tanto las acciones de saneamiento impulsadas por la Fundación Rockefeller; como las medidas de intimidación política ejercida por los EEUU hacia el gobierno mexicano.<sup>26</sup>

El paludismo a su vez, constituyó uno de los principales problemas de salud tanto a nivel nacional como de Yucatán. En términos comparativos, puede observarse que las tasas de mortalidad yucatecas eran sensiblemente más altas que las nacionales, aún para la década de 1920, representando durante este período la segunda o tercera causa de muerte. Si bien en la década siguiente el paludismo es todavía la tercera causa de muerte, hay un descenso mucho más acelerado que el producido a nivel nacional en su conjunto. Posteriormente desaparecerá la mortalidad por paludismo, pero seguirán manteniéndose, como luego veremos, casos de enfermedad hasta la actualidad, casi siempre importados de Belice.

Observamos entonces que tanto la fiebre amarilla como el paludismo fueron erradicados o controlados más temprana y profundamente en Yucatán que en el resto del país, y que además las acciones generadas contra estas enfermedades serán siempre de más envergadura que en otras áreas de México. Como dice ASKINASY: «La disminución por paludismo se debe indudablemente a la intensificación, en la última década, de la campaña antilarvaria en la capital del Estado» (1936: 26). Este abatimiento, al igual que el control sobre el mismo, está en relación directa con factores económico-productivos. Todos los autores señalan estos factores como determinantes (véanse MARTÍNEZ BÁEZ 1975; PALACIOS FRAIRE, 1978), y en Yucatán esta determinación económica constituye claramente el eje de las acciones antimaláricas.

26 Así en 1915 una de las tres condiciones que planteó Wilson a Carranza para no intervenir en la situación política mexicana, fue la de que se levantase el bloqueo al puerto de Progreso para que pudiera reanudarse la exportación del henequén. Además, presionó para que se reestableciera el servicio ferroviario, decisivo para la exportación del agave.

El caso de Yucatán constituye un temprano ejemplo de lo secundario que son los factores ecológicos cuando se dirigen recursos y acciones específicas en forma sostenida; ya que, si bien la península yucateca cuenta con factores climáticos notablemente favorables al vector, éste será controlado en fechas tempranas, lo cual, como se sabe, no ocurrirá con otras áreas geográficas, que incluso tienen características menos favorables al desarrollo del vector (véase apéndice VIII).

El notable proyecto sociomédico dirigido por G. SHATTUCK (1933), financiado por la Fundación Carnegie, y que operó en Yucatán en la década de 1920 y principios de los 30'; encontró a partir de sus propias investigaciones y de material estadístico sobre enfermedades infecciosas existentes en Mérida, Progreso, Ticul, Valladolid y Peto, que la disentería y las enfermedades infecciosas semejantes del tubo digestivo son responsables de casi la tercera parte del total de las defunciones del estado de Yucatán. En segundo lugar, predominan el paludismo y las afecciones agudas del aparato respiratorio, y junto a estas enfermedades aparecen la fiebre tifoidea, la pelagra y las leishmaniosis, que según diversos autores tienen incidencia importante en el período analizado. Y así, por ejemplo, la «úlceras de los chicleros» o leishmaniosis, actualmente reducida en Yucatán a una pequeña franja de la región sur, tuvo importancia local durante este período. Su desarrollo está claramente determinado por factores económicos y ocupacionales; si bien el área de explotación del chicozapote ha sido básicamente Quintana Roo, no obstante, entre 1917 y 1930 la zona sur de Yucatán, con centro en Peto y Tzucacab, se convirtió en un importante productor de chicle dado el incremento de la demanda en los EEUU. La posterior crisis de comercialización disminuyó la significación de esta producción, que no obstante siguió siendo de cierta importancia hasta mediados de la década de 1940.

En esta área, y sobre todo en la época de mayor explotación, que coincide con los meses más lluviosos, tanto el paludismo como la leishmaniosis tuvieron carácter endémico. Pero tanto la campaña antipalúdica como el cese de la explotación del chicozapote, condujeron casi a su erradicación. En la actualidad, los casos existentes no solo están confinados al área sur, sino que suelen ser traídos por personas que migran desde Quintana Roo y Campeche, que es donde sigue teniendo incidencia la leishmaniosis

(ZAVALA VELÁZQUEZ, 1978: 1-8).<sup>27</sup> La pelagra, otra de las enfermedades señaladas, está ligada a una de las constantes del proceso yucateco, es decir la desnutrición. A principios de 1914 el Departamento de Trabajo realizó un informe para el área henequenera en el cual se señalaba que la pelagra había adquirido una enorme gravedad en la zona (ver apéndice IX).

Las deficiencias nutricionales se expresan también en la incidencia de avitaminosis, para la cual no contamos con datos estadísticos para el período, pero sí con apreciaciones extraídas de la práctica médica. Askinasy cita la ponencia del doctor Carrillo Gil al Congreso Médico peninsular realizado en 1933, en la que se señala que los síntomas de esta enfermedad «deben buscarse en cualquier niño pobre». Mencionemos además que estos datos adquieren relevancia en la medida que expresan la situación de crisis de la década 1930, que conducirá a la emergencia de lo que algunos autores reconocen como «hambre endémica». Recordemos que la mayoría de los autores que tratan esta temática para la península, hacen referencia a los «brotos epidémicos» de hambre que hubo por lo menos desde la conquista europea, indicando que entre 1535 y 1835 hubo 16 hambrunas en Yucatán, y que volvió a presentarse una situación grave durante el inicio de la guerra de castas en 1847-1850. Pero en general también se acepta, que el hambre como fenómeno endémico era prácticamente desconocido en la península, aunque a mediados del siglo XIX se crearían las condiciones de esta posibilidad, primero a través de las haciendas azucareras y luego de las henequeneras que desplazaron gran parte de los cultivos generadores de alimentos. Es decir que la situación de hambre tuvo carácter epidémico, siendo en un 75 % de los casos debido a las sequías, y en el resto a la escasez o exceso de lluvias, así como a las reiteradas plagas de langostas, como analizaremos más adelante.

Estos tempranos datos sobre enfermedades carenciales y condiciones de producción agrícola, señalan que el hambre no ha sido un proceso que podamos referir exclusivamente al período de crisis de la producción henequenera, sino que viene del pasado. La existencia de una continuidad des nutricional debe relacionarse con el cuadro de morbilidad dominante,

<sup>27</sup> BELTRÁN y BUSTAMENTE (1942) realizaron en 1940 un notable estudio en el área de explotación chiclera en la península de Yucatán. Investigaron a 1.506 personas en 58 campamentos y encontraron que más del 95% de los casos de leishmaniosis se daban en varones adultos y jóvenes, es decir los que estaban directamente incorporados al proceso productivo.

ya que es sabido el efecto multiplicador y potenciador del estado nutricional respecto a toda una serie de padecimientos, que son los dominantes en la entidad. El estado nutricional convierte en letales toda una serie de enfermedades que, en términos teóricos, son benignas o de fácil control técnico. Berg, en base a datos de la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) y de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), señala que la desnutrición es el factor que más contribuye a la mortalidad infantil y preescolar en los países en vías de desarrollo. Apoyándose en un material publicado por la OPS en 1971 indica que,

En algunos países de América Latina la desnutrición está identificada como la causa primordial o concomitante en el 57% de las defunciones en los niños de 1 a 4 años; constituye un factor importante en más de la mitad de las muertes de los lactantes y contribuye a entorpecer el desarrollo, originando así de la mitad a las tres cuartas partes de los fallecimientos en el primer mes de vida (BERG, 1975: 15).

Berg compara la situación de Nicaragua y Estados Unidos. Ya que mientras en el primer país las infecciones respiratorias y gastrointestinales causan el 15,3% del total de fallecimientos, en los Estados Unidos solo generan el 0,4%.

En Yucatán, y analizando la serie histórica de la mortalidad según enfermedades de 1963 a 1975, observamos que estos dos tipos de padecimientos constituyen en todo el lapso más del 21% de todas las muertes; y los valores más altos se dan en 1963 y 1971, con 25,45% y 24,21% respectivamente. Si esto lo referimos a la situación mexicana en su conjunto vemos que en la serie histórica 1971-1975 los valores son aún más altos, ya que, si bien encontramos una tendencia decreciente de su porcentualidad, estas causas siguen representando un 27% del total de muertes en 1975. Al analizar la composición porcentual de la mortalidad infantil tanto para Yucatán como para México, estos valores se hacen aún más acusados, ya que para la entidad entre 1971 y 1977 constituyen aproximadamente el 40% de todas las muertes, mientras que para la nación es el 54% de las defunciones entre 1971 y 1975 (véanse cuadros 20,21 y 22).

Si como vemos, las tasas de mortalidad infantil son tan altas desde que contamos con información, aun con fuerte subregistro; si las infecciones agudas de las vías respiratorias, las enfermedades gastrointestinales e incluso el sarampión aparecen constantemente como primera o segunda



causa de muerte, o por lo menos entre las diez primeras; si además tenemos documentación sobre la existencia temprana de cuadros carenciales, no cabe duda que la desnutrición ha constituido un grave problema para Yucatán en forma endémica, y no solo desde mediados de la década de 1920, sino por lo menos desde el desarrollo de la expansión azucarera y henequenera. Un factor que debe haber potenciado las consecuencias de las condiciones nutricionales es la fuerte incidencia del paludismo en la entidad, dado que ha sido endémico hasta fechas relativamente recientes. Corno dice ASKINASY,

A pesar de su benignidad y sin ocasionar la muerte de tan crecido número de enfermos, el paludismo produce en éstos una marcada anemia, disminuye la resistencia del organismo. Por lo tanto, la desnutrición, aunada a otros factores mórbidos, potenciará las altas tasas de mortalidad durante todo el período analizado, lo cual está claramente planteado por diversos autores (1936: 26).<sup>28</sup>

Varios trabajos señalan que es a mediados de la década 1920, y sobre todo durante la siguiente, cuando la desnutrición se hace endémica en Yucatán; Steggerda, como resultado de un estudio de tres años, sostiene que el promedio diario de insumo de calorías de los yucatecos era durante este período de 2.500 (STEGGERDA, 1941: 161). Autores tan disímiles en su

28 Estas aseveraciones de Askinasy, al igual que las relaciones planteadas entre desnutrición e infección en la década de 1960 por los trabajos de PUFFER y SERRANO (1973), así como de BEHAR (1973, 1974, 1975), habían sido constantemente analizadas por los médicos yucatecos. PENICHE y DÍAZ (1940) reconocen que en la elevada mortalidad infantil yucateca intervienen «como principal causa predisponente la mala nutrición, ocurriendo que los niños menores fallecen por diarreas, enteritis, disenterías y parásitos intestinales, enfermedades que no matan a niños bien nutridos» (citado por BUSTAMANTE 1959:351). Ramos Galván, quien había realizado estudios específicos en Yucatán, señala en un estudio de conjunto para México, en el cual reconoce la gravedad desnutricional yucateca, que las diversas causas de defunción pueden organizarse en cuatro grupos: «a) El primero de ellos sería aquel de muertes causadas por enfermedades que afectan la nutrición y que a su vez pueden ser afectadas por un mal estado de nutrición; este grupo representa de 40,33 % del total de defunciones de 1922 a 1937; b) el segundo grupo comprendería aquellas enfermedades que son muy afectadas en su evolución por un mal estado de nutrición y representa el 33,32 % del total de defunciones; c) el tercer grupo refiere a defunciones causadas por enfermedades propiamente de la nutrición y representa el 4,05%; d) finalmente tendríamos un grupo formado por el 22,30% de las defunciones en total y ocasionadas por enfermedades o accidentes relativamente ajenos a la nutrición del individuo. Analizando estos grupos vemos que por lo menos el 77,7% de las defunciones ocurrió en individuos que se encontraban en malas condiciones de nutrición» (RAMOS GALVÁN, 1944: 15).

orientación ideológica como Molina Font y Askinasy, coinciden en señalar que es a partir de 1925-1926, y en especial de la siguiente década, que esta situación se instala en Yucatán, y que ello es producto de las nuevas condiciones de trabajo e ingresos generada por la crisis henequenera. Respecto de este problema seguimos el análisis de Askinasy, ya que este autor se preocupa en particular por los problemas nutricionales del campesinado yucateco, y por las consecuencias de la mortalidad y morbilidad que lo afectan.

Como vimos, es durante esta época cuando comienza a generarse en Yucatán un doble proceso; por una parte, la emergencia de una situación de desocupación, de subocupación y/o ocupación limitada, y por otra un descenso en los ingresos medios del campesinado henequenero. Los trabajadores comienzan a laborar solo tres, cuatro o a lo sumo cinco días a la semana.

El peón cuya raya semanal llegaba en tiempos de bonanza hasta 20 y 25 pesos, siendo el precio del maíz que es la base de la alimentación de 14 centavos el kilo, gana actualmente cinco, cuatro y hasta dos pesos con cincuenta centavos por semana, mientras que el precio del maíz quedó en el mismo nivel (ASKINASY, 1936: 14).

En este período no solo disminuyó la cantidad de días trabajados y los ingresos respectivos, sino que a los peones acasillados se les descontó obligatoriamente una parte de su salario, hecho que hasta ese entonces no existía. Este dinero iba a manos del estado a fin de costear la nueva administración de la producción henequenera, y dicho descuento equivalía, según Askinasy, a reducir dos kilos diarios de maíz en la dieta de estas familias trabajadoras. A su vez, a los ejidatarios se los definió como propietarios ejidales y, desde esta perspectiva, perdieron todas sus prerrogativas en cuanto trabajadores; lo cual incidiría en su nivel de vida, ya que aunque de hecho se creó una relación asalariada con la «Agraria», no se les reconocían los derechos obreros. Además, este proceso negativo no fue siempre compensado por las consecuencias de la distribución de la tierra, puesto que en el área henequenera los rendimientos de maíz son bajísimos, ya que varían entre 200 y 300 kilos por hectárea, tanto en 1936, en 1966 como en 1977.

Respecto de la información sobre la situación ocupacional y desnutricional que estamos analizando necesitamos asumir que dicha información está referida exclusivamente al área henequenera, y que, como el mismo Askinasy lo reconoce, aun en períodos de bonanza se observan tasas al-

tísimas de enfermedades como la pelagra, que evidencian condiciones de desnutrición. Esto nos conduce a reinterpretar este fenómeno, no reduciéndolo a los hechos inmediatos que tienden aparentemente a magnificar la situación generada a mediados del decenio de 1930.

Ya mencionamos que hasta el desarrollo de la producción azucarera y henequenera los dos productos básicos yucatecos habían sido el maíz y la ganadería, de los cuales la entidad no solo se autoabastecía, sino que inclusive exportaba. Debe recordarse que para la década de 1840 el 93,78 % de los productos sembrados correspondía a cultivo de maíz, y el resto se distribuía entre tabaco, henequén, caña de azúcar y arroz. Señalamos también que la relación de peonaje, dominante en las haciendas ganaderas y maiceras, permitía el cultivo de subsistencia dentro de las haciendas, posibilitando al peón un mínimo de producción alimenticia. Tenemos presente, además, que la vertiginosa expansión henequenera se hizo no solo a expensas de áreas de bajo rendimiento maicero, sino también en áreas entre las que se contaban algunas de las de mayor productividad en granos, como son los casos de Ticul y de Scalum, que eran en el momento de la expansión los más grandes productores de maíz de Yucatán, y que fueron en gran parte absorbidos por el «esarrollo» henequenero.

Por otra parte, esta expansión se hizo también a expensas de áreas ganaderas, pero a tal nivel que Yucatán, de ser autosuficiente en carne, debió comenzar a importarla, además de leche y mantequilla. Pero, además, las nuevas relaciones de trabajo esclavo que generaron un alza notable en la producción a través de un uso más intensivo de la mano de obra, produjeron en la zona henequenera la desaparición o por lo menos la limitación de los cultivos de subsistencia, al reducirse o no realizarse trabajo en la milpa. Este proceso de apropiación y explotación de la fuerza de trabajo casi exclusivamente para cultivos industriales, se complementa con la apropiación y concentración de tierras pertenecientes en general a los antiguos ejidos. La pérdida de tierras, el uso unilateral e intensivo de la mano de obra y la expansión del henequén en áreas aptas para productos alimenticios a los cuales desplazó, están en la base del hambre endémica yucateca.

González Navarro documenta que en 1883 dejó de cultivarse maíz en Mérida, y el frijol ya no se produjo en varias localidades de la región norte; desapareciendo incluso las huertas en Espita, Peto y Tizimin. Lo que condujo a importar maíz desde Estados Unidos o desde otros estados mexicanos, cerrándose el círculo de dependencia de Yucatán, ya que los

empresarios norteamericanos no solo controlarán el proceso productivo/comercial henequenero, sino que les venderán granos a la población yucateca. Para la década de 1920 se calculaba que eran necesarias unas 70.000 toneladas de maíz para cubrir las demandas yucatecas, pero sobre todo las de la zona henequenera; de éstas debían ser importadas unas 40 mil, ya que el promedio anual de producción local era inferior a 30 mil toneladas.

Ahora bien, la necesidad de importar maíz afectaba negativamente a los productores, pero sobre todo a los trabajadores henequeneros que necesitaban comprar maíz para alimentarse, ya que no lo producían, y debían comprarlos a precios cada vez más altos. Pero a estos factores inherentes al tipo de desarrollo productivo, debemos agregar otros de índole cultural que operan negativamente sobre la alimentación del yucateco. Nos referimos a la forma de preparar el maíz por parte de los mayas de Yucatán, que tiende a hacerles perder hasta un 30 % de sus cualidades nutritivas.

Como ya señalamos, esta negativa situación alimentaria, puede observarse a lo largo de todo el lapso analizado; bajo el régimen de esclavitud (1880-1912) las condiciones de alimentación en el área henequenera eran malas, tanto en cantidad como en calidad de nutrientes, pese al análisis interesado de algunos autores que estudian este período. A los datos reseñados, se podrían agregar las opiniones de «viajeros», comerciantes, «profesionales» que dan un panorama aún más negativo de las condiciones de vida, incluidas las nutricionales, de la zona henequenera. En las áreas donde dominaban los cultivos para el autoconsumo, la situación era también desfavorable; pero contaban con mayor cantidad de alimentos, no solo por la producción maicera de subsistencia, sino también gracias a los productos del solar y de la selva que completaban su dieta.

El proceso de liberación de la mano de obra de las fincas henequeneras, la obtención de un salario mínimo y una coyuntura internacional favorable para el precio del henequén, permitieron una mayor capacidad adquisitiva del campesinado asalariado del área henequenera durante un lapso que va desde 1914 a 1924-1925. No obstante, este mejoramiento en las condiciones adquisitivas, el panorama nutricional general siguió siendo deficiente debido a lo restringido de la dieta, al alto precio de los productos, y a que esta situación de bonanza se centró en el área henequenera.

Es decir que en el período analizado de 1880 a 1924, si bien hay una alta producción henequenera, se dan condiciones de carencialidad nutricional endémica, que se harán evidentes al generarse la crisis ya descrita

de mediados de la década de 1920. Esta crisis tendrá además consecuencias diferenciales, que convertirán a la zona henequenera en el área con mayores carencias alimenticias. Ahora bien, al hablar de la crisis, del descenso en la capacidad adquisitiva y del negativo nivel nutricional, todos los autores se refieren a la zona henequenera; de tal manera que lo que pasa en la zona maicera parece no interesar a estos estudiosos, políticos y economistas. Y en esta ausencia no solo se refleja la importancia del área henequenera, sino también la carencia de una lectura de conjunto de la situación yucateca, que evidenciaría alternativas de enfrentamiento diferentes ante la crisis surgida. No obstante, y recurriendo a una de las fuentes médicas más confiables para Yucatán, podemos decir con RAMOS GALVÁN (1936), que las altas tasas mortalidad y morbilidad en Yucatán están determinadas por las condiciones del saneamiento, de manera secundaria por el desarrollo de los recursos médicos, pero sobre todo por las condiciones de alimentación.

**Cuadro 16. Mortalidad por causas: 1920-1924 y 1932-1934**

Año	Gastroentent.		Disentería		Paludismo		Tuberculosis		Pelagra	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas
1920	4380	1155,2	994	261,5	749	197,1	430	113,1	395	103,9
1921	2351	618,6	489	128,6	527	138,6	348	91,5	443	116,5
1922	2751	723,9	575	151,2	1138	299,4	373	98,1	437	115,0
1923	2942	774,2	624	164,2	890	234,3	377	99,8	438	115,2
1924	2679	705,0	614	161,5	959	252,3	364	95,8	411	108,1
1932	2562	663,5			713	184,6	286	74,0		
1933	3505	908,1			746	193,2	262	68,5		
1934	2648	695,1			652	168,2	207	53,6		

Fuente: Askinas y 1963 (el autor extrajo los datos de la sección estadística del servicio antilarvario de Mérida) Tasas por 100.000 habitantes.

Cuadro 17. Mortalidad por causas: 1933-1939

Causas	1933-1937		1938			1939		
	Casos	Tasa	Casos	Tasa'	Tasa''	Casos	Tasa'	Tasa''
Enteritis y otras diarreas	4.140	1.123	3.040	740	447	2.778	671	464
Neumonía	604	159	629	153	341	546	132	371
Paludismo	1.061	254	686	167	135	575	139	131
Bronquitis	415	99	388	94	61	401	97	65
Disentería	799	213	507	123	55	362	87	48
Tos ferina	305	80	637	155	83	195	47	76
Gripa, influenza	165	17	64	16	22	106	26	51
Sarampión	185	23	10	2	47	1		53

Fuentes: Publicaciones de la Dirección General de Estadística. Tasas por 100.000. (Para los años 1933-1937 los datos refieren a un promedio de los cinco años; para 1938 y 1939 se proporcionaban dos tasas provistas por las estadísticas de la misma institución. Se proveen a fines comparativos. Nosotros trabajamos con las tasas que aparecen en p rimer lugar.

Junto con este estudio, existen otros realizados en el período que hacen referencia expresa a lo determinante de las condiciones nutricionales para la situación de salud yucateca. A los trabajos ya aludidos de ASKINASY (1936), CARRILLO GIL (1974) y RAMOS GALVÁN (1936), deben agregarse los de BENEDICT y STEGGERDA (1936), así como el de Tejero Laphan, que coinciden en la apreciación negativa de las condiciones alimentarias de Yucatán.

De la información obtenida para finales de la década de 1930 podemos extraer varias conclusiones; las primeras causas de mortalidad en Yucatán son las mismas que en el resto del país, constituyendo las neumonías y las gastroenteritis más del 60% de las muertes generadas por las diez primeras causas. En el caso de las gastroenteritis mantiene tasas superiores al nivel nacional, situación que persistirá en las décadas siguientes; y así un estudio bacteriológico y serológico realizado por K. Goodner para este período concluía:

Con una variedad tan grande de infecciones intestinales, además de los protozoarios, el número de enfermos y de fallecimientos a consecuencia de perturbaciones gastrointestinales en Yucatán no debe extrañarnos. Lo sorprendente es que en estas condiciones sobreviva alguien a la infancia. Tal vez este mismo hecho explique el vigor físico de los mayas y de muchos de sus descendientes yucatecos (GOODNER, 1933:207).

Diversos trabajos de investigación realizados en 1914, 1933 y 1940 evidencian la alta incidencia de parasitosis intestinal en Yucatán, y así un estudio realizado en Mérida indicaba que el 85 % de las personas examinadas estaban parasitadas (citado por BELTRÁN 1942). Según un informe del gobierno yucateco, los servicios médicos ejidales señalaban que en 1938 el 50 % de los padecimientos detectados correspondían a enfermedades gastrointestinales, el 30 % a paludismo y el 20 % a otras enfermedades. Hacia finales de la década de 1930 Yucatán ocupa el segundo lugar en México en muertes por diarrea.

El descenso de casi todas las tasas de mortalidad por enfermedades, no supone, salvo en el caso del paludismo, un cambio sustancial en las condiciones que operan en el desarrollo de dichas enfermedades. Hasta finales de esta década no contamos aún con información sobre mortalidad por cáncer, enfermedades cardiovasculares o perinatales, que se irán convirtiendo en las décadas siguientes en algunas de las diez primeras causas de las que mueren los yucatecos.

Un dato relevante es que se ha logrado la casi erradicación de la viruela, lo que en comparación con la situación nacional indica mejores coberturas locales, ya que la tasa nacional de mortalidad por viruela es de 1,8 por 10.000, mientras en Yucatán es de 0,1 por 10.000.<sup>29</sup>

El perfil de la mortalidad refiere con toda claridad a una problemática centrada en condiciones sociales, económicas y «ambientales» negativas; y será especialmente sobre las condiciones ambientales que se operará para erradicar o limitar algunas de las principales causas de mortalidad, desde el paludismo hasta la gastroenteritis.

La desnutrición aparece como uno de los principales determinantes de la mortalidad a nivel infantil y preescolar, dado que la «debilidad» nutricional posibilita la mortalidad por toda una serie de causas «evitables».<sup>30</sup>

29 Durante este lapso, específicamente en 1936, se produce en la entidad el último caso mortal de viruela reconocido; lo cual expresa, como ya lo señalamos, los mejores niveles de cobertura generados en Yucatán. Si bien, como ya indicamos, contamos con datos que evidencian para Yucatán una más temprana y continua acción inmunizadora contra la viruela, no deja de ser interesante señalar que es en Yucatán, junto con otros cuatro estados, donde en 1953 se detectan los últimos casos de viruela reconocidos en México.

30 Las causas «evitables» refieren a enfermedades, en su mayoría infectocontagiosas, que pueden ser fácilmente solucionadas a través de técnicas médicas sencillas y eficaces, y que suelen ser generadas por las malas condiciones socioeconómicas y socioambientales en que viven los que las padecen.

Yucatán se caracteriza por tener la más baja tasa de homicidio a nivel nacional contrastando con las altas tasa de mortalidad por homicidio dominantes en México, quien en la década de los 40 pasará a ser el país con la mayor tasa de homicidios a nivel mundial. Pero simultáneamente —y como ya lo señalamos—, Yucatán es uno de los estados con mayor tasa de suicidios, lo cual significa que los yucatecos orientan su violencia hacia sí mismos, en lugar de orientarla hacia los otros como es dominante a nivel nacional. Y ésta constituye una característica ideológica/cultural a través de todo el lapso analizado.

Si ahora analizamos los datos de mortalidad por diversas enfermedades para las décadas de 1940, 1950 y 1960, vemos que las más significativas siguen siendo las enfermedades infecciosas y parasitarias, referidas básicamente a los aparatos respiratorio y digestivo, pero junto a ellas emergen con notable incidencia las causas perinatales, las enfermedades del corazón, del sistema nervioso, los tumores y las genitourinarias. El ascenso de estos padecimientos contrasta con el decremento de algunas enfermedades transmisibles que son abatidas o controladas, aun cuando las gastroenteritis, pese a su descenso sigue manteniendo altas tasas, que son superiores a la nacional. Así para el quinquenio 1950-1954, mientras la tasa nacional es de 26,85 por 10.000, en Yucatán se eleva a 33,10, constituyendo uno de los estados con mayor mortalidad por estos padecimientos (PÉREZ NAVARRETE, 1959: 173-182). De hecho, las enfermedades infecciosas y parasitarias siguen siendo las primeras causas de mortalidad durante 1940, 1950 y 1960.

No obstante, a partir de la década de 1940, se va constituyendo un perfil de la mortalidad que se diferencia de los años anteriores, complejizándose notablemente el cuadro de la mortalidad al no poder referir una parte de las principales enfermedades de que mueren los yucatecos a los factores que hasta entonces aparecían como causales de las principales causas de mortalidad.

Ahora bien, durante nuestro análisis se hizo evidente la carencia de información epidemiológica distribuida no solo por edades y por sexo, sino por otros indicadores que consideramos importantes sobre todo para algunos padecimientos, como son la ocupación, el estrato social, o el nivel educativo, dado que a medida que la estructura de la mortalidad tiende a complejizarse dichos indicadores adquieren una importancia cada vez mayor para generar explicaciones pertinentes.



A medida que asistimos al proceso de diferenciación en la estructura de la mortalidad, asistimos también a un proceso de diversificación social, de estratificación socioeconómica y socioeducacional, de concentración urbana que, potencialmente, inciden en el perfil de los padecimientos dominantes. Como sabemos, durante una época se tendió a hacer una diferenciación más o menos esquemática entre una patología de la pobreza y una patología de la riqueza (CELIS y NAVA, 1970), según la cual en la primera dominarían cuadros infecciosos y transmisibles, así como perinatales. Esta aseveración es relativamente correcta, en tanto «dominar» no implique excluir otros padecimientos que también tenían fuerte incidencia, pero que aparecían secundarizados. Estos padecimientos, tanto referidos a mortalidad como a morbilidad, eran las enfermedades crónico/degenerativas y las mentales; pero en la actualidad, la estructura de mortalidad de nuestros países «reconoce» ya a estas enfermedades entre sus primeras causas, pero no porque las mismas reflejen una polarización clasista tal como algunos autores sostienen mecánicamente, sino porque los estratos marginales y bajos de nuestra sociedad, como ocurre en el caso de Yucatán, también sufren padecimientos mentales, y también se enferman y mueren de cáncer y de enfermedades cardiovasculares. Más aún, algunas investigaciones señalan que determinados sectores ocupacionales son los más expuestos a determinados padecimientos cardiovasculares y cancerosos.<sup>31</sup>

Si analizamos las tres principales causas de mortalidad general, pero sobre todo las dos primeras, hallamos que siguen existiendo dos factores que favorecen su mantenimiento pese al decremento. En primer lugar, figura la carencia de una infraestructura sanitaria, referida básicamente a las condiciones de aprovisionamiento de agua y a los sistemas de eliminación de excretas. Un hecho relevante es el descenso de la mortalidad por gastroenteritis y otras diarreas, que ocurre sobre todo en la segunda parte de la década de 1940, lo cual es relevante porque no cambian las condiciones sanitarias que pudieron haber condicionado dicho descenso, y además porque hasta mediados de dicha década las investigaciones indicaban la notable incidencia de estas enfermedades, ya que en más de 8 mil análisis efectuados en el Hospital del Niño de Mérida entre 1940 y 1944 se encontró que el 90 % de las muestras de materia fecal de los niños te-

31 Consultar al respecto NAVARRO (1978) y (1979); TIMIO (1979); RICCHI (1980); BERMAN (1978).

nían parásitos (Solís 1946: 180). Pero, según Solís, si se hubieran repetido los análisis el porcentaje de parasitados hubiera ascendido al 99 % de los niños llevados a consulta. Los datos estadísticos indican, que la letalidad por estos padecimientos disminuyó sin que hubieran cambiado favorablemente las condiciones sanitarias, por el contrario, todos los datos indican que las condiciones del agua empeoraron.

**Cuadro 18. Mortalidad por causas: 1940, 1950, 1960.**

		1940	1950	1960
I	Infeciosas y parasitarias	1.253	740	425
II	Aparato respiratorio	305	175	152
III	Enfermedades mal definidas	212	152	177
IV	Perinatales	118	102	107
V	Aparato circulatorio	90	100	95
VI	Aparato digestivo	85	70	95
VII	Endocrinas nutricionales	82		46
VIII	Sistema nervioso	60	41	20
IX	Tumores	32	49	58
X	Genitourinarias	29	17	10

Fuente: Dirección General de Estadística. Tasas x 100.000

Desde la perspectiva del control sobre el medio ambiente, solo podemos hacer referencia a las acciones antipalúdicas que siguen generando decremento en las tasas de mortalidad y morbilidad; y así la incidencia se reduce de un promedio anual de 596 casos en el lapso 1938/1943 a 342 casos en el bienio 1947/1948. Señalemos además que, en 1953, dos años antes de lanzarse la campaña contra el paludismo a nivel nacional, los casos informados para Yucatán suman 316, con una tasa de 5,74 por 10.000. Según la Memoria de la SSA (1951, 1959) para este período, si bien no se realizan en Yucatán tareas de rociado intensivo, es en este estado, junto con Jalisco y Michoacán, donde los descensos de las tasas de morbilidad son más notables. No obstante, durante la década de 1940 el paludismo sigue apareciendo entre las primeras cuatro causas de mortalidad.

La situación económica seguirá incidiendo negativamente, ya que precipita la gravedad de determinadas enfermedades,<sup>32</sup> así como también repercute en forma directa o indirecta en el tipo y calidad de la vivienda o en la posibilidad de acceso a servicios de electricidad y de agua potable, que incidirán en el mantenimiento o abatimiento de los daños.

Hay Otros factores que comienzan a operar en la realidad yucateca, pero que no tendrían el impacto de los señalados, ya que la educación para la salud, la orientación en la dieta, el manejo de alimentos, las condiciones del microambiente, la asistencia a los servicios de salud inciden, pero complementariamente, sobre todo si se los torna aisladamente y no como parte de un conjunto de procesos que se potencian entre sí. No negamos que, en muchos casos, por ejemplo, respecto de las enfermedades respiratorias agudas, una oportuna atención médica juega un papel importante, pero la incidencia de los servicios públicos, sobre todo en las regiones II y III, solo comenzará a tener alguna significación en la década de 1950 y sobre todo a partir de los 60, dada que la cobertura de los servicios era sumamente escasa. No obstante, hipotetizarnos una influencia cada vez más marcada de la biomedicina tanto en forma directa como por «efecto de demostración». Y considero que el factor biomédico más determinante fue la aplicación de penicilina.

Desde finales de 1950 y durante la década de 1960 se hace notorio que ya no disminuyen en forma acelerada la mortalidad por padecimientos gastrointestinales y sobre todo por enfermedades agudas del aparato respiratorio, en gran medida porque las medidas sanitarias y farmacológicas aplicadas y la mejoría de las condiciones económicas, ya habían logrado impactar los aspectos más sensibles y sencillos. Y si bien, como luego veremos, desde mediados de la década de 1950 asistimos a una mayor penetración de los servicios de salud en las áreas rurales, estos solo impactarán en la región norte, donde tuvieron su mayor expansión.

Además, en los 50 y 60 siguen persistiendo los problemas nutricionales, puestos de manifiesto por toda una serie de investigaciones que se desarrollan en la zona henequenera de Yucatán<sup>33</sup>. Y así en, las conclusio-

32 Para el quinquenio 1940-1944 Yucatán presenta una de las tasas más altas de los siguientes padecimientos: sarampión (séptimo lugar), tos ferina (cuarto lugar), diarreas (segundo lugar) y disentería (segundo lugar). Consultar SSA, MEMORIA (1947).

33 Debe aclararse que una gran parte de estos estudios se realizaron en una sola comunidad: Sudzal.

nes de una encuesta nutricional llevada a cabo por personal del Instituto Nacional de la Nutrición (INN) se señala que

No puede ser exagerado el calificar de alarmante el estado de desnutrición de la población campesina de Yucatán «es un grupo social en el cual el 5% de los preescolares presentan signos de deficiencia calórico-proteica clara y en el cual los niños difícilmente comen la mitad de lo que deberían comer. También existen deficiencias en minerales y vitaminas» (INN, 1963: 156), agregando que, entre los adultos, un 3,2% presentó lesiones pelagroides. En otro trabajo sobre Sudzal se observó que el 49% de los niños tienen defectos de crecimiento, y que el consumo medio per cápita de proteínas animales no llegó a 10 gramos (CHÁVEZ, 1976: 496).

Estos trabajos siguen planteando la grave situación nutricional yucateca, retomando algunos el caso de la pelagra, que fue endémica, por lo menos, durante el siglo XIX, y hasta la década de 1930, para desaparecer prácticamente en las dos siguientes, y volver a cobrar cierta significación en la de 1960. En una investigación realizada en seis comunidades del área henequenera se llegó a la siguiente conclusión:

Indudablemente que la pelagra en la Península de Yucatán constituye un severo problema de Salud Pública. La proporción de casos activos en el área es aparentemente bajo, pero se pudo comprobar que esto se debe fundamentalmente a la atención médica que sobre todo recibe la población joven. Sumando los datos obtenidos de pelagra activa y de casos recientes tratados, se podría pensar que aproximadamente un 10% de la población estaría enferma. Si además se torna en cuenta la proporción de población con excreciones abajo de 3 mg. de N-metil nicotiamida, se podría extender el problema quizás hasta una tercera parte de la población del área. Este gran número de susceptibles son seguramente una amenaza de brote epidémico cuando las condiciones sociales empeoren como ya ha sido observado en épocas pasadas (MORA *et alii*, 1966: 416-417).

Es decir que, frente a un problema de desnutrición endémico, en ciertos períodos de crisis, como la década de 1930 y al parecer la de 1960, se dan las condiciones para la emergencia de brotes epidémicos, que no obstante permanecen encubiertos o directamente ignorados en las estadísticas oficiales.<sup>34</sup>

34 La carencia de detección médica, sumada a la inexistencia de investigación epidemiológica, ha permitido y permite ignorar la importancia de algunos de los problemas de salud potencialmente existentes en Yucatán. No solo nos referimos a la pelagra y a otras enferme-

A partir de estas investigaciones el área henequenera yucateca fue ubicada por algunos autores en la categoría de área de mala y muy mala nutrición (RAMÍREZ, ARROYO y CHÁVEZ, 1971: 675-690), mientras que el resto de Yucatán es categorizado como regular. Personalmente considero arbitraria esta conclusión, ya que es producto del conocimiento intensivo de una zona y el desconocimiento casi total de lo que pasa en las regiones II y III. No sabemos muy bien que condujo a estos autores a tal clasificación, ya que contaron con información adicional, no solo procedente de datos secundarios, sino de sus propias investigaciones, que evidenciaban que la mala situación nutricional no solo correspondía a la zona norte. Así, por ejemplo, Chávez y Pimentel estudiaron la comunidad de Dzitbalche al norte del estado de Campeche y hallaron una alta incidencia de pelagra. Según estos autores «La actividad económica principal (de esta comunidad) corresponde al cultivo del maíz, pero también se produce un poco de frijol. La ganadería es pobre y tiende a desaparecer» (CHÁVEZ Y PIMENTEL, 1963: 402). Es decir, se dan las mismas características económicas que operan en amplias áreas de las regiones II y III.

Ahora bien, estos estudios se harán justamente durante la década de los 60, y parte de los 70 que es cuando se agudiza aún más la situación alimentaria en Yucatán, debido a procesos que ya hemos analizado.

### *Las principales causas de mortalidad y morbilidad: 1970-1978*

#### MORTALIDAD POR ENFERMEDADES

Durante el período que va de 1970 a 1978 se mantiene el mismo perfil de la mortalidad, y tal vez el dato más significativo sea el aumento de las enfermedades cardiovasculares y de los tumores que pasan a ser parte de las primeras cinco causas de mortalidad. Durante los decenios de 1960 y 1970 se percibe una situación que podemos describir como estacionaria respecto al abatimiento de las dos principales causas; hay incluso fuertes oscilaciones para la mortalidad por gastroenteritis entre 1965 y 1975, y para las enfermedades agudas del aparato respiratorio entre 1969-1972. Sin duda

---

dades carenciales, sino también a la enfermedad de Chagas, al alcoholismo, a la farmacodependencia, a las enfermedades ocupacionales. Mientras que para algunos de estos problemas la evidencia social y técnica hace secundaria la producción de conocimiento (caso del alcoholismo), no ocurre lo mismo con problemáticas como la de la enfermedad de Chagas o las enfermedades ocupacionales que no son detectadas social ni médicamente

ahora se hace aún más notable lo ya señalado respecto a las limitaciones que el sistema dominante tiene para generar descensos más fuertes en las tasas de mortalidad, debido a que

En general, el descenso de la mortalidad puede compararse con la Ley de rendimientos decrecientes. En la fase inicial medidas relativamente poco costosas traen como consecuencia una rápida disminución de la mortalidad. Cuando se ha llegado a un nivel medio, para lograr disminuciones se requiere de equipos y de una organización mucho mejor, lo cual implica costos sumamente elevados (BENÍTEZ CENTENO y CABRERA ACEVEDO, 1967: 69-70).

Lo señalado se percibe con claridad al analizar la composición de la mortalidad según enfermedades en Yucatán entre 1963 y 1975, ya que tanto la mortalidad por gastroenteritis y por respiratorias agudas mantiene durante todo el lapso porcentajes relativamente constantes (véanse cuadros 20, 21 y 22), y si bien estos porcentajes son comparativamente altos, son mucho menores que los que se establecen a nivel nacional. Esto no solo indica, como vimos, la persistencia de la mortalidad por causas evitables, sino que señala también una situación menos grave que la nacional respecto de la mortalidad general y de la infantil, pese a las condiciones negativas de la infraestructura sanitaria, que son de las más deficientes del país.

Además de las señaladas, observamos en Yucatán tres grupos de enfermedades que han ido desarrollándose comparativamente, y nos referimos a las neoplasias, las perinatales y las enfermedades del corazón. La mortalidad por causas perinatales se ha mantenido de 1970 a 1975, salvo en 1974, dentro de las cuatro principales causas y, si bien se registra una tendencia descendente, sigue siendo relativamente alta. Los datos para la década de 1960 mostraban también una alta incidencia de estos padecimientos; más aún, al analizar la composición interna de la mortalidad infantil se observa que, si bien Yucatán tiene tasas significativamente más bajas que la nacional a nivel de este grupo etéreo, las diferencias disminuyen de manera sensible al analizar en particular la mortalidad perinatal. Observamos que entre 1960 y 1962, mientras que las tasas de mortalidad infantil son más bajas que las nacionales, la mortalidad perinatal es de 32,6 por 1.000 NVR en Yucatán ante 26,7 a nivel nacional, subrayando que durante este lapso. Yucatán tiene la tercera tasa más elevada dentro de México (AGUIRRE ZOZAYA, 1968: 357-374).

Esta relación diferencial seguirá manteniéndose durante la década de 1970, ya que mientras en el decenio anterior la tasa promedio es de 47,0 por 1.000 NV para Yucatán y de 36,8 por 1.000 NVR para la nación, en 1975 la relación será de 33,1 y 24,6 por 1.000 NVR respectivamente. Una investigación realizada con derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) a nivel nacional, señaló que en 1973 la región con mayor patología gestacional de todo México es la que incluye Yucatán y Campeche, con una gestación patológica de 20,43%, frente al 13,06 % global. Según el mismo estudio, Yucatán y Campeche tienen además la más alta mortalidad perinatal con 2,92 %, frente al global nacional de 1,96 % (CASTELAZO AYALA, 1977: 173-177). Todos los autores señalan como principales causas de la mortalidad perinatal la prematuridad, infecciones, anoxia y traumatismo del parto y malformaciones congénitas, lo cual indudablemente tiene que ver con varios factores, pero especialmente con el control del embarazo, la realización de partos y el puerperio.

Cuadro 19. Mortalidad por causas: 1963-1975

	1963		1964		1965		1966		1967	
1. Enf. del corazón			160	(24,3)	151	(22,0)	156	(20,6)	135	(1,74)
2. Gastroent. y otras enf. Diarreicas	1.272	(176,5)	884	(125,1)	676	(100,9)	670	(88,6)	768	(99,1)
3. Neumonía, influenza y otras enf. Resp. Agudas	803	(124,1)	683	(103,7)	650	(97,1)	831	(109,9)	676	(87,3)
4. Perinatales	966	(149,2)	851	(129,2)	859	(128,2)	909	(120,2)	958	(123,6)
4.1 Enf 1ª inf. 760-776										
5. Tumores	356	(55,0)	367	(55,7)	373	(36,9)	410	(54,2)	390	(30,3)
6. Tuberculosis	201	(31,1)			163	(24,3)	160	(21,2)	161	(20,8)
7. Cirrosis	88	(29,4)					163	(21,6)	204	(26,3)
8. Accidentes			198	(30,1)	195	(29,1)	134	(20,4)	134	(17,3)
9. Enf. Cerebro-vasculares	186	(28,7)	184	(27,9)	190	(28,4)	190	(25,1)	208	(26,8)
10. Todas las otras	4.179	(312,6)	3.427	(507,4)	3.050	(483,4)	3.095	(459,3)	3.367	(480,9)
Total	8.151	(12,6)	6.754	(10,3)	6.309	(9,4)	6.738	(8,9)	7.001	(9,0)



	1969		1970		1971		1972		1973		1974	
474	62,0	407	53,0	319	66,3	703	87,9	1.214	136,9	929	10,7	
1.132	148,09	928	120,8	951	121,6	807	100,9	715	87,5	703	81,3	
1.170	153,0	689	89,7	793	106,8	947	118,7	822	100,6	901	104,2	
680	88,96	621	80,9	339	71,5	338	69,8	476	38,2	266	42,3	
346	45,26	458	39,6	446	57,0	430	53,8	453	51,1	459	31,1	
115	15,04	171	22,3	136	17,4	132	16,5	114	13,9	354	43,2	
211	27,60	184	24,0	174	22,2	189	23,6	185	20,9	166	19,2	
198		245	31,9	225	28,8	253	31,6	273	30,8	389	45,0	
248		410	35,9	259	33,1	132	16,5	304	37,2	133	15,0	
3.741		3.500	459,7	3.140	435,9	3.420	451,7	2.666	369,1	7.328	410,4	
8.315		7.613	9,9	7.202	8,79	7.571	9,5	7.222	8,14	3028	8,47	

Fuente: 1963-1973: Estadísticas vitales; 1974 y 1975 SCY. La mortalidad general se da en tasas de 1000 y las específicas en 100.000.

Nota: En la categoría 4 se coloca de 1963 a 1967 el rubro 760-776 que refiere a enfermedades de la primera infancia y en el cual se incluyen las tasas perinatales. Durante los años 1963, 1964, 1966, 1971 y 1973 las avitaminosis y otras enfermedades nutricionales aparecen dentro de las diez primeras causas. Las tasas generales y específicas se transcriben tal como aparecen en las figuras originales.

Cuadro 20. Mortalidad por cinco primeras causas en Yucatán: 1963-1975

	1963	1964	1965	1966	1967	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975
1. Enf. Corazón		2,36%	2,39%	2,31%	1,92%	5,70%	5,34%	7,20%	9,28%	16,80%	12,67%	9,83%
2. Ent. y otras enf. diarreicas	15,60%	13,08%	10,71%	9,94%	10,96%	13,61%	12,18%	13,20%	10,65%	9,90%	9,59%	11,51%
3. Influenza, neumonía, bronquitis, enf. resp. agudas	9,85%	10,11%	10,30%	12,33%	9,65%	14,07%	9,05%	11,01%	12,50%	11,38%	12,29%	9,80%
4. Perinatales						8,17%	8,15%	7,76%	7,37%	6,59%	3,62%	7,57%
5. Tumores	4,36%	4,89%	5,94%	6,08%	5,57%	4,12%	6,01%	6,19 <sup>3</sup> ,4	5,67%	6,27%	6,26%	6,64%

Fuentes: Estadísticas Vitales y scv.

**Cuadro 21. Mortalidad en los E.U.M mexicanos. Porcentaje que representan las muertes por enteritis y otras enfermedades diarreicas, influenza, neumonías, enf. respiratorias agudas, bronquitis.**

Año	%
1971	32,94%
1972	32,13%
1973	31,21%
1974	28,12%
1975	27,60%

Fuente: Estadísticas Vitales.

**Cuadro 22. Mortalidad infantil en los E. U. M mexicanos y Yucatán. Porcentaje que representan las muertes por enteritis y otras enfermedades diarreicas, influenza, neumonías, enf respiratorias agudas, bronquitis.**

	E.U. Mexicanos	Yucatán
1971	56,70%	40,85%
1972	52,82%	40,73 %
1973	55,39%	38,41%
1974	53,61%	38,11%
1975	53,03%	40,79%
1977		42,41%

Fuentes: Estadísticas Vitales y scv.

Recordemos que Yucatán es una de las entidades con mayor número de médicos y de camas de hospitalización por habitante de todo México, pero tengamos presente también que a nivel de la SSA tanto el número de salas para partos como el número de partos realizados es muy bajo, y que aproximadamente el 70% de los partos en la entidad son atendidos por parteras empíricas. En consecuencia, consideramos que gran parte de la alta incidencia de estos cuadros patológicos se debe a las actividades de las parteras empíricas, y especialmente a las condiciones antihigiénicas en que realizan los partos.

Yucatán además está considerada como una de las áreas más tetanígenas de México (CARRADA BRAVO, 1977b) y en particular presenta una alta incidencia de tétanos infantil:

El «tétanus neonatorum» fue comparativamente mucho más prevalente en Tabasco, Sinaloa, San Luis Potosí, Baja California, Veracruz, Colima, Nayarit, Jalisco, Yucatán, Guanajuato, Campeche, Michoacán y Zacatecas, por lo que se sugiere una campaña intensiva de vacunación antitetánica selectiva que cubra a todas las mujeres en edad fértil, conjuntamente con un programa de adiestramiento de las parteras empíricas de esas entidades (CARRADA BRAVO, 1977a: 642).

Esta situación refleja además dos hechos, uno referido a las condiciones socioeconómicas de las personas que se asisten con parteras empíricas, y otro a la relación existente entre éstas y los servicios médicos de salud. Todos los datos indican que la mayor mortalidad perinatal se da básicamente en los estratos socioeconómicos más bajos y en las áreas rurales, en las cuales la atención del parto por parteras empíricas es casi absoluta, pero subrayando que también en las ciudades medianas, por lo menos, los estratos más bajos también dan a luz con las comadronas. En encuestas realizadas en medianas ciudades como TIZIMIN (1976) y TICUL (1977) se halló que, si bien la población en su conjunto prefería el recurso de la partera empírica, eran los estratos socioeconómicos más altos los que utilizaban los servicios de atención biomédicos.

El segundo hecho se refiere a la escasa o ninguna supervisión que ejercen las instituciones biomédicas sobre las parteras empíricas, incluidas las que están dentro del programa de parteras «controladas». De nuestro estudio sobre Ticul y de nuestros sondeos realizados en ocho comunidades de las regiones II y III, así como de un estudio sobre Tizimin (ESCUELA DE SALUD PÚBLICA, 1976) surge que el Sector Salud yucateco y sus centros de salud realizan «controles» mínimos o los mismos son inexistentes.

Las neoplasias constituyen otro de los graves problemas de mortalidad en Yucatán; de los datos comparativos (véase cuadro 23) podemos observar que para el período 1965-1973 la entidad presenta una de las tasas más altas a nivel nacional, ocupando el cuarto lugar con una tasa global de 55,4 por 100.000 frente al 36,6 nacional. Pero, además, vemos que la incidencia de cáncer en Yucatán comprende todos los tipos de neoplasias dominantes en México, estando siempre dentro de las diez primeras entidades con mayor incidencia en cada uno de los tipos predominantes

de estos padecimientos. Las principales neoplasias son el cáncer cérvico-uterino y el cáncer gástrico, siguiéndoles las neoplasias del tejido linfático y órganos hematopoyéticos, y en último lugar las de pulmón, tráquea y bronquios. En Yucatán se ha datado el cáncer dentro de las primeras causas de mortalidad desde la década de 1940, mientras que a nivel nacional esto solo comienza en el decenio siguiente; a partir de esa fecha la tendencia de esta causa fue en ascenso hasta 1960, y luego se ha mantenido con ligeras oscilaciones dentro de los mismos valores hasta la actualidad.

¿A qué podemos atribuir la presencia temprana y con tan alta incidencia comparativa de cáncer en la entidad, tanto a nivel general como de cada tipo de neoplasia en particular? Considero hipotéticamente que las causas principales serían el aumento de la esperanza de vida y el cambio consecuente en la estructura de edades, así como la existencia de un mejor sistema médico de detección de la enfermedad. Ambos factores intervienen, aunque no sabemos si de manera decisiva, en el desarrollo y detección de la enfermedad en Yucatán, pero reconociendo que los datos demográficos avalan la primera interpretación; mientras lo segundo se fundamentaría en el mejor y mayor desarrollo de los recursos médicos en Yucatán a lo largo de todo el lapso analizado, no solo a nivel de atención primaria, sino a través del desarrollo de especialidades.

Cuando en 1974 se inició realmente un programa nacional de detección de cáncer, se seleccionaron 16 ciudades a nivel nacional, una de las cuales fue Mérida, que por otra parte fue una de las cuatro elegidas en 1975 para llevar a cabo una encuesta de incidencia. Al configurarse el programa se establecieron tres escalones de atención médica, y Mérida fue ubicada en el segundo escalón en la zonificación y calificación hospitalaria, dado que contaba con recursos humanos y materiales para realizar actividades quirúrgicas, radioterapia y teleterapia. A nivel nacional solo otras cinco ciudades (Guadalajara, Monterrey, Puebla, Saltillo y Veracruz) estaban en condiciones de integrarse a este escalón; señalando además que el tercer escalón solo estaba integrado por el Distrito Federal. En los últimos años un trabajo realizado con derechohabientes del IMSS antes de que se extendieran ampliamente sus servicios en Yucatán, demostraba que esta entidad, entre 1968 y 1972, se encontraba en sexto o séptimo lugar entre los estados con mayor demanda de consultas por problemas de neoplasias (OLPER, 1975).

**Cuadro 23. Mortalidad por diferentes tipos de cáncer: 1965-1973**

	Tumores en general	Cérvico uterino	Estómago	Traq. / bronco pulm.	Tejido linfal. org. hematopoy.
E.U. Mexicanos	36,6	10,9	4,9	3,4	3,2
Yucatán	55,4	16,4	7,0	4,4	4,4
Coahuila	59,8	18,2	5,8	6,5	3,7
Colima	65,9	25,5	15,9	5,8	4,0
Sonora	56,7	13,1	8,8	8,2	
Chihuahua	54,4			6,5	4,6

Fuente: de la Loza y Lima 1976. Tasas por 100.000.

Respecto a los factores específicos causales, solo pueden plantearse algunos supuestos referidos al tipo de dieta basada en carbohidratos y algunos elementos irritantes en el caso del cáncer gástrico; para los otros tumores, hallamos más bien elementos negativos sobre su posible incidencia, que hacen todavía más difícil su explicación local. La baja contaminación del aire, aun a nivel urbano, así como la notable higiene de los yucatecos, son factores que cuestionan posibles explicaciones más o menos mecánicas. Lo mismo ocurre con condicionantes como el menor desarrollo comparativo de la prostitución, así como con determinadas pautas de actividad sexual, que según algunos trabajos antropológicos serían de «baja frecuencia y moderada importancia».

Respecto de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares, contamos con muy escasa información; al igual que las neoplasias mantiene tasas elevadas durante el período 1940-1960, superando la tasa nacional, lo cual persiste durante la década siguiente hasta pasar a constituir una de las tres primeras causas de muerte durante el decenio de 1970. Poco podemos decir para Yucatán de las diferentes entidades nosológicas que constituyen esta causa, reconociendo que estos padecimientos han constituido con frecuencia un «cajón de sastre» para la certificación de la mortalidad. Pero aparte de este factor distorsionante, hay dos hechos referibles potencialmente a la incidencia temprana de estas enfermedades en Yucatán, y que han sido poco estudiados. Uno tiene que ver con la notable incidencia de esta causa en menores de cuatro años, lo cual puede atribuirse por una parte a factores congénitos y por otra a enfermedades que, como la parotiditis, tienen una alta incidencia en Yucatán, y respecto a la cual los estudios seroepidemiológicos han demostrado que la población infantil

yucateca tiene bajo nivel de anticuerpos. Y así, una investigación realizada a nivel nacional demostró que en Yucatán solo el 5 % de los niños menores de cinco años tienen anticuerpos contra la parotiditis (RUIZ GÓMEZ Y SILVA ACOSTA, 1978: 35-39).

El otro hecho refiere a la presencia/ausencia de la enfermedad de Chagas en el conjunto de muertes notificadas. Las investigaciones realizadas en Yucatán señalaron que el análisis de los triatomas ha dado un 18,5 % de positividad, y que del total de los mismos el 90 % fue capturado intradomiciliariamente. Como se sabe, las condiciones del medio ecológico global y sobre todo las condiciones materiales de la vivienda yucateca constituyen medios altamente idóneos para el mantenimiento y desarrollo del vector. En un estudio realizado por Zavala Velázquez se dice que

El alto porcentaje de casos positivos demostrado en el grupo de personas con manifestaciones clínicas compatibles, no solo demuestra la presencia de la enfermedad en Yucatán, sino también el hecho importante de que cuando en clínicas y laboratorios se piensa en esta entidad (enfermedad de Chagas) los casos se hacen más comunes (ZAVALA VELÁZQUEZ, 1971: 141-142).

No obstante, estas evidencias, llama la atención que solo se hayan establecido seis casos de Chagas en Yucatán, lo cual puede deberse a diversas causas, pero hay una que para nosotros resulta pertinente. Nos referimos a la mala diagnosis de la enfermedad por médicos que no están familiarizados con este padecimiento ni saben diagnosticarlo. Es importante señalar al respecto, y no como simple anécdota, que el último caso detectado en Yucatán había sido certificado previamente como paludismo. Toda práctica biomédica supone la existencia de modelos conscientes / inconscientes que «abren» y «cierran» al mismo tiempo la percepción profesional, es decir, la posibilidad de identificar y codificar la realidad a través de un diagnóstico. La enfermedad de Chagas no solo aparece negada por las estadísticas, sino que previamente aparece negada en México por la propia formación profesional del médico. ¿Cómo un médico, y no digamos un pasante que va a trabajar al medio rural yucateco, va a poder discriminar una enfermedad que no solo no sabe diagnosticar, sino respecto a la cual con frecuencia ignora su etiología, sus síntomas y su terapéutica? (ver ZAVALA VELÁZQUEZ *et alii*, 1974: 202-206).

Resumiendo lo descrito hasta ahora, observarnos que siguen siendo las enfermedades infecciosas y parasitarias las dominantes durante todo este último período, pero junto a ellas aparecen también con altas tasas

las enfermedades perinatales, las cardiovasculares y las neoplasias, persistiendo el problema nutricional que sigue funcionando como precipitado de varias de las primeras causas de mortalidad. Más aún para varios especialistas, la desnutrición es el principal problema de salud no solo para Yucatán sino para México.

#### LA PERSISTENCIA DE LA CUESTIÓN NUTRICIONAL

Ya describimos los procesos que incidieron en la expansión y retracción de las superficies sembradas de maíz, y su relación con los periodos de bonanza y de crisis económicas que afectaron los niveles de vida de las clases subalternas. Lo cual sigue vigente a principios de la década de 1970, ya que según información del gobierno nacional (PRIMERA CONVENCION NACIONAL DE SALUD, 1973), en dicho año en Yucatán el 84,6 % de las familias en las poblaciones de 2.500 y más habitantes no cubre el gasto mínimo real y teórico; mientras en las localidades de menos de 2.500 habitantes no cubre dicho gasto mínimo el 100 % de las familias. En un estudio intensivo, realizado en 24 familias ejidatarias del sur de la entidad, se encontró que la producción de maíz es de 2.750 Kg. anuales por familia, mientras que el consumo es de 3.285 Kg, lo cual implica un déficit de 535 kilogramos por familia (CIDER, 1979). Más aún, según investigadores del Instituto Nacional de Nutrición, una dieta adecuada para la zona a precios de 1970 costaría 177,12 pesos por semana, pero hallaron que el gasto real semanal de la dieta alimenticia llegaba en el área a 99 pesos, lo cual significa, dados los ingresos declarados, que el 55 % de la población ni siquiera puede acceder a una dieta cuyos valores económicos son la mitad de los estimados como necesarios.

Recordemos que respecto de las enfermedades infectocontagiosas los factores nutricionales tienen particulares consecuencias negativas, lo cual es asumido actualmente por el Sector Salud que considera que las altas tasas de mortalidad perinatal, infantil y preescolar constituyen indicadores de la situación de desnutrición en Yucatán. Varios estudios del Instituto Nacional de la Nutrición realizados en Yucatán a lo largo de dos décadas, han señalado reiteradamente el bajo nivel de vida de las comunidades rurales estudiadas y su impacto en la desnutrición tanto a nivel de Yucatán como a nivel nacional. Son estos estudios los que consideran que la desnutrición es el principal problema nacional de salud, y así Bourges señala que



en el medio rural mexicano dos de cada tres niños padecen desnutrición, y que las zonas más afectadas son el sur y el sureste de México. Mientras una investigación que compara el consumo de nutrientes en diferentes áreas, llega a la conclusión de que la población del sureste tiene el más alto déficit en calorías (consume 1911), en proteínas totales (consume 48,4) y en proteínas animales (5,2) del país. Señalando que es la región en la que el grupo etáreo preescolar tiene el menor consumo proteico-calórico, y donde el 90 % de la población está desnutrida en diferente grado (PÉREZ HIDALGO *et alii*, 1970:367).

Todos los registros de dieta, desde los realizados a través de técnicas idóneas como los que llevó a cabo el Instituto Nacional de la Nutrición, hasta los deficitarios datos del Censo, pasando por la información antropológica cualitativa, así como por la proporcionada por el propio personal de salud que trabaja en Yucatán (nutricionistas, promotoras de salud, auxiliares de salud), coinciden en señalar la existencia de una dieta empobrecida y monótona, que llega en determinadas épocas del año a la carencia casi total de alimentos. En 1971 se realizó en Sudzal un estudio de hábitos alimenticios y de dieta, y se compararon los resultados con los de la investigación realizada en 1959, concluyendo que «Comparando los hábitos alimenticios de la población de hace once años con los actuales no se observa ninguna diferencia; el principal alimento que se consume sigue siendo el maíz, luego los frijoles negros y los frijoles ibes» (MORCILLO, 1971: 36-37). De 1959 a 1971 se observa que el consumo per cápita de maíz subió un 7 %, y el de huevo en un 89 %, que bajó el consumo de azúcar en un 21 % y el de carne en un 42 %. Este estudio, que supuso el control observacional de la alimentación cotidiana y el peso de los alimentos consumidos por familias seleccionadas a partir de una muestra representativa, encontró que el valor nutritivo y proteico de los alimentos tenía el mismo déficit que en 1959.

En base a registros realizados en ocho pequeñas comunidades en forma directa y a la información obtenida de otras 63 comunidades a través del personal de salud que las atiende, pudimos documentar en octubre de 1978 que, salvo en el caso de una comunidad de la región III, en todas las demás comunidades distribuidas en la región I, y sobre todo en las II y III, se consumía una dieta basada en maíz y frijol en mínimas cantidades, dada la mala cosecha de ese año. En todas las comunidades se dio un proceso similar: la sucesión de malas cosechas obligó a los campesinos a vender gran parte del maíz cosechado, por lo que se quedaron sin reservas,

y después tuvieron que comprar el maíz en cantidades mínimas debido a la carencia de recursos y a su elevado costo. Esta situación, como hemos visto, ha sido una constante en Yucatán.

Y la estructura de la dieta también ha permanecido constante, y en la cual el maíz constituye el mayor porcentaje de alimento, que algunos estiman entre el 85 y 90 % del total. Como vimos, todos los autores, por lo menos desde que tenemos información, han coincidido con mayor o menor precisión en enumerar una estructura similar de dieta. Y así, comparando los tipos de dieta descriptos por Askinasy para mediados de la década de 1930, con tipos similares actuales (ver apéndice X, XI y XII) se desprende que prácticamente no ha habido modificaciones en la estructura alimenticia básica; ésta sigue siendo poco diversificada, basada en el maíz, y de baja cantidad y calidad de nutrientes. Pero existe una diferencia que limita actualmente más que antes la obtención de alimentos, y me refiero a la incidencia de los precios de los productos que son parte del consumo básico y que no proceden de la producción familiar, ya que el precio del azúcar, de las velas o de la electricidad, del jabón, del café o del chocolate implican actualmente un gasto mucho mayor que en el período analizado por Askinasy<sup>35</sup>.

Los indicadores directos e indirectos presentados hasta ahora, señalan la grave incidencia de la desnutrición en Yucatán, lo cual es reforzado por datos de mortalidad asociados directa y/o potencialmente a desnutrición, como son los referidos a avitaminosis y otras formas de desnutrición, así como a anemia. Si bien somos conscientes de que esta última entidad nosológica no refiere solo a problemas nutricionales, debe reconocerse también que, en función del tipo de deficiencias nutricionales dominantes en México, y por los datos de algunos estudios parciales, las anemias pueden ser atribuidas en gran medida a carencias alimenticias. Así BALÁN y CHÁVEZ sostienen que

Diversos estudios llevados a cabo en México y en varios países sugieren que la anemia que afecta a amplios grupos de población, se debe principalmente a deficiencias en hierro. Como causas de esta falta se pueden mencionar tres

35 Cuando ya se habían construido estos cuadros, pudimos consultar un trabajo similar de comparación realizado por Betancourt a partir de los datos de Askinasy para la década de 1930 y de datos organizados por el autor para principios del decenio de 1950. Sus conclusiones señalan una estructura similar de la dieta, y enfatizan el deterioro de la capacidad adquisitiva de la población.

factores principales: *a)* Ingestión inadecuada de hierro, sea en cantidad o en calidad; *b)* Trastornos en su absorción y utilización, causados por la mala nutrición o las «enfermedades»; *c)* Pérdidas anormales de hierro, sobre todo por sangrados crónicos (1966: 225).

Tanto la metabolización de los alimentos como la parasitosis y la patología ginecológica intervienen en la pérdida del hierro, y recordemos que estos factores operan en la situación yucateca junto con los procesos desnutricionales.

Estos autores realizaron un análisis comparativo de varias comunidades en diversos estados y llegaron a las siguientes conclusiones respecto a la localidad yucateca estudiada: los niños en edad preescolar tienen las tasas más altas de anemia general y de anemia severa; también los que están entre 5 y 14 años tienen las tasas más altas de anemia general, y las tasas de anemia general para mujeres y hombres están también entre las más altas. En consecuencia, el problema anémico es serio en preescolares y mujeres en la edad reproductiva: «En los primeros, seguramente son factores condicionantes el crecimiento, la mala nutrición, las parasitosis y las enfermedades infecciosas, mientras que en los segundos intervienen los embarazos, partos repetidos y los trastornos ginecológicos obstétricos» (BALÁN y CHÁVEZ, 1966:232). Por supuesto que esta información, al igual que la mayoría de los datos que venimos analizando, nos conduce no a un padecimiento, sino a un complejo de causas cuya incidencia aparece determinada por las condiciones socioeconómicas e ideológico/culturales dominantes.

Ahora bien, agrupando las entidades estatales en función de las tasas de mortalidad por anemia, así como por avitaminosis y otras causas nutricionales, observamos que en 1974 Yucatán forma parte de los estados con mayores tasas de mortalidad respecto de estos padecimientos. Analizando cada una de estas dos causas por grupos etáreos, vemos que las avitaminosis y otras formas de desnutrición aparecen con significación diferencial en los grupos infantil, preescolar, de 5 a 14 años y de 75 y más años. Si analizamos las anemias, advertimos que tienen su mayor incidencia en los grupos de preescolares, de 5 a 14 años, de 15 a 25 y de 25 a 44 años. En ambos padecimientos se observa una tendencia al decremento de las tasas de mortalidad, que es más pronunciado en el caso de las avitaminosis. Tomando el conjunto de los grupos, vemos que es en el preescolar y en el de 5 a 14 años donde hallamos la mayor incidencia de ambas enfermedades; y que, además —sobre todo en el grupo de preescolares— es

más legítimo asociarlas con desnutrición. Un último aspecto a considerar, es que la incidencia de estas enfermedades en el grupo de 15 a 44 años, posiblemente deba asociarse con desnutrición y su fuerte impacto en la mortalidad materna.

Si ahora analizamos la mortalidad a través de los grupos etéreos que tendrían una exposición mayor al riesgo desnutricional, y nos referimos al infantil y al preescolar, vemos que en la serie histórica analizada (1960/1975) y con los datos de que disponemos, la mortalidad infantil y la mortalidad preescolar han sido casi siempre más baja que la nacional. Además, tanto a nivel nacional como yucateco se ha ido generando un decremento de la mortalidad en ambos grupos etéreos. Y si bien en el caso de la mortalidad infantil el decremento durante el período 1972-1975 puede atribuirse a manipulaciones demográficas (actualización de nacimientos), en el caso de la mortalidad preescolar no puede aplicarse dicha explicación.

De todas maneras, los datos sobre la mortalidad infantil y la preescolar por sí solos, no nos dan cuenta de la grave situación desnutricional yucateca, a menos que los relacionemos con otros procesos como, por ejemplo, la mortalidad por enfermedades que se dan en dichos grupos. El conocido trabajo de Puffer y Serrano demostró que la desnutrición está asociada con un 40% a 70% de las defunciones de niños menores de cinco años, y que en el caso particular de la mortalidad por diarreas la asociación es del 60.8%. Si analizarnos los datos de mortalidad por causa de 1971 a 1977 vemos que las muertes por gastroenteritis y otras enfermedades diarreicas, neumonías, influencias, enfermedades respiratorias agudas y bronquitis representan aproximadamente el 40% de las muertes infantiles en Yucatán. A su vez, el análisis de la mortalidad preescolar por causas en 1973, 1974 y 1977 da valores aún más altos y además en ascenso ya que corresponden al 50,57%, 54,6% y 55,21% respectivamente, observando que en los últimos años es el grupo preescolar el que presenta las tasas más altas de mortalidad por gastroenteritis y otras diarreas. Es importante consignar que la institución del Sector Salud que detecta y codifica mejor los padecimientos, y me refiero al IMSS, presenta datos de mortalidad infantil y preescolar similares a los de la SSA (véanse cuadros 20, 22, 31, 32, 33 y apéndices XV y XVI). Esta información indica con claridad la grave incidencia de estas enfermedades respecto a una población en la que todos los autores que la han estudiado en términos económico/políticos o médicos, han detectado graves problemas de desnutrición.

M. Behar ha enfatizado las relaciones entre las diarreas y las condiciones alimentarias, quien considera que

Los procesos diarreicos constituyen uno de los problemas de salud más graves de la mayoría de los países de América Latina, sobre todo por lo que atañe a los niños de corta edad. Esos procesos guardan una correspondencia mutua con la alimentación y la nutrición en la medida en que las diarreas son un poderoso factor precipitante y agravante de la desnutrición y que a su vez las prácticas alimentarias y el estado nutricional intervienen en la patogenia de los procesos diarreicos (BEHAR, 1975: 334).

Lo cual corrobora lo que casi veinte años antes había propuesto Bustamante para Yucatán:

La península y en particular el estado de Yucatán son una zona de avitaminosis agravada por insuficiencia del consumo de proteínas, y la falta de otros alimentos que proporcionan las vitaminas necesarias para el crecimiento. En la península se añaden para hacer frecuente el síndrome policarencial infantil (los siguientes factores): a) diarreas originadas por microbios o protozoarios; b) diarreas secundarias debidas a infecciones de las vías respiratorias, infecciones urinarias y otras; c) parasitismo intestinal; d) otros procesos infecciosos como el sarampión, el paludismo, e) trastornos digestivos durante el destete y periodo subsiguiente (BUSTAMANTE, 1959: 351).

Ahora bien, Behar como gran parte de los autores que tratan actualmente este problema, subraya la importancia nutritiva y defensiva de la leche materna, que la convierte en un factor determinante de las condiciones de salud del recién nacido. El destete precoz, sobre todo en poblaciones de bajo nivel socioeconómico, reduce las defensas del infante y lo expone aún más a las condiciones insalubres del medio, en especial a las diarreas; ya que se ha observado que el aumento de diarreas acompaña al destete. En un estudio de cuatro comunidades rurales guatemaltecas se pudo observar que la incidencia de las diarreas

Es relativamente baja en los primeros seis meses de vida, lapso en que los niños son alimentados casi por entero al seno materno; luego aumenta de manera considerable en el período de seis meses a dos años de vida, período del destete, y desciende con rapidez después de esa edad (BEHAR, 1975: 337).

Estas consideraciones necesitamos relacionarlas con estudios sociológicos y antropológicos desarrollados entre las décadas de 1930 y 1970 que dan información sobre el lapso de amamantamiento en diversas comunidades yucatecas. De acuerdo con la encuesta realizada por Askinasy

en 1935 se amamanta a los niños durante 12, 18 y aun 24 meses, y toda una serie de estudios antropológicos para la década de 1930 indican que la lactancia es por lo menos hasta los 12 meses, aun cuando Redfield calcula un período de lactancia de dos años o más, señalando que en general el amamantamiento continúa hasta la siguiente preñez, y que el destete es gradual. A su vez Bonfil, a finales de los 50 observa que en la comunidad de Sudzal «El recién nacido toma leche materna durante un período que varía entre 8 meses y dos años» (BONFIL, 1962: 67). Mientras que Rivera informa sobre lapsos de amantamiento aún más altos para principios de los 70, ya que en la comunidad de Xoy encuentra que

Se lacta al niño por espacio de dos a tres años. A los seis meses se le empieza a alimentar con maíz cuando aparece el primer diente. No es raro que una mujer amamante a un niño de dos años a la vez que a su hermano recién nacido. Si una mujer muere dejando un niño de pecho, o si la madre se ve en la imposibilidad de amamantarlo el niño es confiado a una nodriza o alimentado durante algunas semanas con leche de cabra (RIVERA, 1976: 112).

Y datos similares encontramos en Ticul donde el amamantamiento se extiende entre los 12 y los 18 meses, llegando con cierta frecuencia a los dos años. La alimentación con leche materna es casi exclusiva hasta los seis o siete meses, cuando se le agrega frijol pisado con tortillas. Estos datos indicarían, tal vez, que la función protectora de la leche materna incidiría en la existencia en Yucatán de más bajas tasas de mortalidad infantil y preescolar que a nivel nacional, pese al impacto negativo de las enfermedades diarreicas.

Ahora bien, toda una serie de estudios realizados en Yucatán por investigadores del Instituto Nacional de la Nutrición han cuestionado la importancia del amamantamiento en el desarrollo infantil, ya que sostienen que el volumen de leche producido por la madre y consumido por el niño es mucho menor de lo que se suponía, sobre todo luego del sexto mes de vida. Según estos autores

La (cantidad de) leche desciende en un momento en el cual el niño debe recibir cada vez más, por lo que se crea una verdadera situación de «stress» fisiológico y que epidemiológicamente podría señalarse como el origen de los problemas nutricionales del niño en crecimiento en la mayor parte de la población del mundo. A este respecto se podría decir que la investigación cumplió el objetivo propuesto; la «desnutrición del destete» y quizás más importante todavía, los problemas de desarrollo físico, mental y social del niño de zonas pobres seguramente se originan en el fenómeno encontrado en el descenso de la producción láctea después del pico (MARTÍNEZ, CHÁVEZ y BOURGES s/d: 33-34)

Y agregan,

En realidad la llamada desnutrición del destete seguramente no es más que la consecuencia final de todos los defectos de una lactancia exclusiva por un período largo. En el grupo de niños no suplementados se demostró la relación entre el descenso de la lactancia con el retardo de crecimiento ya conocido por los pediatras, que aparece al cuarto mes. Esta disminución de la leche después del pico máximo es el comienzo de la desnutrición. Sin embargo, al principio el niño puede adaptarse al menor consumo, por lo que no es obvia la desnutrición y solo se hace manifiesta después de los ocho meses y francamente abierta en el destete (MARTÍNEZ, CHÁVEZ Y BOURGES s/d: 44)<sup>36</sup>.

Ahora bien, las conclusiones a que llegan estos estudios biomédicos y antropológicos, junto con las consecuencias de los procesos económico/políticos en las condiciones de alimentación de los sectores sociales subalternos yucatecos, posibilitan explicar los procesos de s/e/a-p que estamos analizando, aunque necesitamos incluir toda una serie de aspectos negativos que tienen que ver con las pautas de alimentación de la población yucateca. Y así observamos que la madre no debe alimentar al niño durante la primera semana después del nacimiento; y aunque esta norma está tendiendo a desaparecer, por lo menos en comunidades de las que tenemos información, sigue siendo vigente y es reforzada por las recomendaciones de la partera empírica. Otro de los datos más importantes a consignar, es que la mayor cantidad de alimento la consumen los adultos, y sobre todo los adultos varones, y que después del destete, los niños se caracterizan por la escasa cantidad de alimentos que ingieren.

Pero, además, necesitamos incluir información sobre la preparación de alimentos, ya que la misma puede incidir negativamente en las condiciones nutricionales de los yucatecos. Condiciones que son ajenas en cierta medida a las condiciones económicas del campesinado peninsular, pero que también contribuye a explicar las tendencias en las tasas de mortalidad. Y decimos ajenas en cierta medida, porque si la capacidad adquisitiva permitiera el consumo de otro tipo de alimentos, las pautas negativas a las que hacemos referencia no tendrían la incidencia negati-

36 No nos parece que la función protectora de la leche sea cuestionada por las investigaciones desarrolladas por el Instituto Nacional de la Nutrición, sino que lo que proponen es la necesidad de una alimentación complementaria. Estas conclusiones son consecuencia de una serie de investigaciones realizadas desde 1964 y que incluyen una comunidad yucateca (Sudzal).

va que la mayoría de los autores reconocen. Nos estamos refiriendo a la forma yucateca de preparar el maíz, que reduce notablemente la calidad nutricia del alimento, recordando que este grano constituye el 85% de la alimentación, por lo menos de los estratos más bajos de la población. Este modo de preparación está documentado en numerosas comunidades, y pudimos observarlo en Ticul, y el mismo afecta al conjunto de la población a partir de los dos tres años de edad, ya que la leche materna es el principal alimento de los niños pequeños, seguido por la papilla de frijol con tortilla de maíz, y atoles.

Pero no solo intervienen en la desnutrición y sus consecuencias en la mortalidad infantil, las pautas alimenticias tradicionales, sino también las explicaciones que los sectores subalternos yucatecos dan de algunos aspectos de las características y causas de sus padecimientos. Y así, por ejemplo, ellos consideran que la frecuencia de la mortalidad infantil y preescolar, así como la permanente incidencia de padecimientos en la infancia se debe en gran medida a la «debilidad natural» de los niños, y ha conducido a la producción y uso de mecanismos culturales e ideológicos de «curación», protección y prevención.

En consecuencia, la «debilidad» del niño ha sido relacionada con gran parte de las enfermedades que los niños sufren, y especialmente con una de las más frecuentes enfermedades «tradicionales»; ya que la población yucateca relaciona el mal de ojo con la exposición al riesgo del niño, y entre las cuales está la exposición al hambre del ojeador. Si bien los antropólogos latinoamericanos han señalado la existencia de la noción de «debilidad» del niño y su asociación con su exposición a influencias peligrosas como malos vientos, aires, personas alcoholizadas, sedientas e inclusive hambrientas, así como a mujeres embarazadas de las cuales hay que protegerlos, sin embargo han analizado estos procesos en términos exclusivamente simbólicos, y sin relacionarlos y menos analizarlos en términos de las condiciones de hambre endémica y de las altas tasas de mortalidad infantil dominantes en las comunidades en las comunidades que estudian, incluidas las yucatecas.

Nuevamente observamos en el pensamiento antropológico el dominio de los «reinos imaginarios» desarticulados de las condiciones económico/políticas, epidemiológicas pero también ideológico/culturales que están operando en las comunidades que están estudiando, de tal manera que se complacen en analizar el mal de ojo en términos de envidia o no envidia incluidas referencias a ojeadores hambrientos, pero sin que se les



ocurra, sino excepcionalmente, relacionarlo con el hambre pensado en términos de desnutrición y de carencia de alimentos. Más aún, no se les ocurre relacionar los meses en los cuales hay mayor incidencia de mal de ojo —y de varias enfermedades alopáticas— con los lapsos del año en que empeorarn las condiciones alimenticias, que para Ticul son de junio a septiembre

En la producción antropológica sobre Yucatán, hay un texto que cobra para nosotros singular importancia tanto para el análisis del mal de ojo en sí, como para la relación con el hambre. Según M. Elendorf, mientras acompañaba a un grupo de mujeres yucatecas a recoger hierbas medicinales, obtuvo de sus informantes una versión del mal de ojo que no coincidía con lo señalado para otras áreas mexicanas:

«Esto es para el mal de ojo», dijo. Yo pensé que sería para lavarse los ojos, pero Ana y Luz se echaron a reír ante la idea absurda de ponerse esa medicina en los ojos. «No, en esa agua se baña al niño», dijo. Ana explicó: «si llega uno de visita y tiene hambre y mira a un niño, el niño enferma, le da diarrea». ¡Ah! «Mal de ojo» dije yo, «Ya sé». «Cuando llegué tenía miedo de que mis ojos azules fueran a enfermar a alguien». Las dos se echaron a reír, ya que aquí las creencias sobre el mal de ojo son bastante distintas de las que yo conocía en otras partes de México «No el color, señora, es el hambre lo que enferma al niño, y con esta hierba se alivia». Cuando discutí estas cosas con una enfermera de Xochempich, me dijo que muchos de estos padecimientos se deben a deficiencias vitamínicas (ELENDORE, 1973: 28- 29).

A su vez otra antropóloga señala «Para no ser víctima del mal de ojo se aconseja a la mujer encinta alejarse de los ebrios y los hambrientos» (RIVERA, 1976:110). Información que también hemos recogido para Ticul. Además, todos los autores que han trabajado el tema en Yucatán señalaron la asociación del mal de ojo con diarreas, deshidratación e infecciones intestinales y estomacales. Más adelante trataremos de analizar el significado de «lo diferente» en referencia al mal de ojo, pero ahora solo queremos subrayar la estrecha relación que la propia población establece entre uno de los padecimientos tradicionales más frecuentes y la situación de hambre.

En varios momentos de nuestra descripción de la estructura y tendencias de la mortalidad en Yucatán, y recién lo hicimos respecto del mal de ojo, hemos señalado que algunas de las enfermedades analizadas se caracterizan por su variación estacionaria que aparece registrada tanto en las estadísticas de salud como en la vida cotidiana y el saber de la pobla-

ción yucateca. Ya Ramos Galván había señalado esa variación estacional para todo un conjunto de causas de mortalidad infantil, y había registrado esta variación estadísticamente entre 1927 y 1936. Según sus datos, las tasas promedio de mortalidad durante dichos años y para cada uno de los meses fueron las siguientes: enero 49 casos, febrero 45, marzo 52, abril 60, mayo 63, junio 88, julio 178, agosto 210, septiembre 149, octubre 136, noviembre 70 y diciembre 57. De esta serie surge que las muertes se concentran en los meses de junio a octubre, con pico en el mes de agosto. Aunque el número de casos no sea el mismo, en cuanto a su significación como tasa, esta variación estacional se ha mantenido hasta la actualidad.

Más aún, tanto el personal de salud como la población en general reconocen que existen determinados meses en los cuales se produce mayor cantidad de diarreas, de mal de ojo y de otros padecimientos; en el caso de Ticul la población lo refiere de manera específica a los meses que van de mayo a julio. Esta tendencia ha sido interpretada casi exclusivamente en relación con los cambios climáticos que afectarían sobre todo al desarrollo de determinados padecimientos. Y sin negar dicha interpretación, considero que también existen otros factores que están incidiendo, y me refiero a las condiciones económico/ocupacionales a las que nos hemos referido varias veces, y que tienen que ver con el agotamiento de las reservas de alimentos del campesinado, y con su falta de recursos económicos del mismo. En el caso de Ticul durante este lapso también se reduce notablemente el trabajo artesanal/fabril, sobre todo de los zapateros, y por lo tanto se reducen sus ingresos, y su capacidad de compra de alimentos.

#### LAS PRINCIPALES ENFERMEDADES

La morbilidad es considerada el indicador menos confiable, pese a lo cual lo utilizaremos, pero dándole una función complementaria y referida básicamente al período que va de 1971 a 1978. Desde esta perspectiva observamos que las principales y más frecuentes causas de morbilidad tienen que ver con las condiciones económicas, sociales e ideológico/culturales que condicionan la mayor frecuencia y gravedad cantidad de padecimientos. Son las gastroenteritis, las enfermedades respiratorias agudas, la disentería, junto con la tiña, la sarna y la parotiditis, las enfermedades registradas con más frecuencia. Si bien la información procesada por la SSA es, por lo menos hasta 1972, tan baja que no permite más que establecer

un panorama aproximado de la morbilidad, los datos de esta institución, aunados con los datos desagregados del Hospital O'Horan y del IMSS, tienden a indicar que son los mismos padecimientos que generan mortalidad los que dominan la morbilidad de la entidad.

Señalemos además que el análisis comparativo de los datos desagregados del IMSS y de la SSA permiten observar una alta similaridad en el tipo y envergadura de los padecimientos, lo que no ocurre para otras entidades nacionales en las cuales opera el IMSS. Esta similaridad es producto de las condiciones socioeconómicas de la mayoría de los derechohabientes del IMSS, que en gran parte son ejidatarios henequeneros y población abierta, que pertenece mayoritariamente al estrato IV. Además de los padecimientos señalados, las autoridades locales del Sector Salud nos informaron sobre dos problemas que no figuran en los datos estadísticos o que aparecen sumamente subregistrados, y nos referimos a enfermedades venéreas y a farmacodependencia, que estarían en franco aumento en Yucatán.

De la serie estadística 1970-1978 (véase cuadro 24) surge que desde 1973 se incrementa notablemente la datación de todas las causas de morbilidad ya existentes, e inclusive aparecen entidades nosológicas antes no documentadas. Dicho incremento evidencia la muy escasa cobertura existente hasta entonces, ya que por, ejemplo, las gastroenteritis pasan de 935 casos de morbilidad en 1972 a 44.363 en 1973, y las enfermedades respiratorias agudas pasan de 531 casos a 74.885; mientras los casos de disentería pasan de 72 a 11.986. Este impresionante incremento se debe sobre todo a la expansión del IMSS y a una mejor datación de los Servicios Coordinados yucatecos, y da la pauta de las malas condiciones de vida de una población donde los padecimientos son parte normalizada de sus vidas. Pero además evidencian el uso intensivo de los servicios biomédicos por la población rural y urbana yucateca, cuando los mismos existen y la población tiene acceso a los mismos.

**Cuadro 24. Principales causas de morbilidad por enfermedades transmisibles, Yucatán: 1970-1978.**

	1970	1971	1972	1973
Enf. agudas del aparato respiratorio	192 (25,3)	16 (2,0)	531 (65,4)	74.885 (887,2)
Gastroenteritis	231 (30,4)	5.201 (664,2)	935 (11,5)	44.363 (5.256)
Parasitosis				
Bronquitis				5.468 (647)
Amibiasis			10.155 (1.252)	
Micosis				
Sarna				2.453 (290,6)
Paratoditis			532 (65,5)	1.036 (122,7)
Sarampión	2.554 (297,3)	1.923 (245,5)	2.581 (318,2)	862 (102,1)
Salmonelosis		90 (11,4)	14 (1,7)	485 (57,1)
Varicela	1.003 (132,2)	1.198 (153,0)	519 (63,9)	932 (110,4)
Tricomoniiasis				
Tuberculosis		124 (15,8)	132 (16,2)	718 (85,0)
Blenorragia	107 (14,1)	141 (18,0)	101 (12,4)	276 (32,7)
Rubeola	134 (17,6)	80 (10,2)	57 (7,0)	80 (9,4)
Neumonía	1.379 (181,9)	1.426 (182,1)	564 (69,5)	2.612 (322)
Disentería			72 (8,8)	11.986 (1.420)
Hepatitis	10 (1,3)	4 (0,5)	47 (5,7)	293 (34,7)
Tos ferina	1.683 (222)	1.387 (177,1)	1.745 (21,5)	1.573 (186,3)
Tiña	122 (15,8)	166 (21,2)	48 (5,9)	761 (90,1)
Monoliasis				
Todas las demás	583 (77,1)	371 (60,1)	295 (36,3)	1.123 (133,0)
Total	8.004	12.127	18.328	149.906

Fuente: SCY. Tasas por 100.000 habitantes.

1974	1975	1976	1977	1978
141.794 (16,076)	112.391 (12,137)	68.269 (7.038)	160.464 (17,228)	154.265 (16.173,6)
60.660 (6.877)	53.535 (5.781)	46.696 (4.814)	70.096 (7.526)	67.914 (7.120,3)
			55.929 (6.004,9)	65.318 (6.848,1)
12.683 (1.437)	11.044 (119,2)	156.618 (16,146)	22.701 (2.437,3)	25.288 (2.651,3)
			19.064 (2.046,8)	17.313 (1.815,1)
			5.908 (634,3)	
2.986 (338,5)	3.589 (387)	4.753 (900)	4.753 (510,3)	3.544 (371,6)
886 (104,9)	819 (88)	2.399 (247,3)	1.663 (178,6)	963 (101,0)
144 (16,3)	85 (9)	535 (55)	1.287 (138,2)	
786 (89,1)	861 (92)	738 (76)	911 (97,8)	946 (99,2)
1.048 (118,8)	1.069 (115)	1.155 (119)	800 (85,9)	1.343 (140,8)
	835 (90,1)	622 (64)	661 (71,0)	985 (103,3)
451 (51,1)	532 (57)	1.090 (112,3)	530 (56,9)	732 (97,7)
400 (45,3)	593 (64)	411 (42)	343 (36,8)	299 (31,4)
935 (106,0)	1.041 (112)	343 (35)	343 (36,8)	392 (41,1)
1.563 (177,2)	956 (103)	1.388 (143)	2.008 (215,6)	2.137 (224,1)
15.292 (1733)	18.534 (200)	13.913 (1434)	293 (31,5)	
209 (22,5)	209 (22,5)	239 (24)	219 (23,5)	301 (31,6)
293 (31)	293 (31)	54 (5)	206 (22,1)	200 (21,0)
1.928 (20,8)	1.928 (208)	2.505 (258)		5.548 (581,7)
1.081 (117,0)	1.081 (117,0)	1.088 (112,1)		1.548 (162,3)
1.755 (189,5)	1.755 (189,5)	1.088 (112,1)	1.637 (175,9)	4.118 (428,5)
244.894	211.150	303.904	344.766	353.154

Un hecho a considerar es que la morbilidad opera dentro de un desarrollo decreciente de la mortalidad que, si bien ya no tiene el decremento de las décadas de 1940 y 1950, sigue descendiendo a nivel general y de la mayoría de las enfermedades. Ahora bien, la reducción de la mortalidad en general y de las principales enfermedades en particular, que siguen siendo las infectocontagiosas, se debe en gran medida durante este periodo a la expansión de los servicios biomédicos de salud incluidas sus acciones preventivas, así como al incremento del uso de determinados medicamentos, y a la aplicación de medidas preventivas.

En Yucatán es enorme y variado el número y tipo de locales privados que venden medicamentos (farmacias, tiendas, abarrotes, vendedores ambulantes) así como de instituciones y personal de salud que manejan, dan o venden medicamentos como son los hospitales y centros de salud del Sector Salud, pero también organismos que tienen que ver con la población indígena como el Instituto Nacional Indigenista. Más aún, una parte de los curadores tradicionales, y especialmente las parteras empíricas y los auxiliares del plan de extensión de cobertura, utilizan una serie de medicamentos básicos; sin olvidar a los médicos privados, quienes pueden llegar a vender también medicamentos en forma directa o a través de sus farmacias, como lo hemos observado en Ticul.

Esta enorme oferta opera a nivel de todo Yucatán, incluidos los pueblos y regiones más «marginales» y en los cuales no hay presencia permanente de personal biomédico, pero donde hay acceso a los medicamentos más recetados/utilizados para los padecimientos más frecuentes, y que la población utiliza a través de la automedicación. Automedicación a la que consideramos en términos hipotéticos como positiva, lo que es reconocido por una parte de los médicos, aunque no por las instituciones médicas. Y sin negar las posibles consecuencias negativas que puede tener la automedicación, considero que la misma ha contribuido a la reducción de la mortalidad por enfermedades infectocontagiosas, especialmente las enfermedades agudas del aparato respiratorio, ya que interrumpe un proceso que sobre todo en niños solía tener consecuencias letales.

Por lo cual considero que, sobre todo desde la década de los 50, la expansión del sector salud, y especialmente de la automedicación han contribuido a la disminución de la mortalidad, considerando que el efecto del saneamiento ambiental ha operado solo en determinadas regiones y para padecimientos específicos como el paludismo, y ello por razones básicamente económicas. Este padecimiento ha sido controlado casi defi-

nitivamente en las décadas de 1960 y 1970, siendo erradicado como causa de mortalidad y no informándose morbilidad por lo menos hasta 1977 (CERVANTES, 1978: 613-645).

**Cuadro 25. Morbilidad por padecimientos transmisibles en derechohabientes del IMSS, Yucatán: 1973 y 1978.**

Causas	1973		1978	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas
Enteritis y otras enf. Diarreicas	35.775	10.620	42.992	10.670
Enf. Respiratorias agudas	35.709	10.600	109.531	27.220
Disenteria bac: amibiasis	18.191	5.700	12.147	3.020
Nemiltiasis	12.069	3.500	17.350	4.340
Neumonías	2.479	740	936	230
Sarna	1.480	590	3.299	820
Tiñas	1.036	340	2.515	620
Parotiditis	1.148	345	2.018	300
Tos ferina	983	290		
Fiebre tifoidea, paratifoidea	811	240		
Moniliasis			984	240
Giardiasis			936	230

Fuente: Jefatura Delegacional de Medicina Preventiva. Tasas por 100.000.

Un último punto a considerar en este apartado es el que se refiere a la mortalidad y morbilidad producidas por causas laborales, señalando que a nivel del estado hemos conseguido poca información, y que solo para Ticul contamos con datos que evidencian las condiciones negativas de los procesos laborales para la salud de los trabajadores ceramistas y zapateros. De las entrevistas realizadas con personal médico y paramédico de las instituciones de salud en Yucatán se desprende que en la mayoría de los casos no hay una orientación ideológica/científica ni una preparación técnica que aparezca orientada hacia la detección médica de las enfermedades laborales. Además, cuando se las reconoce aparecen referidas exclusivamente a los trabajadores de los sectores secundarios y terciarios como obreros o maestros, y se la niega para el campesinado, sobre todo el de subsistencia. Por otra parte, cuando se reconocen profesionalmente las enfermedades ocupacionales son referidas exclusivamente a accidentes, lo que se expresan en las estadísticas del IMSS tanto para Yucatán como

para la nación mexicana (véase cuadro 26). Subrayando que no solo los estudiosos de la medicina tradicional, sino los antropólogos especializados en cuestiones económico/ocupacionales aparecen interesados en las enfermedades ocupacionales de los campesinos y artesanos mayas.

**Cuadro 26. Accidentes y enfermedades informados por el IMSS para México y Yucatán: 1971-1976.**

	Totales		Accidentes		Enfermedad	
	México	Yucatán	México	Yucatán	México	Yucatán
1971	268.0667	3.971	279.804	3.970	863	1
1972	300.295	4.331	299.295	4.551	1.000	
1973	296.837	4.254	295.905	4.254	932	-
1974	352.679	5.204	351.807	5.201	872	3
1975	362.164	5.094	361.134	5.091	1.010	3
1976	403.084	6.338	401.303	6.337	1.781	1

Fuente: Secretaría de Programación y Presupuesto. 1979.

*Mortalidad por edades: 1970-1977*

Ya hemos hecho referencia a la mortalidad por edades en Yucatán al hablar de las principales causas, y sobre todo al hablar de desnutrición; pero si la tratamos específicamente podemos adherir con algunas diferencias a las conclusiones planteadas para México:

Por lo que se refiere a la edad, ha prevalecido en México para cualquier época y a diferentes niveles el patrón universal de la mortalidad; elevadas tasas de mortalidad en el primer año de vida que descienden hasta llegar a valores mínimos entre los 10 y 14 años; a partir de esas edades las tasas vuelven a incrementarse de manera lenta en su principio y a mayor ritmo después con forme la edad aumenta (COLEGIO DE MÉXICO, 1970: 29).

Si observamos en particular la década de 1970 vemos que la actual estructura de la mortalidad por edades corresponde a una población en la cual las tasas de mortalidad infantil y preescolar siguen siendo altas; que el grupo de 5 a 14 años es donde se hallan las tasas más bajas, y que el ascenso significativo de las muertes se presenta a partir de los 65 años, grupo en el cual hay cifras notablemente elevadas, ya que el total de muertes en personas de más de 65 años constituye el 37,8 % de las defunciones totales.



Comparando el descenso de las tasas de mortalidad por edades entre 1940-1969 y entre 1970-1975/1977 hallamos que durante el primer período los descensos más notables se producen en los grupos preescolar y de 15-19 años, con 83 % y 85 % respectivamente; en el grupo escolar con 69 % y en el infantil con 54 %. La reducción en los grupos de 20 años y más aparece en términos comparativos con baja significación (4,5 % 20-59 años y 7 % para 60 y más años). De 1971 a 1975/1977 la reducción más notable fue para el grupo escolar (alrededor del 40 %), y para los grupos de adultos mayores (45 y más años), y dentro de éstos en los de edad más avanzada (65 y más), con un descenso de alrededor del 18 %. Luego los decrementos más significativos se dieron en los grupos de 15-24 años e infantil.

¿Qué significación damos a estos decrementos diferenciales? Durante el primer período observamos que es en el extremo inicial de la vida en el que se dan comparativamente los descensos más notables y será básicamente en las edades más avanzadas, y en los sujetos en edad productiva donde los descensos sean menos acusados, lo cual señala un bajo impacto de la atención médica sobre todo para las enfermedades crónico/degenerativas que caracterizan comparativamente a estos grupos en Yucatán, junto con el problema desnutricional. A su vez, durante el segundo período vemos que el mayor descenso diferencial se da a favor de las «edades avanzadas» lo cual indicaría una posible mejoría en la detección y atención médica. Si estudiamos para un solo año (1973) la estructura de la mortalidad por causas según grupos etáreos, observamos que son las enfermedades del corazón, cirrosis hepática, tumores las que dominan en el cuadro general de la mortalidad en las edades avanzadas. A su vez es en estos grupos etáreos, junto con el infantil, donde son dominantes las enfermedades respiratorias agudas y las diarreas. La reducción de la mortalidad en estos grupos, pese al avance comparativo de algunas enfermedades crónicas, nos lleva a suponer que la mejoría en la cobertura médica pudo tener incidencia en dicho abatimiento. Un último dato a considerar es el que nos indica que durante todo el período es el grupo etáreo «productivo» el que menos evidencia descensos en su mortalidad.

Del conjunto de las enfermedades dominantes o que tuvieron incidencia durante una parte del período 1970-1978, consideramos que solo nos faltaría analizar en particular ciertas causas que tienen estrecha relación con grupos etáreos determinados, como son la cirrosis hepática, el sarampión y la tos ferina. Como sabemos, la cirrosis hepática está ligada directamente al alcoholismo e indirectamente a la desnutrición, y durante

la década de 1970 constituirá una de las diez primeras causas de mortalidad. Dentro de la estructura de edades, la cirrosis comienza a tener incidencia en el grupo de 15 a 44 años, aumentando en los siguientes grupos etáreos, y actualmente constituye una causa importante de internación psiquiátrica<sup>37</sup>. Todos los autores que han tratado directa o indirectamente la problemática de salud en Yucatán, han hecho referencia al alcoholismo, y al respecto debe recordarse que una de las industrias más antiguas y de mayor desarrollo comparativo local es la de las bebidas alcohólicas y las de «moderación» (cervezas). Según datos oficiales, para 1976 existirían en Yucatán 1675 expendios de diferentes tipos de bebidas alcohólicas; pero según estimaciones «impresionistas» de algunos informantes, solo en el área henequenera habría habido en la década de 1960 alrededor de cinco mil cantinas.

Ahora bien, estudios de diferente índole, han señalado que el alcoholismo y el gran consumo de bebidas alcohólicas caracterizan todo el período analizado, y ha sido reiteradamente denunciado como un grave problema social. Así los Congresos obreros, tanto el de Motul como el de Izamal, mencionan el alcoholismo como uno de los principales problemas que afectan la salud y la economía a los trabajadores. Tanto el sector obrero como el sector patronal privado y el estado han señalado de manera recurrente al alcoholismo como un factor negativo<sup>38</sup>.

37 Un dato que, hasta cierto punto, evidencia la envergadura del problema, es el obtenido del Hospital Psiquiátrico Ayala, ya que desde 1942 hasta 1978 el alcoholismo aparece como la «enfermedad» y causa de mortalidad dominante en los varones internados.

38 Durante el porfiriato, pero sobre todo desde el gobierno de Alvarado, el estado yucateco planteó recurrentemente acciones antialcohólicas. Así en 1918 se propuso al gobierno nacional una política de restricción de ventas; en las décadas de 1910, 1920 y 1940 aparecen disposiciones gubernamentales tendientes a prohibir la apertura de nuevos expendios de bebidas alcohólicas y/o limitar el horario y días de venta. En el decenio de 1960 se continúa esta acción aun cuando dicha política antialcohólica «signifique la no percepción de las contribuciones cobradas por tales permisos» (citado por GONZÁLEZ NAVARRO, 1974).

Cuadro 27. Estructura de la mortalidad por grupos de edad y enfermedades, 1973.

Enfermedades	Grupos de edad													
	-1 Año		1 a 4 años		5 a 14 años		15 a 44 años		45 a 64 años		65 años y más			
	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%		
Enf. Del corazón	1.214	79	6,5	28	2,3	15	1,2	133	11,0	271	22,3	688	56,7	
Semildad	728											728	100	
Enteritis y otras enf. Diarreas	715	149	20,8	127	17,7	32	4,5	42	5,9	110	15,4	255	37,7	
Neumonías	586	242	41,3	87	14,8	24	4,1	30	3,1	48	8,2	155	26,5	
Cáncer	453	3	0,7	3	0,6	5	1,1	62	13,7	167	36,9	213	47,0	
Accidentes	273	9	3,3	12	4,4	22	8,0	134	49,1	48	17,6	48	17,6	
Cirrosis Hepática	185					1	0,5	24	13,0	73	39,5	87	47,0	
Inf. Respiratorias agudas	184	93	50,5	33	17,9	6	3,3	11	6,0	9	4,9	32	17,4	
Bronquitis, efisema y asma	162	43	26,5	30	18,5	7	4,3	12	7,4	15	9,3	55	34,0	
Anemias	151	41	27,1	15	9,9	6	4,0	17	11,3	18	11,9	54	35,8	
Todas las demás	2.571	1.231	47,9	207	8,0	89	3,5	326	12,7	301	11,7	417	16,2	
Total	7.222	1.890	26,2	542	7,5	207	2,9	791	10,9	1.060	14,7	2.732	37,8	

Fuente: SCY.

La posibilidad de erradicar este problema entra en contradicción no solo con los hábitos de la población sino también con los procesos de acumulación económica de determinados sectores productivos y no productivos, incluido el estado. No solo son los grandes industriales productores de bebidas alcohólicas los interesados en mantener el alto consumo de alcohol, sino también otros grupos de poder y no poder yucatecos. Recordemos que las municipalidades y el gobierno obtienen directa o indirectamente, por concepto de impuestos tanto a la producción como a la comercialización de las bebidas alcohólicas, una parte importante de sus ingresos. En el cuadro 28 puede observarse que el rubro alcohol constituye uno de los principales renglones de ingreso a nivel de impuesto federal; más aún, en el período 1976/1978 representa el ingreso por impuestos que más aumentó porcentualmente, ya que mientras el total de ingresos por impuestos creció en un 19% de 1977 a 1978, el incremento de los ingresos por impuesto a las bebidas alcohólicas fue de 85,72%. Las escasas referencias sistemáticas, las apreciaciones y observaciones del personal de salud, de científicos sociales y de la población, indican un incremento del consumo de alcohol en todas las áreas yucatecas, pero sin que haya dado lugar a estudios específicos.

Según KUMATE, CAÑEDO y PEDROTTA «Datos aproximados sobre las causas de cirrosis en México revelan que cerca del 85% de los casos tienen un fondo de alcoholismo y desnutrición» (1977: 265), y de acuerdo con los mismos autores Yucatán figura entre los estados con altas tasas de cirrosis hepática. Con esta enfermedad volvemos a relacionarnos con el problema nutricional en edades en las que se potencian tanto la cantidad y calidad como la preparación de los alimentos. Un estudio realizado por la UNAM en tres pueblos del área de Peto (RIVERA 1976) señala que en esas comunidades se ha producido un aumento del consumo de alcohol, que va en detrimento del consumo de alimentos (véase cuadro 29). A su vez, los datos para Ticul indican una constante apertura de expendios de bebidas alcohólicas, así como la posibilidad de obtener este tipo de bebidas prácticamente a cualquier hora del día y de la noche, estando legitimado su consumo en todo tipo de eventos incluidos ceremonias y rituales religiosos.

El sarampión se ha caracterizado por sus altas tasas de mortalidad a nivel nacional y de Yucatán hasta la década de 1950, a partir de la cual se produce un descenso, aunque en Yucatán se mantienen siempre valores más altos que en el resto del país. Así en la serie histórica de 1963 a 1972 vemos que la tasa nacional de mortalidad es de 18,9 por 100.000, mientras

que en Yucatán es de 22,4 por 100.000. Pero, además, en ambos contextos las mayores tasas de mortalidad se dan en el medio rural. Dada la persistencia de este problema se lanzó en 1973 un programa nacional de vacunación que logró que en 1974 las tasas se redujeran a 4,1 por 100.000 en México y a 5,0 por 100.000 en Yucatán. Lo cual evidencia el fuerte impacto de los programas biomédicos en la reducción de, por lo menos, ciertos tipos de mortalidades.

Este notable descenso se advierte en todas las edades, pero en el caso del grupo de preescolares observamos que luego de un período de descenso no solo cesa el decremento, sino que vuelve a presentarse una tendencia ascendente. Pero, además el sarampión se mantendrá durante todo el período entre las diez primeras causas de mortalidades, lo cual está indicando un déficit en las coberturas de vacunación antisarampionosa, que se pone de manifiesto en algunas investigaciones específicas de tipo seroepidemiológico. Una investigación realizada a nivel nacional en 1974, y en la cual se trató de detectar la presencia de anticuerpos inhibidores de la hemoaglutinación contra el virus del sarampión en vacunados y no vacunados, encontró que de las personas no vacunadas a nivel nacional un 83.46 % tenía anticuerpos y que Yucatán resultó el área de menor positividad con solo un 77,95 %. Así como también encontró que mientras el 82,49 % de los niños no vacunados tenían anticuerpos a nivel nacional, en Yucatán solo 70,65 % los tenían. Por último, halló que, de los niños vacunados, Yucatán tenía los valores más bajos, con un 70,75 % de positividad (RUIZ GÓMEZ Y BUSTAMANTE, 1978: 19-27).

**Cuadro 28. Ingresos estatales por impuestos y otros rubros en Yucatán.**

	1976	1977	1978	1977/1978
<b>I. Ingresos por impuestos</b>				
1. Henequén	70.441.247.32	68.428.313.69	64.461.694.70	-5,82
2. Ingresos mercantiles	110.699.861.23	149.294.653.42	187.933.797.44	25,28
3. Predial	33.222.091.42	43.610.497.43	52.794.206.51	20,95
4. Alcoholes	3.888.829.50	5.849.773.48	10.864.539.50	85,72
5. Diversos	38.863.421.96	58.050.909.80	71.322.624.79	22,86
Subtotal	224.115.415.43	325.280.147.82	387.332.862.94	19,09
<b>II Ingresos por otros derechos</b>				
6. Derechos	19.082.568.86	24.986.010.28	55.024.461.73	120,22
7. Productos	4.181.975.60	4.668.396.45	6.254.704.14	33,98
8. Participación federal	220.301.997.04	362.205.432.38	427.821.798.42	18,4
9. Aprovechamientos federales	6.505.426.32	7.756.929.50	10.845.675.17	39,82
10. Otros ingresos	10.288.369.32	13.351.965.31	12.809.232.32	-4,00
Subtotal				
Totales	524.475.768.51	738.256.881.70	900.088.737.74	21,00

Fuente: Tesorería del Estado de Yucatán. 1978. El % 77/78 supone el incremento o decremento ocurrido en dicho periodo. Los datos corresponden exactamente a la información proporcionada por la fuente.

**Cuadro 29. Productos consumidos en tres comunidades de Peto.**

	1950	1960	1965
Maíz	188 kg	-	166 kg
Frijol	31 kg	27 kg	23,8 kg
Cerveza	12,8 litros	30,7 litros	43,3 litros

Fuente: Rivera 1976.

**Cuadro 30. Mortalidad y morbilidad por sarampión: 1963-1974.**

	Mortalidad				Morbilidad			
	México		Yucatán		México		Yucatán	
	Causas	Tasas	Causas	Tasas	Causas	Tasas	Causas	Tasas
1963-1972	8.479	18,9	162	22,4	49.863	110,7	2.760	380,9
1973	2.609	4,8	71	8,7				
1974					2.325	4,1	42	5,0

Fuente: Vilchis Villaseñor 1975 Tasas x100.000.

Este tipo de datos se potencian con la información epidemiológica que indica que, si bien en 1973 Yucatán tiene un coeficiente de mortalidad por enfermedades infecciosas y parasitarias más bajo que el nacional, muestra sin embargo tasas de mortalidad más altas que las nacionales en casi todas las enfermedades prevenibles por vacunación, es decir difteria, tétanos, tos ferina y sarampión. Si relacionamos estos datos con material epidemiológico del IMSS, se observa que al igual que en la población abierta, los derechohabientes de Yucatán tienen tasas más altas que las nacionales para tétanos, tos ferina y tuberculosis, aunque más bajas para sarampión, poliomielitis y difteria. Lo cual estaría señalando que los porcentajes más altos de morbilidad y mortalidad por estas últimas enfermedades transmisibles se están dando básicamente en la población abierta de las áreas más desprotegidas, que son las regiones II y III (VERDUZCO *et alii*, 1975: 31-49).

Junto con el sarampión, la tos ferina se ha mantenido hasta la actualidad como una causa frecuente de mortalidad y morbilidad en los grupos infantil y preescolar. Nuevamente debemos relacionar esta notable incidencia no solo con los factores ya referidos, sino también con las características de un medio socioeconómico que condiciona la letalidad de estos padecimientos: «En todo el mundo, la mayor parte de las defunciones que habrían podido prevenirse se deben al efecto combinado de la mal nutrición y las infecciones en los primeros años de vida. Como es difícil definir la mal nutrición, generalmente se registra menos como causa de defunción que las infecciones cuyos síntomas y etiología son más notables «La tos ferina y el sarampión son especialmente peligrosos para los lactantes mal nutridos, que deben ser vacunados a una edad muy temprana» (OMS, INFORME TÉCNICO 428, 1969: 8-9)<sup>39</sup>.

39 Respecto a la tos ferina debe señalarse no obstante que su descenso ha sido notable y que una parte del mismo, a nivel nacional y de Yucatán, se dio independientemente de las acciones de inmunización. Según P. D. MARTÍNEZ, «No hay duda que esta afortunada tendencia se debe a variaciones epidemiológicas naturales del padecimiento, a la relativa mejor nutrición de la niñez y en parte a la atención médica de los sectores sociales que la reciben» (1970:38). Como sabemos, los estudios actuales dudan cada vez más de la influencia de las variaciones epidemiológicas «naturales» (McKEOWN, 1976).

Cuadro 31. Mortalidad infantil: principales causas. Yucatán, 1971-1977

	1971		1972		1973		1974		1975		1977	
	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa
1. Mortalidad perinatal	350	15,9	559	14,8	470	11,8	366	8,9	358	8,7	350	8,7
2. Gastroenteritis	333	9,4	325	8,6	350	8,8	338	8,2	438	10,7	342	8,5
3. Neumonías	244	7,0	288	7,6	242	6,2	298	7,2	269	6,6	314	7,8
4. Sarampión	25	0,7	58	1,5	20	0,5	2	0,04	2			
5. Enfermedades del corazón	9	0,3	35	0,9	79	1,9	98	2,3	64	1,5	132	3,3
6. Malform. congénitas	57	1,6	58	1,5	71	1,7	122	2,9	88	2,1	94	2,3
7. Enf. respirar. agudas	74	2,1	164	4,4	93	2,3	68	1,6	42	1,0	86	2,1
8. Bronquitis, enfisema	37	1,0	25	0,6	43	1,1	69	1,6	60	1,4	58	1,4
9. Avitaminosis	78	0,8	22	0,6	31	0,7	28	0,6	77	1,9	70	1,7
10. Anemias	12	0,3	30	0,8	41	1,0	103	2,5	19	0,5	60	1,5
11. Meningitis	18	0,5	25	0,6	31	0,8	25	0,6	31	0,8	54	1,3
12. Tos ferina	29	0,8	36	0,9	42	1,0	44	1,0	20	0,5		
13. Todas las demás	218	6,0	343	51,9	377	9,5	374	9,0	515	12,6	272	6,8
Total	16.84	48,26	1968	47,4	1.890	47,9	1.935	48,1	1.983	48,3	1.832	44,05

Fuente: SCY. Tasa x 1000 NVR. Las Estadísticas Vitales de la SSA 1971-1974, dan para los mismos años tasas diferentes: 44,9 (1971), 47,2 (1972), 48,84 (1973), 47,5 (1974).



**Cuadro 32. Mortalidad en el grupo preescolar en los E. U. Mexicanos y Yucatán, 1930, 1959, 1966-1975.**

Años	E.U. Mexicanos (Tasas)	Yucatán (Tasas)
1930	55,6	90,5
1959	19,3	17,2
1966	10,9	8,5
1967	9,9	7,7
1968	10,8	7,5
1969	9,8	10,2
1970	10,6	8,7
1971	8,6	6,9
1972	9,0	7,9
1973	6,3	5,4
1974	4,8	4,7
1975	4,2	4,7

Fuente: Estadísticas Vitales, 1963-1965; scy; Programación y Presu puesto, 1979. Tasas por 1.000 hab.

Durante nuestra descripción de la mortalidad y la morbilidad hemos hecho referencia permanente a los grupos infantil y preescolar; respecto al primero, señalamos que aun cuando las tasas de mortalidad por gastroenteritis y enfermedades infecciosas del aparato respiratorio se abaten respecto de la década anterior, dichos padecimientos siguen siendo, junto con la mortalidad perinatal, las principales causas de muerte. En 1973 estos tres padecimientos constituyen el 63,38 % de las causas de mortalidad, y en 1977 el 60,97 %. De las tres, las enfermedades del aparato respiratorio muestran una tendencia estacionaria, e incluso a elevarse, mientras que las otras tienden a disminuir. Las tres causas, no obstante, siguen estableciendo la persistencia de las condiciones negativas socioeconómicas, nutricionales y socio ambientales ya analizadas.

Respecto al segundo grupo etéreo, las causas dominantes son las gastroenteritis y las enfermedades respiratorias agudas, que en 1973 constituyen el 51,10 % de las causas de muerte y en 1977 el 55,21 %, y junto con estas mantienen altas tasas de mortalidad las avitaminosis y el sarampión,

lo que indica, como ya se analizó, tanto una deficiente cobertura inmunológica como, sobre todo, un déficit en las condiciones nutricionales<sup>40</sup>.

Un último grupo corresponde a mortalidad materna, y si bien la serie histórica 1970-1974 (cuadro 34) evidencia un notable incremento de la misma, considero que el mismo no tiene que ver con nuevas condiciones negativas sociales o del sector salud, sino con una mejor datación generada por la expansión de los servicios médicos, y especialmente del IMSS. Esta mayor datación de la mortalidad materna se incrementó a partir de la aplicación del programa de planificación familiar desde mediados de la década de 1970.

**Cuadro 33. Mortalidad preescolar: principales causas.  
Yucatán, 1973-1974-1977.**

	1973		1974		1977	
	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa
Neumonía	87	8,4	98	9,2	94	9,1
Gastroenteritis	127	12,3	115	10,7	92	9,0
Avitaminosis	19	1,8	12	1,1	60	6,1
Sarampión	41	4,0	4	0,4	50	4,8
Inf. respiratorias agudas	33	3,2	14	1,3	44	4,2
Enf. del corazón	24	2,3	25	2,3	24	2,3
Bronquitis, efisema	30	2,9	52	<,9	24	2,3
Meningitis			12	1,1	22	2,2
Accidentes			11	1,0	16	1,7
Enf. mal definidas	35	3,4			10	1,1
Tos ferina	16	1,5	23	2,2		
Tifoidea, paratifoidea	26	2,5	13	1,2		
Todas las demás	104	10,0	121	9,9	24	2,3
Total	542	52,3	500	46,94	460	42,5

40 La mortalidad en preescolares yucatecos, al igual que la correspondiente a México, está muy por encima de dicha mortalidad etárea en los países de mayor desarrollo; mientras que la mortalidad infantil es cuatro veces mayor, la mortalidad preescolar es alrededor de diez veces más alta. Este fenómeno, según P. D. MARTÍNEZ (1970) constituye el hecho más penoso de la salud pública mexicana, y debe ser referido a las condiciones nutricionales y al bajo nivel de vida, así como en segundo lugar a las limitaciones de las acciones de salud.

**Cuadro 34. Mortalidad materna en Yucatán 1970-1974.**

Años	Defunciones	Tasas*	Tasas**
1970	15	0.7	1,5
1971	33	1.4	1,5
1972	43	0.9	1,6
1973	49	1.1	1,2
1974	47	1.2	1,1

*Las condiciones de saneamiento y salubridad*

Los demógrafos, los médicos especialistas en salud pública y los ingenieros sanitarios han atribuido una influencia decisiva en la «composición de los daños a la salud», así como en las tendencias ascendentes o descendientes de los mismos, a las condiciones de aprovisionamiento de agua, a la potabilidad de la misma, y a los sistemas de eliminación de excretas. A principios del siglo xx en Yucatán, la forma de abastecimiento de agua era a través de pozos y aljibes, y si bien en el caso de Mérida se utilizaban estos medios, también había instalaciones más complejas que consistían en pequeños depósitos de 2.000, 4.000 o 7.500 litros. En 1906 se instaló en Mérida el primer depósito de agua potable con una capacidad de 1.500.000 litros, y este sistema, que abastecía solo a una parte de la ciudad (12 manzanas}, fue ampliado en 1913. Esta situación permaneció estable hasta la década de 1940, cuando se extendió el servicio, llegándose en 1946 a completar 15 mil metros de tubería.

Según el censo de 1950 existían en Yucatán 11.984 viviendas que tenían conexión con cañería de agua; 88.754 viviendas que extraían el agua de pozo; 2.295 que la obtenían de aljibes y depósitos y 8.150 que la procuraban por otros medios. Es decir que el 89,21% de las viviendas no recibían el agua por conducto entubado sino por otros medios en los cuales no existía ningún control sobre el tratamiento del agua. Según el censo de 1960 había 19.319 viviendas con 106.522 ocupantes que tenían servicio de agua entubada, de las cuales 3.057, con 17.250 ocupantes, tenían las conexiones fuera de la vivienda. A su vez había 98.158 viviendas con 507.527 ocupantes en las que el agua se obtenía de pozos, aljibes o por otros medios. Es decir que las personas que no utilizan agua entubada constituían el 82,65 % del total, y las viviendas que carecían de ese servicio eran el 83,55 %.

Hasta fines de la década de 1950 solo Mérida contaba con agua entubada; pero durante el decenio siguiente el servicio se amplió a otras once comunidades, y también se extendió la red en Mérida. Las comunidades dotadas de sistema de agua entubada fueron Chelen, Chixuluh, Espita, Iamal, Tizimin, Maxcanú, Halacho, Motul, Ticul, Valladolid y Progreso, subrayando que, salvo tres localidades, todas las demás están localizadas en la región norte.

Según el censo de 1970, de las 12.642 viviendas censadas, 54.080, con 315.478 ocupantes, tienen agua entubada; 5.471 viviendas, 32.649 ocupantes, utilizan llave pública o hidrante, y 75.562, con 442.877 ocupantes, carecen de estos servicios. El porcentaje de personas sin servicio de agua entubada es entonces de 61,59 %, mientras que las viviendas sin agua entubada constituyen el 58,28 % del total. Según los datos actualizados a 1978 la cifra de ocupantes beneficiados con sistemas de agua entubada se eleva a 432.877 gracias a 70.542 tomas domiciliarias. Además, existen otros sistemas de abastecimiento de agua potable que elevarían el número de tomas domiciliarias a 72.224. Por lo cual observamos una constante expansión de este servicio, ya que las viviendas que cuentan con el pasan del 17 % en 1960 al 38 % en 1970.

Respecto a la calidad del agua consumida en Mérida, el Departamento de Salubridad Pública de México hizo en 1934 un análisis del agua entubada, de pozos y aljibes y llegó a la conclusión de que era agua potable de mediana calidad. Análisis posteriores demostraron la falta de potabilidad del agua de pozo, ya que las capas freáticas están contaminadas debido al sistema de eliminación de excretas y al drenaje de otras aguas usadas, lo cual si bien se da especialmente en Mérida también ocurre en otras localidades de la entidad. El problema de la contaminación del agua está planteado para Mérida desde principios del siglo xx, y las autoridades sanitarias señalan de manera recurrente este problema, que según algunos autores comienza a acentuarse desde 1920. En 1944 decía RAMOS GALVÁN:

Mérida puede considerarse como la población en mejores condiciones higiénicas del sureste y, sin embargo, en ella el problema del agua potable es uno de los más graves. En muchas casas de esa ciudad y en la totalidad de las chozas del interior de la península no hay azoteas y los habitantes se ven obligados a consumir el agua de pozo, cuya contaminación es segura, o a comprar el agua de lluvia de muy dudosa limpieza. Con frecuencia se observa que la temperatura ambiente y las precipitaciones pluviales, combinadas con las especiales condiciones sanitarias de las localidades desencadenan toda una serie de padecimientos que constituyen la patología dominante y una causa de mortalidad perfectamente controlable por una campaña de salubridad (1944: 18).

Los análisis indican que el agua consumida en Mérida tiene más de mil bacterias por centímetro cúbico y más de cien colibacilos por centímetro cúbico, lo cual se debe a que las aguas subterráneas están contaminadas por aguas usadas y excretas. En esta ciudad, a mediados de la década de 1940, había 12 185 pozos sumideros, y se calcula que el 50% de la población defecaba en los patios de las casas. Todas estas excretas iban a parar a las aguas que luego serían consumidas, lo que llevó en 1958 a BUSTAMANTE a escribir lo siguiente: «La situación no ha cambiado; al contrario, la contaminación aumentará al crecer la población; habrá mayor número de casos de enfermedades de origen hídrico y el problema será más agudo» (1959:350). Con excepción del caso de Mérida, no existe un real control químico ni bacteriológico del agua entubada en Yucatán; inclusive en las ciudades de Valladolid, Ticul y Tizimin la potabilización, cuando existe, se reduce a acciones de cloración. Más aún, estudios realizados en 1976 en la ciudad de Valladolid confirmaron que no existía ningún control bacteriológico ni químico del agua que consumían los habitantes de dicha ciudad.<sup>41</sup>

Respecto a los sistemas de drenaje y en particular a la eliminación de excretas, debe subrayarse que, en Yucatán, incluida Mérida, no existe red de alcantarillado, y que el drenaje se realiza por medio de pozos de absorción que descargan en los mantos freáticos superficiales, o mediante fosas sépticas. La ciudad de Mérida es la única localidad donde para una colonia se construyó una red de alcantarillado que descarga en pozos profundos de hasta 250 metros que llegan a los mantos salinos. Por lo cual, si bien ha aumentado el porcentaje de personas con estos servicios, el desarrollo es de poca significación.

Según el censo de 1960 solo había en Yucatán 20.732 viviendas que tenían drenaje, con un total de 119.450 personas, y 96.743 viviendas con 494.599 ocupantes que carecían del servicio. Esto significa que el 80,54% de las personas no tenía sistema de drenaje, ni siquiera el que se da en las condiciones que operan en Yucatán. En 1970 el número de viviendas que

41 Y este proceso se incrementa en algunas áreas, ya que según informes del PIDER, el agua, en la mayoría de las áreas ejidales de los nuevos ejidos ganaderos del sur de la entidad, se obtiene de pozos artesianos, ya que carecen de almacenamientos para agua potable. El agua que usan está frecuentemente contaminada. moderar el fecalismo directo sobre el suelo, la SAHOP (Subsecretaría de Asentamientos Humanos y Obras Públicas) inició un programa de construcción de letrinas que fue rechazado por las comunidades en las cuales se quiso implementar.

contaba con drenaje se había elevado a 38,477 (con 219.894 habitantes) y no lo tenían 91.165 viviendas con 538.461 ocupantes, es decir, el 74,88 % de los habitantes.

Prácticamente la totalidad de las fosas sépticas están localizadas en la ciudad de Mérida, donde se calcula que el 40% de la población cuenta con este servicio; mientras que, para todo Yucatán, se estima que un 15% de las viviendas tienen fosa séptica. El sistema de «eliminación de excretas» que se utiliza con más frecuencia en todo Yucatán, incluida la mayoría de las localidades urbanas, es la defecación directa sobre el suelo. Considero importante señalar que para eliminar o Tanto las medidas para asegurar el aprovisionamiento de agua «potable» como los sistemas de eliminación de excretas están concentrados en la región norte (I), y básicamente en el área urbana. Si observamos en particular la distribución de las fuentes de agua «potable» a nivel regional, se percibe con claridad la asimétrica distribución de las mismas, ya que el 58,93 % del aprovisionamiento de agua entubada se concentra en la región I, el 16,96 % en la región II, y el 29,11 % en la región sur (III) (véase cuadro 35).

Relacionando esta información con los datos de morbilidad y mortalidad antes descritos, surge una fuerte correlación entre las condiciones de saneamiento existentes en Yucatán y las altas tasas de mortalidad generadas por algunas de las principales enfermedades, y especialmente por gastroenteritis. Sin embargo, el notable abatimiento de estos padecimientos, no puede ser atribuido sino en forma muy limitada, a las modificaciones de la infraestructura sanitarias y de salubridad de la entidad. Como ya lo describimos, no ha habido modificaciones significativas en los sistemas de eliminación de excretas; el agua entubada es incorporada luego de haberse generado los descensos más notables en las causas con las cuales se puede relacionar dicho descenso, y finalmente, todo indicaría que el agua no entubada, y que aún consume un alto porcentaje de la población, está cada vez más contaminada.

**Cuadro 36. Regionalización de los sistemas de agua potable en Yucatán, 1977.**

	Regiones						Total	
	I		II		III			
Institución	Sistemas		Sistemas		Sistemas			
	Num	%	Num	%	Num	%	Num	%
Japy	4	50,00	3	37,50	1	12,50	8	100%
Casaprey	51	71,83	12	16,90	8	12,27	71	100%
Sahop	11	33,3	4	12,12	18	54,55	33	100%
Total	66	58,93	19	16,96	27	29,11	112	100%

Fuentes: Japy, Casaprey, Sahop.

Cuestionado el papel del saneamiento, el descenso tampoco puede ser atribuido al mejoramiento de las condiciones de higiene personal, dado que éstas han sido una constante de la población yucateca. Todas las fuentes de información, desde las tempranas observaciones de los colonizadores hasta las investigaciones realizadas por organismos oficiales en la década de 1970, pasando por los trabajos antropológicos desarrollados desde finales de 1920, señalan la extrema pulcritud del campesinado maya en lo que se refiere al cuidado, lavado, higiene de su cuerpo y de su vestimenta. Redfield y Steggerda, en las décadas de 1920 y 1930, señalan lo mismo que Thompson y Press en el decenio de 1950 y 1960, y nosotros en el de 1970:

La limpieza personal es una característica del maya que se baña y cambia de ropa diariamente. No es incluso raro en ellos tomar dos baños al día. El baño no es una inmersión ociosa, sino una perfecta limpieza, frecuentemente ayudada por un polvo hecho de cáscara de huevo finamente molida que ha sido remojada en agua saturada con cenizas de madera (STEGGERDA, 1977 VI: 94)

Y agrega «Tomando en cuenta sus arduas condiciones de vida, resultan excepcionalmente limpios. Las amas de casa están siempre ocupadas en lavar y asear a sus niños» (VI: 130). Y ésta ha sido una percepción constante incluídas las observaciones e investigaciones realizadas por personal de salud, y aun por científicos sociales no preocupados focalmente por esta problemática. Así en la misma época en que los antropólogos culturales norteamericanos señalaban las notables pautas de higiene del campesinado yucateco, un sociólogo asumido como socialista observaba lo mismo. S. ASKINASY comentaba que se bañaban cada día y que «gastaban en la adquisición de jabón un 5 % de su raquíctico salario» (1936:28).

Al respecto, considero que las conclusiones de E. Simpson son sumamente importantes, pues se hacen a partir de una investigación realizada en 1932 a nivel nacional, que comprendió el estudio de 140 comunidades rurales, y que tenía que ver con la carencia de agua en gran parte de dichas comunidades, así como con las consecuencias de dicha carencia. Simpson, pensando en términos comparativos, concluye:

Y, sin embargo, cosa curiosa, algunas de las gentes más limpias que puedan encontrarse en ninguna parte del mundo viven en una región de México en la cual el agua superficial no existe y el agua de cualquier clase es difícil de obtener. Los mayas de la península de Yucatán son como los personajes de Rupert Brooks: «Se bañan por el día y se bañan por la noche» (SIMPSON, 1952: 141).

Los estudios realizados por el Instituto Nacional de la Nutrición han señalado lo mismo a partir de la década de 1950<sup>7</sup>, y esto se manifiesta en una serie de trabajos realizados en comunidades rurales y en las cuales no solo hacen referencia a la higiene personal, sino que «En cuanto a los hábitos higiénicos de las familias es de notarse su preocupación por el aseo de las manos para la preparación y la toma de alimentos» (GALICIA, 1961: 164). Como conclusión de una encuesta nutricional se dice respecto a una localidad: «Es este un pueblo limpio, en el cual, a pesar de sus hábitos de aseo, las infecciones perduran, prosperan y matan debido a la mala alimentación» (INSTITUTO NACIONAL DE LA NUTRICIÓN, 1963: 157; BONFIL, 1962:66). Estas pautas higiénicas se dan tanto en el medio urbano como en el rural; y así estudios antropológicos realizados en ciudades y en poblados de menos de 500 habitantes, han señalado que toda vivienda yucateca tiene un lugar especial para bañarse y que la toma del baño cotidiano aparece como un hecho casi ritual y no consciente. «Los habitantes de Xoy se bañan al terminar la tarde, utilizando una gran tinaja de agua, una jícara para rociarse y una pastilla de jabón» (RIVERA, 1976: 94). Esta pauta y la frecuencia de la misma, ha sido constatada durante todo el período analizado y a lo largo de todo Yucatán, y así, por ejemplo M. ELEN-DORF (1973: 147) corrobora a través de su experiencia lo que han reiterado constantemente antropólogos y médicos que han trabajado en la entidad sobre la limpieza de los yucatecos, «(la cual) siguió asombrándome hasta mi último viaje» (1973: 147).

Es importante volver a subrayar que esta notable higiene de los yucatecos ha sido reconocida desde fechas tempranas por los organismos de salubridad nacional y estatal, ya que un estudio médico que trató de



establecer en 1910 cuáles eran las condiciones de salubridad e higiene a nivel nacional concluyó:

De la propia manera, justo es consignar, a propósito de las enfermedades transmisibles, que hay dos factores en el Estado que contribuyen a que aquéllas no se desarrollen ni propaguen con la facilidad y rapidez que en otras muchas partes; tales factores son por una parte, la falta de hacinamiento en la habitación, en las fábricas y talleres, que es sumamente raro en las condiciones indicadas; y, por la otra, la general, constante, rigurosa y exquisita pulcritud personal del pueblo yucateco, tan visible, tan palpable, que es la maravilla de cuantos foráneos visitan así la capital como cualquiera otra de las poblaciones del interior del Estado. Para el yucateco, rico o pobre, con muy contadas excepciones, el baño y el traje limpio son tan indispensables como el alimento (CONSEJO SUPERIOR DE SALUBRIDAD, 1910: 457-458).<sup>42</sup>

Ahora bien, necesitamos asumir que no solo la higiene sino otros aspectos de la vida cotidiana yucateca evidencian el uso de mecanismos preventivos, más allá de que los vivan como tales, lo cual fue reconocido en la década de 1950 por uno de los principales investigadores y organizadores de la salud pública en México, quien enumeró algunas características de la vida yucateca que contribuían a crear condiciones de menor transmisibilidad y de mayor higiene:

En Yucatán se usa ampliamente la hamaca, que es excelente desde el punto de vista higiénico porque contribuye al descanso en buenas condiciones, reduce los ataques de insectos como pulgas y chinches, separa un poco de los seres humanos ciertos animales domésticos como perros y gatos, reduce la aglomeración, facilita el aseo de los dormitorios (BUSTAMANTE, 1959: 352).<sup>43</sup>

42 Comparando la situación de Yucatán con el resto del país surge un hecho que evidencia las condiciones diferenciales de higiene de los yucatecos, ya que por lo menos en los siglos XVIII y XIX la viruela, el paludismo y el tifo dominan el panorama epidemiológico nacional, encontrando que las epidemias de tifo que asolaron amplias zonas de México no afectaron ni a la península de Yucatán ni a Nayarit. Ambas zonas fueron las que tuvieron la menor incidencia de tifo, lo cual está estrechamente relacionado con las condiciones de higiene personal y hogareña.

43 Lo que encontramos en Ticul confirma la vigencia de estos aspectos de la vida cotidiana yucateca, ya que siguen operando las pautas de higiene señaladas, y no solo las referidas al cuerpo y a la vestimenta, sino incluso a los recipientes con que se come, aunque no ocurre lo mismo con los utensilios de cocina y con los recipientes en que se almacena el agua, los cuales están expuestos a una contaminación constante. Y lo mismo podemos decir respecto del uso de las hamacas, las cuales no solo constituyen la forma normalizada de dormir, descansar y atender el parto, sino que inclusive son parte de la oferta de hoteles y pensiones de muy diferente nivel económico.

Y esta cita del Dr. Bustante evidencia, al igual que los trabajos de Ramos Galván, P. D. Martínez y de otros médicos mexicanos que trabajaron entre los 30 y los 60, la importancia que daban a procesos de la vida cotidiana de los sujetos y grupos rurales y urbanos que estudiaban, detectando los aspectos positivos, negativos e inclusive contradictorios, sin que dominara en ellos la visión científica que opera cada vez en la biomedicina —incluida la epidemiología— y que excluye a priori las costumbres populares como negativas; pero tampoco adhiriendo a las propuestas sobre todo de antropólogos que mitifican los saberes populares, y especialmente de los curadores tradicionales omitiendo sistemáticamente hablar de las consecuencias de, por lo menos, una parte, de sus intervenciones. Considero que estas tendencias ideológicas —cientificistas o anticientíficas—, que inclusive podemos observar en parte de la medicina social de orientación marxista, necesitan trabajar con la vida cotidiana de los sujetos que estudian.

De la descripción y análisis de las tendencias de la mortalidad en Yucatán surge un constante, aunque oscilante y cada vez más medurado decremento de las tasas de mortalidad general y etareas, dentro de condiciones negativas que se han mantenido durante todo el lapso analizado. Y que refieren a los bajos niveles de vida, incluida la desnutrición, que han caracterizado a las clases subalternas yucatecas, y especialmente al campesinado,

Y si bien las malas condiciones de vida han existido y siguen existiendo, y necesitamos seguir denunciándolas y tratando de modificarlas, no cabe duda que sigue descendiendo la mortalidad y sigue incrementándose la esperanza de vida de los yucatecos. Así como no cabe duda que los niños menores de un año se mueren mucho menos que antes, un «antes» según el cual en 1922 la tasa de mortalidad infantil era de 160,59 niños por 1.000 NV, mientras que en 1977 es de 44,00 por 1.000 NV, que, si bien sigue siendo muy alta, no tiene nada que ver con lo que ocurría hace nada más que unos cincuenta y cinco años. Y respecto de esta tendencia, necesitamos generar explicaciones, que en cierta medida hemos ido exponiendo a través de nuestro texto, pero que trataremos profundizar más adelante.

### CAPÍTULO III

#### ESTRUCTURA DE LOS RECURSOS PARA LA «CURACIÓN»

Analizados los procesos de mortalidad y morbilidad dominantes en Yucatán, trataré de describir en este capítulo el desarrollo y estado actual del conjunto de los recursos para la salud que han operado y operan en Yucatán, presentando información y análisis sobre todo tipo de recursos de atención y de prevención de las enfermedades, es decir, los referidos a la práctica biomédica oficial y privada; así como a la denominada medicina «tradicional», y a la autoatención. La información se presentará respecto de dos períodos: 1900/1969 y 1970/-1978; y en el primero trazaré un esquema del desarrollo de los servicios de salud en su conjunto, mientras en el segundo trataré de hacer un análisis que permita tener una visión general, pero también de cada uno los diferentes sectores e instituciones a analizar.

#### *Hospitales, médicos y población: 1900-1960*

La descripción y análisis de este período será muy irregular, dada la escasa información disponible sobre todo para algunos aspectos de la medicina alopática, pero especialmente de la medicina tradicional.<sup>44</sup> No obstante, la trayectoria de los recursos para la salud en Yucatán, nos permite percibir, desde por lo menos finales del siglo XIX, algunas características no solo de dicho estado sino del proceso mexicano en su conjunto, que alcanzan en la entidad una mayor transparencia sobre todo en función del desarrollo comparativo que la medicina «científica» tuvo en ese estado.

Yucatán cuenta, por lo menos desde principios del siglo XIX con instituciones biomédicas que evidencian preocupación pública por la salud, ya que en varias localidades (Mérida, Valladolid, Izamal, Motul, Tekax,

44 Luego de una presentación general para el lapso 1900/1920, describo la expansión biomédica a través de las décadas de 1930, 1940, 1950 y 1960 para evidenciar la continuidad e incremento de dicha expansión. Si bien en este capítulo hago alusión a los curadores tradicionales, y en especial a parteras, los mismos serán analizados en el capítulo IV.

Tizimin, Tihosuco, Beneficios Altos, Bacalar, Campeche) existían Juntas Municipales de Sanidad, lo cual señala no solo una preocupación formal, sino la instalación de una parte de las mismas en áreas donde la mayoría de la población era reconocida/autoreconocida como indígena. A partir de 1850 se intensifica, según un informe del Consejo de Salubridad, este tipo de actividades, y en 1880 se crean Juntas de Sanidad en todo el estado. En 1894 se establece formalmente el Consejo de Salubridad y en 1896 se formula el primer código sanitario yucateco. Según los datos con que contamos, es durante las dos últimas décadas del siglo XIX cuando se reformula una política sanitaria realmente asumida por el estado.

Este proceso se reflejará de manera parcial en la formación de recursos humanos y en la creación de una mínima estructura asistencial que se llevará a cabo durante los años señalados y la primera década del siglo XX. Este desarrollo pudo, en parte, impulsarse porque Yucatán contaba desde 1833 con una Escuela de Medicina, la sexta en antigüedad en México, que justamente a finales del siglo XIX incrementó el número de alumnos; mientras en 1880 se creó la Escuela de Farmacia, en 1888 se desarrolló el primer curso de obstetricia para optar al título de comadrona, y en 1904 se comenzaron a impartir cursos para enfermeras.

Es también durante este período cuando se crean o modifican las instituciones hospitalarias, recordando que en 1910 existen en Yucatán cuatro hospitales, tres en Mérida y uno en Valladolid. En Mérida están el Hospital O'Horan y el Asilo Ayala, sostenidos por la administración pública, así como el Hospital de Caridad de San José, costeados por la caridad privada. El Hospital O'Horan cuenta con un lazareto anexo y constituye, para su época, una de las instituciones con mayor capacidad de internación a nivel nacional, ya que tiene 471 camas, 48 de las cuales son del lazareto; a su vez el Asilo Ayala tiene capacidad para internar 200 enfermos. De tal manera que entre finales del siglo XIX y 1910 Yucatán es el tercer estado con mayor número de camas de internación, pero subrayando que casi todas se concentraban en la ciudad de Mérida, ya que el restante hospital situado en Valladolid operaba en malas condiciones.

Según un informe del Consejo de Salubridad el Hospital Porfirio Díaz de Valladolid era muy deficiente:

Se halla instalado en una casa de condiciones higiénicas poco apropiadas; su botica es pobre, carece por completo de arsenal, son muy limitados sus servicios, no pueden practicarse en él más que operaciones de cirugía menor y no cuenta con un personal auxiliar en número suficiente para impartir una

buena asistencia de los enfermos. No obstante, todo esto es de alguna manera de utilidad para los pobres, que por la distancia a que están de la capital y por su penuria, no pueden venir hasta ella, en busca de mejor asistencia (CONSEJO SUPERIOR DE SALUBRIDAD, 1910: 270).

Para este lapso, éstas eran las únicas instituciones, tanto privadas como oficiales, subrayando que el Asilo Ayala y el Hospital O'Horan contaban con áreas de internación tanta paga como gratuita. De los datos que pudimos obtener sobre atención médica, observamos que el Hospital O'Horan tenía para 1909 un promedio diario de 282 personas internadas, de las cuales el 87 % eran atendidas gratuitamente; además daba un promedio de 25 consultas gratuitas por día. A su vez el Asilo Ayala tenía internadas un promedio de 168 personas, de las cuales el 93 % no pagaba, y daba un promedio similar de consultas. A su vez el hospital Porfirio Díaz de Valladolid, pese a su deficiente servicio, atendía un promedio de seis personas al día. Esta actividad, que en su gran mayoría es gratuita en todos los hospitales, señala potencialmente un temprano consumo de la medicina no tradicional por parte de los conjuntos subalternos, así como una penetración regional de la práctica médica institucional.

La expansión de la medicina «científica» se verificó en Yucatán a través del notable incremento de profesionales médicos durante el porfiriato, ya que de 90 médicos que existían en 1895 se pasa a 117 en 1900 y a 192 en 1910. La casi totalidad ejerce privadamente, ya que solo existen 14 profesionales que trabajan para instituciones públicas (hospitales, higiene municipal). Los médicos aparecen concentrados en la ciudad de Mérida, ya que, en 190.065 de los 117 profesionales residen en esta ciudad, mientras el resto trabaja en otras localidades urbanas de la región norte y, en un porcentaje reducido en la zona de Valladolid y en el área Ticul/Peto. De estos datos surge un perfil que caracterizará el desarrollo de la práctica médica en Yucatán: una alta concentración de recursos en Mérida y en la zona norte, pero también una temprana presencia de la medicina científica en las regiones donde la mayoría de la población es indígena y habla exclusivamente maya. Además, esta información indica que ya durante esta etapa Yucatán es uno de los estados con mayor número de médicos por habitante, relación que mantendrá a través de todo el período analizado.

Dicha expansión biomédica se verifica también en el incremento del número de farmacias, así como en la instalación en Mérida en 1908 de una firma importadora de medicamentos, la Félix Sucesores, que es representante de la Canrick de Nueva York.

El desarrollo de la burguesía yucateca y el crecimiento relativo del sector servicios y de transformación, son las determinantes del notable crecimiento de la biomedicina comparada con el resto de México, que alcanzó su expresión más significativa con la visita del presidente de México Porfirio Díaz a Yucatán, durante la cual inauguró justamente las dos principales instituciones hospitalarias mencionadas. Ahora bien, este proceso de expansión biomédica opera, como ya vimos, dentro de una situación aparentemente contradictoria, puesto que se da en un contexto productivo donde simultáneamente existe mano de obra libre en la producción cordelera y en transportes, conjuntamente con mano de obra forzada en la producción directa del henequén. Contradicción, que por lo menos durante este lapso fue resuelto a nivel ideológico por el impulso y uso dado a concepciones positivistas y evolucionistas que permiten justificar a la clase dominante, las condiciones aparentemente contradictorias que operan a nivel productivo. El notable incremento de la medicina privada y oficial, si bien tiene que ver con objetivos de salud y económicos profesionales y estatales, cumplirá un importante papel ideológico en la justificación del sistema dominante.

Durante el porfiriato, no solo se desarrolla la biomedicina en términos de lo que se llamó medicina «racional», sino también de la homeopatía. Tanto en Yucatán como en todo el país la instalación de la medicina homeopática se realiza durante el gobierno de Maximiliano, pero se expande bajo el porfiriato, sin generarse demasiados conflictos con la medicina alopática. En la península existía medicina homeopática desde 1850, y tuvo una presencia permanente hasta la actualidad, aun cuando comienza a decaer desde la década de 1930, como veremos más adelante. Lo cual significa entre otras cuestiones que el gobierno y las clases dirigentes mexicanas apoyaron sistemáticamente a la biomedicina, y en algunos periodos inclusive a la homeopatía, pero nunca a la medicina tradicional. De tal manera que la biomedicina va a desarrollarse e identificarse inicialmente con las clases dominantes y con la hegemonía de las mismas, y como el principal cuestionador de los saberes médico tradicionales indígenas.

En base a los pocos datos con que contamos observamos que en Mérida, junto a los recursos señalados, deben considerarse la existencia de los recursos de la medicina llamada tradicional, representada por hñen, curanderos, yerbateros y parteras. Estos saberes curativos dominaban en casi todo Yucatán, aun en localidades como Ticul, Motul, Izamal, Valla-

dolid, siendo la figura hegemónica los h'men, que constituían el núcleo ideológico/cultural básico de las prácticas curativas yucatecas articuladas en torno a las concepciones religioso/productivas dominantes en el campesinado. Podemos decir que en el medio urbano la figura hegemónica la constituye el médico, mientras que en el medio rural es el h'men, y que en ambos contextos operan también parteras, yerbateros y otros curadores tradicionales, además de la autoatención.

Señalemos desde ya, que consideramos a la autoatención<sup>45</sup> tanto a principios del siglo xx, como en la actualidad, como el primer nivel de atención real, y como el proceso a través del cual pueden observarse con mayor claridad la transformación de los saberes médicos tradicionales (véase el capítulo IV).

En Yucatán el desarrollo comparativo de la biomedicina y de la salud pública en particular se manifiesta, no solo a través de la implementación de la atención hospitalaria pública y gratuita, sino a través del desarrollo de una política de vacunación y de saneamiento antimalárico superior a la media nacional. Ya mencionamos que en 1912 se instala en Mérida un laboratorio que produce vacuna antivariólica según los más avanzados requisitos técnicos de la época. Pero, además, desde finales del siglo xix y durante la década de 1900 se desarrolla tanto en Mérida, en el área henequenera y especialmente en el puerto de Progreso una política de saneamiento, que será llevada a cabo por las autoridades sanitarias, y que supone de hecho un conjunto de actividades de salud y salubridad sobre la población yucateca. Esta política, tiene que ver con objetivos económicos, dado que Progreso pasará a ser el puerto de mayor actividad de México, incluido Veracruz, ya que por el salen las exportaciones de henequén hacia el exterior.

Y por ello, la legislación sanitaria que se establece a finales del siglo xix está referida básicamente al saneamiento de los puertos, y dedicada en primer lugar, el abatimiento de la fiebre amarilla, y de manera secundaria del paludismo. Este abatimiento tiene importancia económica no solo para la entidad, sino para el estado federal, ya que debemos recordar que hasta la década de 1940 el henequén figura permanentemente entre los principales productos de exportación mexicanos.

45 En este texto, si bien hablo todavía de automedicación, estoy pensando en términos de autoatención, como aparece claro en el párrafo siguiente. Dentro de mi propuesta, la automedicación con fármacos o hierbas solo es una parte del proceso de autoatención

La política de saneamiento, propiciada por el doctor Liceaga a nivel nacional, es de tal envergadura en Yucatán que ya hacia 1904/1905 han cedido notablemente el impacto de la fiebre amarilla y del paludismo, por lo menos en las áreas urbanas y portuarias (CONSEJO SUPERIOR DE SALUBRIDAD, 1905). Es en el estado de Yucatán donde las medidas propulsadas por los organismos de salubridad nacionales parecen haberse llevado a cabo con mayor eficacia, y con el fuerte apoyo del gobierno local. Y así en 1912 señalaban las autoridades sanitarias:

A pesar de las enormes dificultades que se presentaron en el curso del año, no solo para continuar el combate contra la fiebre amarilla, sino para perfeccionarlo en grande escala en la península de Yucatán, se ha podido continuar éste con resultados verdaderamente ventajosos, gracias a la liberalidad de la Cámara de Diputados que amplía la partida destinada a esta campaña (CONSEJO SUPERIOR DE SALUBRIDAD, 1913: 16)<sup>46</sup>.

Por lo tanto, en Yucatán se aplican medidas gubernamentales de salubridad más tempranas y eficaces, en comparación con otras entidades, debido a varios factores. El primero, es la importancia decisiva de la producción y exportación henequenera que operaba en zonas expuestas a epidemias de fiebre amarilla, de paludismo y de otros padecimientos infectocontagiosos. En segundo lugar, el desarrollo de un sector obrero, especialmente encargado de los procesos de transformación y de transporte del henequén que constituye uno de los sectores más organizados del país y con una larga historia de reivindicaciones sociales, incluidas las referidas a la salud. Y ello junto con el desarrollo de una burguesía nacional y local que no solo impulsa medidas sanitarias en función de sus objetivos económicos, sino que adhiere a concepciones evolucionistas y positivistas que ven en la aplicación científica no solo eficacia-control de las principales epidemias-, sino también uno de los principales indicadores del Progreso.

Toda una serie de documentos evidencian lo que estamos señalando, y así un informe de 1913 señala que existen agentes sanitarios trabajando en Mérida, Progreso y el área henequenera, y que las autoridades ven la necesidad de impulsar mucho más el control sanitario:

46 La importancia de la participación local en estas actividades se percibe en las inversiones que realiza el gobierno local. Si bien la masa mayor de dinero proviene del gobierno federal, ya que éste destina 100.000 pesos a la campaña antilarvaria en Veracruz y Yucatán, los yucatecos invierten 38.546 pesos en 1912, y los veracruzanos solo 23.345.



En otras poblaciones que no sean la capital y en las haciendas, es preciso difundir las Instituciones que se han dado desde que comenzó el combate contra la fiebre amarilla, y el Consejo de Salubridad va a enviarlas de nuevo a fin de que las autoridades políticas y municipales, y los dueños de las fincas, sean los principales auxiliares en hacer conocer la doctrina de la transmisión de la fiebre amarilla y de la malaria. Se debe recomendar, el establecimiento de ligas para ayudar al combate contra la fiebre amarilla y la malaria en todas las localidades de alguna importancia; y que se solicite a las autoridades del estado de Yucatán la conveniencia de decretar una ley que obligue a todos los habitantes del mismo a impedir que los depósitos de agua de uso doméstico se llenen de larvas de mosquitos y a obligarles a mantenerlos libres de ellas constantemente (CONSEJO SUPERIOR DE SALUBRIDAD, 1913: 36-37).

Vemos, por lo tanto, como el estado a nivel federal y local, asociado con los sectores económicos dominantes, no solo realiza operaciones de salubridad, sino que plantea una política de coacción directa sobre la población para lograr sus objetivos sanitarios. Pero, además, una parte de los hacendados henequeneros proveerán de atención biomédica a sus trabajadores en las propias haciendas

Ahora bien, reitero en todo este proceso el papel autónomo y complementario del movimiento obrero, que se iba a potenciar aún más durante la revolución mexicana. Y así, por ejemplo, en Yucatán, a finales de la década de 1910 y durante la de 1920, se generó un proceso ideológico/político que debió haber tenido consecuencias de diversos tipos en el área salud, pero cuya incidencia real no alcanzamos a precisar. Nos referimos al desarrollo del Partido Socialista y de las ligas de resistencia, que parecen haber realizado una labor de educación para la salud, de promoción de la medicina científica, y de acciones de prevención, sobre todo en el área henequenera. Este proceso estuvo basado en la trayectoria previa del movimiento obrero yucateco, no solo en términos generales, sino específicamente referido a la problemática de salud/enfermedad. LOVEIRA (1978) señala que hasta la década de 1910 los trabajadores yucatecos tuvieron una orientación básicamente mutualista, lo cual implicaba la asociación de trabajadores agrupados por ocupación y/o rama de actividad que tendía a protegerse de la desocupación generada por la situación de enfermedad. Debe subrayarse que la relación enfermedad/muerte/desocupación aparece como una constante ideológica y organizativa de los trabajadores, que no encontramos en el campesinado<sup>47</sup>.

<sup>47</sup> Las condiciones del trabajo «libre», la desaparición de condiciones de producción orientadas total o parcialmente hacia el autoconsumo, y que permitían una determinada autonomía

La demanda por la protección médica de enfermedades es una constante de las organizaciones laborales yucatecas, y emerge como consigna de sus organizaciones y movilizaciones. Dicho objetivo aparece en las acciones de las ligas de resistencia y en las propuestas de los tres primeros congresos obreros de 1918, 1920 y 1930, en los que no solo se denuncian problemas de alcoholismo y drogadicción, sino que se plantea también la extensión de las acciones de salud pública; y así en 1930 se demanda específicamente la instalación del seguro social. Aparece también en las acciones del gobierno cardenista y en las reivindicaciones planteadas por el Frente Sindical Independiente en 1937, cuando establece como eje de sus movilizaciones «mejores salarios y condiciones de vida, atenciones médicas y lograr haciendas para los trabajadores» (BETANCOURT, 1977: 243). Este énfasis en la asistencia médica debe ser recuperado en términos ideológicos, ya que la demanda de los obreros, y también de los campesinos se hará respecto de la biomedicina. Y por ello, no es casual que el sindicato con mayor grado de organización y politización, es decir el ferrocarrilero, será en 1920 el primero en contar con un sanatorio propio.

Es decir que tanto los sectores sociales dominantes como los trabajadores industriales y de servicios adhieren a la biomedicina a partir de elementos comunes y diferenciados, siendo uno de los más significativos el que refiere a la identificación del «progreso» con la ciencia; y en dicho contexto la biomedicina es la profesión que más es identificada con la ciencia. En general los obreros y sobre todo los más organizados apoyaron a la medicina científica, ya que es parte del ideario «progresista» a través del cual el socialismo y el anarquismo se saturan de concepciones positivistas. La escuela racionalista y la práctica médica científica, que incluye a la homeopatía, son parte de la ideología que trajeron a Yucatán-y a México- una parte de los obreros y profesionales españoles que migraron a dicho país en los siglos XIX y XX.

Ahora bien, ¿qué papel cumplió la adhesión a la biomedicina de los trabajadores y de la burguesía como proceso que favorece la hegemonía de la segunda, o la contrahegemonía de los primeros? ¿Qué papel cumplió la biomedicina en la subalternización ideológica del campesinado, y en la transformación de los saberes médicos tradicionales? Al respecto no con-

---

en la atención de los problemas de salud, conducen necesaria y funcionalmente a la constitución de mutuales de protección entre los artesanos y trabajadores. Para un estudio de caso consultar E. L. MENÉNDEZ (1969).

tamos con demasiada información histórica ni etnográfica, pero considero que en el primer caso contribuyó a generar expectativas de progreso, sobre todo en los obreros socialistas que coincidían con las de una parte de la burguesía, por lo cual la biomedicina aparece como una institución que favorece las coincidencias entre las diferentes clases sociales, pero que es dirigida y organizada por el estado y los sectores dominantes, legitimando sobre todo a los mismos. Pero, además, como ya lo hemos analizado, serán los trabajadores industriales y una parte de los sectores medios los que se conviertan en vanguardia y organizadores del campesinado, favoreciendo la orientación de éste hacia la biomedicina, sobre todo de los campesinos que más adelante se vivirán a sí mismos como asalariados,

Mientras en el segundo caso, considero que inicialmente la biomedicina se desarrolla en Yucatán como medicina de clase, que poco a poco va evidenciando eficacia, inicialmente en términos de salubridad e inmunización y más tarde de atención, por lo cual ejercerá una atracción cada vez mayor en el campesinado, desplazando y subalternizando a los curadores tradicionales. Más aún, la eficacia biomédica será identificada con el progreso, mientras la medicina tradicional lo será con el «atraso», pero siendo para mí el principal factor de aceptación y desplazamiento la eficacia comparativa de la biomedicina, sobre la cual se montará la legitimación ideológica.

En 1930, según datos de la Dirección General de Estadística, había en Yucatán 231 médicos alópatas y 17 homeópatas; además había 39 dentistas, 2 oculistas y 63 parteros. De acuerdo con datos de Robert Redfield, en la misma fecha había en la entidad 206 médicos, de los cuales 158 (76,6%) estaban concentrados en Mérida. En ese período había médicos en todas las localidades urbanas de mediana importancia y aun en pequeñas poblaciones de la zona henequenera. Además, si bien en numerosas localidades no se contaba con médicos estables, había médicos visitantes que recorrían por cuenta propia estas localidades. Así en Dzitas, población de 1.200 habitantes, en un municipio de 2.400 personas,

En la época en que se hicieron estas observaciones no había doctor alguno graduado en la ciudad, aunque si lo hubo antes y después de esa época. Ocasionalmente llega a la población y en visita breve un médico de Mérida o uno de Espita, igual que suele ir un curandero que trata con yerbas y con magia, hombre éste de gran renombre en todo Yucatán (REDFIELD 1941: 61).

En consecuencia, asistimos en Yucatan a un notable incremento de la atención médica entre 1900 y 1930, observando que mientras en 1900 hay un médico por cada 2.646 habitantes, en 1910 la relación es de uno por cada 1.768 y en 1930 de uno por cada 1.556 personas.

En el trabajo citado, Redfield utiliza además de sus materiales etnográficos información específica sobre salud/enfermedad de la Fundación Carnegie, y del estudio de Hansen sobre Mérida, señalando que para esta ciudad e incluso para localidades como Dzitas, la medicina «occidental» tiene un creciente prestigio, y no solo en las clases medias y altas. Describe al mismo tiempo el desarrollo de prácticas curativas alternativas, y analiza la paulatina pérdida de importancia de los *h'men*, ya que la enfermedad va dejando de ser patrimonio de éstos, sobre todo en los medios urbanos, para ser objeto de la práctica de los médicos, aunque también de charlatanes, y de curanderos tradicionales. Pero, las medicinas tradicionales siguen siendo dominante en el medio rural.

Considero que el estudio Redfield constituye uno de los aportes más significativos del análisis funcionalista generado por la antropología cultural norteamericana respecto de los procesos de s/e/a-p que operan en México. Según este autor, una parte de las actividades y funciones curativas hegemónicas que ejercía el *h'men*, pasan a ser desempeñadas por la medicina «moderna», que al igual que en el caso del shamanismo es ejercida exclusivamente por médicos varones; ya que hasta fechas recientes los médicos han sido en Yucatán casi en su totalidad varones. Ahora, si bien las actividades de mayor importancia que desarrollaba el *h'men* las van a desempeñar médicos varones, una parte de las de menor importancia quedará en manos de mujeres. Es decir, la distribución sexual de los roles curativos, así como el pasaje de los *h'men* a los médicos expresarían simultáneamente la continuidad de la jerarquización varón/mujer, así como la pérdida de hegemonía de la medicina tradicional.

Si bien esta interpretación es correcta en varios aspectos, como pudimos observar en Ticul, ya que, por ejemplo, el médico y sobre todo el médico especialista —al igual que «antes» el shaman— es quien ahora puede resolver desde la perspectiva de la población, los problemas de salud más difíciles. Sin embargo, la medicina tradicional, en particular a través de las parteras, seguirá teniendo un papel constante y necesario en la vida cotidiana, por lo menos de los ticuleños. Los curadores tradicionales seguirán proponiendo un espacio curativo propio, e identificando su papel curativo sobre todo con las áreas donde objetiva y subjetivamente la aten-

ción médica científica no opera. Nos referimos a un limitado grupo de padecimientos tradicionales, cada vez más reducido, y al espectro de las enfermedades mentales, ligadas a veces con los primeros.

En general puede decirse que el desarrollo de las prácticas tradicionales será «defensivo»; es decir, operará tratando de mantener su propio espacio de eficacia más que enfrentando a las prácticas biomédicas. Esta «defensa», por otra parte, no contiene, hasta donde pudimos observar en nuestro trabajo de campo, mecanismos contraculturales como algunos planteos del fanonismo mecanicista aplicado en América Latina que querrían implicarlo que observamos es un desarrollo complementario, subordinado y defensivo de los curadores tradicionales durante todo el periodo. Como luego veremos, una cosa es la funcionalidad de las parteras empíricas articulada o no con las necesidades del Sector Salud, y otra las posibles y sobre todo imaginarias funciones contraculturales de las mismas.

Los procesos de expansión biomédica que venimos describiendo se profundizarán cada vez más; y así a finales de la década de 1930 además de los servicios hospitalarios ya citados, había en Mérida dos sanatorios, y nueve consultorios y dispensarios, así como médicos privados en las principales medianas ciudades de esta entidad. Durante el mismo decenio se crean a nivel nacional una serie de instituciones que impulsaron notablemente el desarrollo de los servicios médicos locales. En 1934 se fundaron los Servicios Médicos Ejidales, que luego se denominarían Servicios Médicos Rurales Cooperativos, y en ese año se llevó a cabo en dos localidades una experiencia piloto de dichos servicios que después se amplió notablemente, ya que entre 1936 y 1938 se organizaron 104 servicios médicos.

Estos servicios estaban dentro de la concepción del desarrollo ejidal integral, propiciado por el gobierno de Cárdenas, y que en Yucatán «cubrían» y superaban los servicios médicos gratuitos que, como reconoce Askinasy, muchos hacendados proporcionaban a sus trabajadores, y que éstos perdieron momentáneamente al iniciarse el proceso de reforma agraria. Los nuevos servicios médicos ejidales eran financiados en forma conjunta por la población usuaria y el estado federal. En Yucatán solo se instalaron en la zona henequenera, y con sedes en Mérida, Izamal, Acankeh, Motul, Tixcoch, Hunucmá y Maxcanú, mientras en el resto del estado funcionaban los Centros de Higiene Rural, también instalados en ese período.

En el área henequenera el cuerpo médico de los Servicios Ejidales estaba integrado en 1938 por 24 médicos titulados, 5 practicantes y 22

dispensaristas. Según el censo de 1940, de los 457 ejidos yucatecos 46 tenían servicios médicos permanentes, 163 contaban con servicios médicos periódicos, y 86 de dichos ejidos poseían servicio de hospital y farmacia. Lo cual nuevamente evidencia la expansión biomédica en zonas habitadas básicamente por sectores sociales subalternos, en su mayoría indígenas.

Un hecho notable al respecto, que analizaremos más adelante, surge de las asambleas ejidatarias convocadas por el gobierno yucateco en 1939, y en las cuales los problemas de salud y de atención médica aparecen planteados en primer plano. Así en la asamblea desarrollada en Izamal decía el gobernador del estado:

Nuestros medios económicos actuales no nos han permitido ir más allá... El Servicio Médico y los botiquines, no llenan todavía a satisfacción su cometido; pero tratando de remediar estas irregularidades, desde hace dos semanas se ha ordenado que los Comisariados Ejidales intervengan directamente en esta cuestión y se les han proporcionado medicamentos y ordenado a los médicos que trabajen en el local de los comisariados, bajo vigilancia de éstos (GOBIERNO ESTADO DE YUCATÁN 1941, 1:485-486).

Además, el gobernador enumeró que, hasta julio de 1939, en un lapso de aproximadamente 16 meses, se llevaban gastados en asistencia médica 143.149 pesos, se habían atendido 176.645 enfermos y se habían despachado 221.988 recetas. Todos los datos indican además el notable desarrollo de la medicina farmacológica en Yucatán, que recordemos hasta esta época está basado en la preparación de recetas magistrales.

Ahora bien, como señalamos previamente, en Yucatán se dio un continuo desarrollo de la medicina homeopática, que obtuvo en la década de 1920 reconocimiento y apoyo oficial, evidenciado a través de la creación en 1922 de la Escuela de Medicina Homeopática en la universidad local, de la fundación en 1923 de un Hospital Homeopático en Mérida, de la aparición de asociaciones y publicaciones y de la celebración de congresos. Si bien durante el decenio de 1930 esta práctica médica pierde apoyo oficial, siguió no obstante teniendo importancia en las actividades curativas, debido en parte a que este saber médico se articula con algunas de las pautas curativas tradicionales.

Considero, por lo tanto, que es a partir de este período que decae la demanda de medicina homeopática y que se impone la medicina alopática, en función de dos procesos complementarios que se incrementarán en las décadas siguientes; y me refiero al desarrollo de productos farmacoló-

gicos eficaces contra algunos de los principales padecimientos yucatecos, y la posibilidad de acumulación de capital que supone el desarrollo de la industria químico/farmacéutica.

Durante este lapso se producen dos hechos de importancia, la construcción del Hospital del Niño y la instalación del servicio social médico obligatorio. En 1940 se concreta una constante aspiración yucateca, impulsada sobre todo por algunos médicos ligados al Partido Socialista, la creación de una institución de atención a la infancia y a las madres embarazadas. En Yucatán existía el antecedente de la Casa de Maternidad inaugurada en 1887, y sobre todo de la Obra de Protección a la Infancia que, creada en 1930 para dar consulta gratuita a «niños desvalidos y madres embarazadas», solo duró unos pocos meses debido a dificultades económicas. El Hospital del Niño de Mérida fue el primero en su género instalado en México, y disponía de 60 camas y un personal de 11 médicos. Daba un promedio de 150 a 200 consultas diarias, y tenía servicio de urgencia las 24 horas. Fue cerrado en 1966.

En la misma época se creó el servicio social médico obligatorio, que, si bien no operó en Yucatán durante esta década, más adelante tendría una constante presencia. Dicho servicio implicaba que todo médico antes de graduarse debería dar servicios médicos a la comunidad como parte del Sector Salud oficial, y a través de un pago que podemos considerar simbólico. Este servicio de pasantías que todavía se mantiene, posibilitó llevar la atención médica sobre todo a comunidades rurales.

Otro factor de peso en la expansión biomédica, fue el desarrollo de las escuelas rurales, en las cuales el maestro realizaba tareas de «agente de salud», no solo a través de sus clases sobre educación higiénica sino, sobre todo, como aplicador de curaciones, medicamentos e inyectables. Estas escuelas rurales se constituyeron en la década anterior, pero fue en la de 1930' cuando se desarrollaron con mayor intensidad. En Yucatán, dado el impulso a la educación generado por el Porfiriato y ulteriormente por el del Partido Socialista del Sureste, estas escuelas tuvieron una importancia notable en aspectos educativos, políticos y de salud.<sup>48</sup> El maestro rural adiestrado en concepciones sanitarias, en primeros auxilios, en aplicación de inyecciones, constituyó en numerosas comunidades el principal agente

48 Las Misiones Culturales creadas en la década de 1920, y que tuvieron un importante papel a nivel nacional en la difusión de la biomedicina en comunidades rurales, casi no tuvieron presencia en Yucatán.

de salud durante este período, y frecuentemente, aunque no siempre, cuestionó el uso de la medicina tradicional.

Durante esta época resultan evidentes algunos hechos generados por las instituciones de salud, que se harán más notables al ir transcurriendo el período analizado. Uno de ellos refiere al papel decisivo de las acciones de salubridad pública, que consiguieron erradicar la fiebre amarilla e iniciar el abatimiento del paludismo, como ya se describió. Estas acciones se concentraron en la región norte, es decir la más densamente poblada; pero también, aunque en forma reducida, se aplicarán en las otras dos regiones, lo cual posibilitará que amplios sectores experimenten las ventajas de la aplicación de medidas sanitarias identificadas con la biomedicina.

Pero, además, y lo subrayo, diversos sectores sociales rurales también recibirán información y ayuda técnica que evidenciarán la importancia de la sanidad, pero no referida a los seres humanos, sino a los animales. Ya habíamos mencionado que durante este período se intentan algunas medidas de diversificación de la producción agrícola/ganadera, y uno de los rubros que se intentó desarrollar fue la ganadería, sobre todo en la región II. En función del impulso a la ganadería el gobierno realiza una serie de actividades para difundir técnicas de cuidado y prevención del ganado. Y así, por ejemplo, REDFIELD (1970) señala que en Chan Kom el desarrollo de la ganadería se dará luego de 1930, y que la población recibe indicaciones orientadas hacia la prevención sanitaria de sus animales. Se recomienda la aplicación de inyecciones a los vacunos para evitar determinadas enfermedades, «cuyo efecto será la de tener animales sanos y más rentables». La población de Chan Kom utilizará parcialmente estos medios, pero lo que me interesa señalar, es que estas concepciones sanitarias reforzarán el tipo de ideas curativas y preventivas que viene impulsando la biomedicina.

Esta expansión biomédica, no niega que la denominada medicina tradicional sigue siendo la medicina más utilizada en las áreas rurales, aun cuando cada vez aparece más limitada y subordinada a la biomedicina en el medio urbano, y especialmente en Mérida. La demanda de dicha medicina se concentra en la atención del embarazo y el parto, las enfermedades llamadas tradicionales, y cuadros psicosomáticos relacionados con estas últimas. Esta persistencia opera junto con una creciente demanda de atención biomédica para los principales padecimientos-enfermedades infectocontagiosas-que también son tratados por los curadores tradicionales, y que implicará un paulatino desplazamiento de la atención tradicional por



la biomédica, pero a través de una trayectoria constante, aunque oscilante como veremos más adelante.

Como señalamos, la atención biomédica sigue incrementándose no solo en Mérida y las medianas ciudades, sino en pequeñas localidades como Chan Kom, las cuales asumen con rapidez la utilización de la medicina moderna, aun en aquellos casos que no han tenido contacto previo con ella. Según Refield y Villa Rojas,

Actualmente en Chan Kom el saber local no es la única guía para el tratamiento médico. Para los enfermos se ha vuelto común visitar la clínica gratuita mantenida por la Fundación Carnegie en Chichen Itzá, la cual fue cerrada en 1932. Todo el mundo está dispuesto a recurrir a la clínica; más aún los miembros más familiarizados con el estilo urbano hacen un uso considerable de las medicinas (REDFIELD y VILLA ROJAS 1971: 171).

Como luego veremos, esta afirmación es confirmada por numerosos estudios realizados en comunidades de diferentes países, incluido México<sup>49</sup>, en los cuales resulta evidente la rápida aceptación complementaria de la medicina «moderna» por parte de la población indígena.

Lo curioso es que los mismos autores que reconocen estos procesos para Yucatán, así como antropólogos que trabajaron en otros países mesoamericanos, impondrán a los datos que ellos mismos recogen un modelo ideologizado de interpretación que orienta tanto la búsqueda de información, sus conclusiones, pero también sus recomendaciones prácticas. Esta orientación conducirá a la exclusión, o por lo menos a la secundarización, de la medicina moderna, concentrando sus intereses en el papel de la medicina tradicional.

Actualmente, por lo menos una parte de los antropólogos está re- viendo esta orientación, y así Rubel ha descrito sus experiencias en una comunidad indígena de Oaxaca que tiene entre 1.000 y 1.200 habitantes. En esta comunidad, y por razones que tienen que ver con el proyecto de investigación de Rubel, se instaló un médico que durante su tiempo libre dio consulta:

En un día y medio vio a unas 90 personas. A las cuatro semanas el Dr. Collado regresó con cinco estudiantes de medicina del Distrito Federal que traían muestras gratis de medicina. Esos estudiantes vieron a unas 200 personas y hubo tal avalancha de gente que se tuvo que recurrir a las autoridades para evitar que la gente rompiera la puerta (RUBEL, 1978: 217)

49 Consultar entre otros I. KELLY *et alii* (1956), W. HOLLAND (1963), R. HARMAN (1974).

Y agrega que esta población nunca había tenido atención médica profesional: «Yo había pensado siempre que gentes procedentes de una cultura distinta no aceptarían la medicina occidental» (1978: 217). Esto que Rubel «había pensado siempre», ha sido el supuesto de una parte de la antropología cultural norteamericana, sobre todo la referida a América Latina, inclusive en contra de la evidencia de los propios datos antropológicos que, como los de Redfield para Chan Kom evidenciaban la demanda y usos de la biomedicina por la propia población indígena. Esto es aún más notorio en la antropología latinoamericana.

Como luego veremos, en esta orientación negadora de la expansión biomédica en áreas indígenas, operó no solo una orientación antropológica concentrada en la búsqueda exclusiva de lo «tradicional», de lo auténticamente indígena, en nuestro caso de lo «maya», que llevó a algunos antropólogos a sostener hasta la actualidad el rechazo indígena a la biomedicina en función del peso de sus «cosmovisiones». Sino que también incidieron procesos que conducían a los sectores subalternos rurales a seguir adheridos a su medicina tradicional, no solo por su eficacia e identidad cultural, sino por ser lo único seguro que tenían en términos de atención curativa.

La descripción de lo ocurrido en Chan Kom nos da información sobre un tipo de proceso que tendrá una importancia contradictoria en la situación yucateca, y que tiene que ver con lo que estoy señalando. Ya que la clínica de Chichen Itzá, luego de cumplidos sus objetivos, abandonará la comunidad, y dejará a la población sin atención inmediata, luego de haberla motivado a utilizar la práctica médica moderna. En la experiencia yucateca esto sigue sucediendo hasta la actualidad; la instalación de médicos privados o de los servicios oficiales, así como de personal paramédico en forma intermitente y discontinua, será una condición permanente de la atención médica, sobre todo en las áreas rurales. Veremos más adelante cómo comunidades que tienen médicos, luego de un lapso se quedan sin dicho profesional, y que éste es reemplazado por una enfermera, o por un auxiliar, o por nadie. Esto será producto tanto de determinaciones oficiales como de las condiciones de la oferta y la demanda que permiten o no el mantenimiento de un médico privado. Esta situación se va acentuar aún más con la aplicación de un régimen de pasantías médicas, según el cual los pasantes solo permanecen un lapso de tiempo en la comunidad, para luego ser reemplazados por otro. Este proceso conduce a una situación contradictoria de aceptación/rechazo de la comunidad hacia los servicios

médicos «modernos», así como a seguir manteniendo una demanda de los curadores tradicionales, dado que ellos si son parte permanente de la comunidad.

El proceso de expansión de la medicina «científica» en general, y respecto de la medicina tradicional en particular, se observa en Yucatán a finales de este período, cuando se intenta supervisar el trabajo de las parteras «empíricas», acción que tendrá un continuo, aunque irregular desarrollo en Yucatán hasta la actualidad. Esta es una política impulsada por el Sector Salud oficial, y que tendrá por objetivo el «control», y éste es el término oficial utilizado, de las parteras empíricas con el objetivo de reducir las mortalidades maternas y neonatales.

Pese a estos legítimos objetivos, esta medida, como otras ya descritas, deben ser analizadas no solo desde los objetivos epidemiológicos, sino desde el continuo desarrollo del poder y prestigio médico. Una de las características distintivas de este «poder» que quiero subrayar, es que se correlaciona en su «verticalidad» y «asimetría» con el conjunto de acciones políticas y económicas que se ejercen sobre la población. Determinadas acciones de salud, ajenas a sus consecuencias positivas o negativas, evidencian la coerción que ejerce el sistema de salud aun contra la voluntad de la población. Estas condiciones de la práctica médica tendrán una continuidad particular en Yucatán y se expresan en las tempranas medidas de saneamiento ambiental obligatorio planteadas ya en la década de 1910 respecto de la malaria y la fiebre amarilla; así como la obligatoriedad de la vacuna antivariólica que lleva a plantear medidas tan drásticas como «exigirla en 1926 a quienes quisieran salir de sus localidades» (GONZÁLEZ NAVARRO, 1974, II: 322).<sup>50</sup>

Respecto a la década de 1940, contamos con información poco significativa hasta mediados de la misma. Los servicios médicos privados y públicos siguen concentrados en la región norte(I), siendo en la misma donde a través de los Servicios Rurales Cooperativos se hacen las mayores inversiones del sector público; y así para este período el aporte del estado federal al mantenimiento de los mismos constituirá las dos terceras partes del total de los recursos financieros. Inclusive en 1946 se pondrá

50 Aclaro que en este párrafo no discuto ni pondero la eficacia o no eficacia de estas medidas; lo que me interesa es señalar el desarrollo de acciones «verticales» y «coercitivas» sobre la población impulsadas en nombre de las ciencias biomédicas, y su correlación con la verticalidad y coacción de medidas similares.

al servicio del sector ejidal el Hospital 20 de noviembre, lo cual revela las condiciones económicas muy favorables que atraviesa la producción henequenera durante la segunda guerra mundial.

Es en esta década además cuando los pasantes de medicina comienzan a trabajar en Yucatán, pero con escasa presencia, y limitada a la zona henequenera, y así observamos que en el quinquenio 1941/1945, se instalarán en la entidad solo cinco pasantes de un total de 665 distribuidos en la totalidad del territorio mexicano. Recordemos, además, que aun cuando la concepción que guio la creación del servicio social fue la de que dichos pasantes trabajaran en áreas rurales, no fue sino hasta la década de 1960' que esto se programó efectivamente.

Los servicios médicos oficiales siguen teniendo escaso desarrollo, salvo en la región I, en la cual además operan descentralizadamente, y los cuadros 36 y 37 reflejan la escasez de estos recursos que dejan casi totalmente desprotegidas a las zonas II y III desde la perspectiva de la atención médica pública. El número de médicos, y la inexistencia de odontólogos y de otro tipo de personal paramédico, está indicando que estas regiones están básicamente atendidas por la medicina llamada tradicional, y en segundo nivel por la medicina privada.

Durante esta década se desarrollan además dos recursos de alta incidencia potencial en el abatimiento de los daños; nos referimos a las inmunizaciones y al incremento del consumo de las medicinas de patente. A nivel nacional se organiza un programa antivariólico, que en el caso de Yucatán continúa las actividades de las décadas anteriores, ya que para esta década en la entidad «la frecuencia variólica fue eventual y de relativa intensidad». Al respecto es importante recalcar la mayor cobertura antivariólica generada en Yucatán, aunque se concentra básicamente en las áreas urbanas y en especial en Mérida. Además, si bien se aplican otras vacunas además de la antivariólica, las mismas no son aplicadas sistemáticamente. Se actúa sobre todo frente a situaciones concretas; así, ante el brote epidémico de difteria de 1941-1942 se realizó una campaña de vacunación con toxoide diftérico a menores de seis años, pero después se abandonó esa inmunización masiva.

Respecto al consumo de medicamentos, solo contamos con información procedente de estudios antropológicos y en menor medida médicos, y en todos ellos se señala el uso de las medicinas de patente como una práctica frecuente, ya sea a través de la prescripción médica o de la automedicación. Inclusive hay referencias específicas al consumo de anti-

bióticos en el medio rural, aun a nivel de pequeñas comunidades, lo cual pudimos registrar para Ticul y para Pustunich.

**Cuadro 36. Distribución de oficinas dependientes de la Dirección General de Higiene y Asistencia en los Estados y Territorios. Yucatán, 1947, 1948 y 1949.**

	1947	1948	1949
Centros de la SSA	5	4	5
Dispensarios antivenéreos	1	1	1
Dispensarios antituberculosos	1	1	1
Hospitales	1	1	1
Laboratorios	1	1	1
Maternidad	-	-	-
Servicios antilarvarios	2	2	2
Servicio dental	-	-	-
Higiene y asist. Infantil	-	-	-
Unidades SSA	2	2	2

Fuente: Memoria SSA 1947-1950.

**Cuadro 37. Distribución de profesionales dependientes de la Dirección General de Higiene y Asistencia en los Estados y Territorios. Yucatán, 1947, 1948 y 1949.**

	1947	1948	1949
Médicos	14	14	13
Dentistas	-	-	-
Ingenieros	-	-	-
Parteras	-	-	-
Veterinarios	-	-	-
Enfermeras	28	27	28
Oficiales Sanitarios	58	60	65
Laboratoristas	3	2	2
Farmacéuticos	-	-	-

Fuente: Memoria SSA 1947-1950.

Si hacemos una suerte de balance de la relación entre oferta de servicios de salud y posibilidades de uso por parte de las clases subalternas, encontramos que a finales de esta década son los obreros los que tienen una mayor y mejor protección comparativa. Un sector de éstos cuenta con seguridad social, y los obreros ferrocarrileros en particular tienen servicios y prestaciones superiores al resto, ya que «Los sindicatos ferrocarrileros habían obtenido más que la mayoría de los obreros en lo que atañe a compensaciones por enfermedades, accidentes y muerte, antes de que se aprobara la ley federal del trabajo» (CLARK, 1979: 146). En segundo lugar, gozaban de servicios médicos gratuitos los obreros henequeneros, los electricistas y algunos otros sectores minoritarios, pero serán los maestros los que paulatinamente aumentarán sus prestaciones en salud. A finales de la década de 1930 se equipó un pabellón en el Hospital O'Horan para dar atención médica y quirúrgica gratuita a los maestros afiliados al STERM (Sindicato de Trabajadores de la Enseñanza de la República Mexicana); además se concedieron tres meses de licencia a las maestras durante el período de embarazo y parto. A principios del decenio de 1940 el gobierno del estado financió la contratación de dos médicos exclusivamente para la atención de los maestros, y dio partidas especiales de dinero para la compra de medicamentos.

Para el campesinado yucateco de subsistencia los servicios de atención posibles eran en gran parte de las regiones II y III, la medicina «tradicional» en primer lugar, seguida de la medicina privada y la medicina pública; mientras que los ejidatarios dedicados a la producción de henequén, si bien cuentan con los Servicios Rurales Cooperativos, sin embargo, dado el creciente déficit económico, reciben una atención médica cada vez más reducida y de menor calidad. La pérdida de significación del henequén y de los trabajadores henequeneros para el estado mexicano se pone de manifiesto en las inversiones en salud, ya que mientras en 1943 se asignaron a Yucatán 40 mil pesos, es decir solo el 1,08 % del total de lo otorgado, en la región lagunera se invirtió el 44,99 % del total de las inversiones nacionales. Y esta situación desigual se mantendrá durante todo el período (WHETEN, 1953: 239).

Pese al creciente deterioro de estos servicios de atención médica, sin embargo, el campesinado henequenero solo hizo reclamos pasivos, sin impulsar demandas que modificaran la situación, que siguió deteriorándose. Todavía hoy (1978), luego de casi diez años de su desaparición, el Hospital 20 de noviembre sigue siendo recordado a través de bromas más

o menos macabras, ya que esta institución llegó a representar el conjunto de los elementos más negativos de la medicina pública en Yucatán. Y esta situación sigue manteniéndose viva dentro de la tradición oral yucateca del conjunto de las clases sociales, pero en particular de las clases subalternas<sup>51</sup>.

En la década de 1950 se inicia un proceso, desarrollado sobre todo en la de 1960, de extensión de los servicios asistenciales públicos en todo Yucatán, incluidas las áreas rurales. Así entre 1952 y 1958 se programa la creación de una serie de centros de salud B y C, aclarando que los primeros cuentan con médicos y los segundos no.

Los centros de Salud B ejercen su acción sobre las poblaciones rurales cercanas; tienen facilidades de hospitalización y de atención obstétrica. Los centros rurales C están a cargo de una enfermera polivalente con adiestramiento obstétrico y reciben la visita periódica del médico móvil de la zona correspondiente (SSA MEMORIA, 1952-1958: 157).

Esta extensión de los servicios médicos tiene que ver con la creación en 1953, del Programa de Bienestar Rural, entre cuyos objetivos básicos aparecen las acciones de salud en y sobre la comunidad. Vemos que los centros son programados básicamente en las áreas II y III, lo cual supone una reorientación en la inversión en servicios de salud pública en Yucatán. Para 1957 existen en la entidad dos unidades de salubridad y asistencia con sede en Mérida y Progreso, así como dos servicios antilarvarios; un servicio antituberculoso y otro materno-infantil, también localizados en la capital del estado. Además, había en Mérida tres hospitales públicos subsidiados por la SSA, un Hospital del Niño con 60 camas, uno ortopédico con 12, y el O'Horan, con 805. En el resto de Yucatán había cuatro centros de salud, dos en la zona II (Tizimin y Valladolid) y dos en la región III (Ticul y Tekax). Estas unidades contaban con un total de 13 médicos y 26 enfermeras; el 69 % de los primeros y el 84 % de las segundas estaban en Mérida.

En 1958 se programó establecer un hospital de 12 camas en Tekax, y otro en Valladolid de 19 camas; dichas localidades están ubicadas en las regiones II y III, respectivamente. Los centros B tenían un personal cons-

51 Para la década de 1940 contamos con poca información sobre la práctica médica privada; no obstante, es de señalar que además de las instituciones hospitalarias públicas existen en Mérida alrededor de quince sanatorios particulares, de los cuales dos tienen cincuenta camas.

tituido por un médico, una enfermera y un oficial sanitario. Durante esta década la programación solo se cumplió parcialmente; en 1960 no funcionaban más que un centro de salud en Mérida, y dos centros de higiene con sanatorio en Tekax y Valladolid. Por su parte los Servicios Rurales Cooperativos operaban en la región I con 7 sanatorios rurales, 18 unidades asistenciales, una maternidad y 112 puestos de socorro, disponiendo de 320 camas, de las cuales 300 estaban en Mérida.

Además, es durante este período, específicamente en 1957-1958, cuando el IMSS implanta sus servicios en Yucatán; y es también en 1958 cuando el INI inicia sus estudios preliminares en las zonas indígenas de Yucatán para desarrollar un programa de acción en la entidad. Este comienza a funcionar en 1959, cuando se crea un centro coordinador y se instala una clínica en Peto, que actualmente no funciona por falta de material y equipo.

La intermitente pero constante penetración de los servicios de salud pública puede observarse también a través de la expansión del programa antimalárico, ya que es a mediados de esa década cuando se inicia la campaña masiva contra el paludismo. Entre 1957 y 1960 se realiza una cobertura total del área palúdica con rociado de DDT casa por casa, pero también llevando a cabo acciones de educación para la salud. En Yucatán se constituyen áreas de erradicación, de consolidación y en fase de ataque. En las dos últimas el programa selecciona miembros de la comunidad que colaboran gratuitamente y cuya tarea básica es la obtención de muestras de sangre. Estas personas, si permanecen en el programa hasta cinco años, pueden llegar a ser contratadas por el mismo. En 1956 se inició asimismo la campaña antipoliomielítica, que realmente tuvo incidencia en la década siguiente. Es también durante este período, y apoyándose en el programa contra el paludismo, que se reinician las actividades contra la fiebre amarilla; en 1957 se realizan acciones en la zona sur del Estado; y en 1958 se aplican en Mérida, Valladolid, Tizimin, Motul y la zona henequenera en general. En la zona henequenera se programaron tres ciclos de tres meses de duración, y cada uno supuso un rociado mixto en las 53.661 casas comprendidas en la zona. También se rociaron las cabeceras municipales de Valladolid, Tizimin y Motul, por haberse detectado respuestas positivas en parte de la población. De tal manera que en dicho año se realizaron 253.310 rociados a 141.300 viviendas habitadas por 607.590 personas; además 22.961 individuos recibieron drogas antimaláricas. Estas acciones se continuaron en 1959, por lo cual entre 1957 y 1959 se hicieron en



Yucatán 807.655 rociados. Lo cual fue acompañado por un programa de vacunación intensiva (SSA, 1958; BUSTAMANTE, 1978) .

Respecto de la aplicación de estos programas, es importante reconocer tres procesos, primero que entre 1956 y 1959 hubo personal de la campaña antipalúdica trabajando en toda la entidad y aun a nivel de las comunidades más pequeñas; segundo que durante todo el lapso se adiestró a población local en dicha lucha; y tercero que este intenso y constante trabajo respecto de la fiebre amarilla y el paludismo evidencia nuevamente que los recursos para la salud se distribuyen según objetivos económicos, dado que no existen los mismos recursos para otros padecimientos transmisibles caracterizados por su alto impacto en la mortalidad, aunque no tanto en la economía.

En lo que hace a la medicina tradicional, las parteras empíricas dominan completamente la atención del embarazo y el parto en las zonas rurales; los curanderos y los h'men tienen incidencia fundamentalmente en las áreas y localidades sin o con escasa presencia médica, aun cuando en estas localidades la opción de la medicina «científica» sigue aumentando. Según el trabajo de Redfield, en 1948 en la localidad de Chan Kom había más conocimiento de la medicina «moderna» que, en la década anterior, integraba a un ciclo de curación según el cual la mayoría de las personas que se enferman realizan un tratamiento basado en sucesivas terapias hasta su curación. Esta carrera del enfermo puede iniciarse por el curandero o por el médico, aunque en los dos casos la autoatención es el primer nivel de atención, tal como lo encontramos en Ticul y Pustunich (véase Apéndice).

Si analizamos el desarrollo de conjunto de los recursos para principios y mediados de esta década encontramos que, pese a este proceso, la mayoría de los recursos siguen concentrados en la zona I, y en especial en Mérida. Hay un total de 419 médicos, de los cuales 287, es decir el 68,9%, radican en la capital del estado; hay además 84 farmacias, de las cuales el 95,2% se localiza en la región I y dentro de ésta a su vez el 85,7% (72 farmacias) están instaladas en Mérida. Hay 6 laboratorios clínicos, todos en la zona norte (5 en Mérida y 1 en Progreso), 31 servicios de rayos X, todos en Mérida. Además, en 1950 hay 1543 camas de internación, todas en Mérida, y 151 químicos, farmacéuticos y técnicos de laboratorio, de los que el 98% reside en la capital. Señalemos, además, que los laboratorios, los servicios de rayos X y las farmacias están casi en su totalidad en manos privadas.

En lo que se refiere a la distribución de los médicos, ya señalamos que la mayoría se localiza en la región I y básicamente en Mérida (287 médicos), Progreso (8), Izamal (7), y Motul (9), pero hay numerosas localidades que tienen entre uno y cuatro médicos. En la región II, los médicos están concentrados en Tizimin (8), y Valladolid (7), y luego en un reducido número de localidades con uno o dos médicos. En la región III es Ticul donde se da la mayor concentración, con siete médicos, luego Tekax, con cuatro, y un reducido número de comunidades con uno o dos médicos. En total las localidades que cuentan con médicos, incluida Mérida, son 41, pero debe recordarse que tanto en este período como en los anteriores y todavía actualmente, un porcentaje de los médicos son viajeros es decir periódicamente se asientan en una localidad donde tienen consultorios transitorios, trasladándose también en días fijos a otras localidades cercanas. Durante esta década el promedio de habitantes por médico en Yucatán es de 1297, ocupando el cuarto lugar en el país.

Además del personal señalado, se cuenta durante esta década con un promedio de dos pasantes de medicina anuales que, junto con el personal paramédico, constituyen alrededor de 127 trabajadores de la salud. El servicio social en Yucatán sigue teniendo muy bajo desarrollo, tal vez debido a la mejor relación médico por habitantes que hay en la entidad, comparada con la mayoría de los estados, o tal vez como hemos observado en Ticul al rechazo de la población a ser atendida por un médico aún no recibido.

En 1957, según datos del Censo de planificación de hospitales, hay en Yucatán 33 hospitales con 1651 camas, de los cuales 16 son instituciones privadas que disponen de 118 camas. Además, existen cuatro hospitales de la beneficencia privada, cinco hospitales para trabajadores de la industria y uno de los ferrocarrileros. Si bien la casi totalidad de las camas de hospitalización está en Mérida, no obstante, es importante reconocer que los hospitales yucatecos tienen la más alta proporción de camas por cada mil habitantes (3 por 1.000) de todo México. Lo cual también ocurre en el caso de camas dedicadas a pediatría, ya que son 109, siendo la relación de 0,56 camas por 1.000 niños, siendo esta relación muy superior a la media nacional que es de 0,21 camas por 1.000, proporción que en México solo es superada por Coahuila y Sonora (PRADO VÉRTIZ, 1958).

Si observamos la distribución del personal de salud de las instituciones oficiales, vemos que en la región henequenera, y en particular en Mérida, se halla la mayor concentración, de todos los recursos humanos para la salud. Del total de médicos que trabajan en instituciones estatales, 49

médicos, 6 internos y 6 residentes lo hacen en Servicios Rurales Cooperativos, es decir en la región norte; 56 médicos lo hacen en servicios descentralizados, es decir en Mérida, que pertenece a la misma región. Y solo 31 médicos, 2 internos y 1 residente trabajan en los Servicios Coordinados de Salud del gobierno de Yucatán, es decir que están establecidos en las tres regiones, pero también básicamente en la región I. De esta información se concluye que la región norte no solo es la zona de más antigua penetración de los servicios médicos públicos, sino la que sigue concentrando la mayoría de estos profesionales; y que, si bien en las regiones II y III opera una mayor penetración de los servicios desde mediados de esta década de 1950, el número de médicos sigue siendo comparativamente bajo.

Para la década de 1960 el número de médicos en Yucatán es de 518, por lo cual tiene 0,84 médicos por 1.000 habitantes, lo que sigue colocándolo entre las entidades con mayor porcentaje de médicos por habitantes, solo superado por Baja California Norte, Nuevo León y el Distrito Federal. Según otras fuentes la cantidad de médicos a principios de esta década (1961) sería aún mayor que la señalada, ya que según la Secretaría de Salud habría 609 médicos (SSA 1961: 828). Tomemos uno u otro dato, ambos indican que la relación médica por habitantes sigue aumentando, lo cual también es sostenido por otros analistas que consideran que la relación es de un médico cada 1020 habitantes (RAMOS, ÁLVAREZ MANILLA, y ÁLVAREZ TOSTADO 1965), corroborando que la situación yucateca es superior a la del resto del país.

Durante esta década aumentan significativamente los pasantes de medicina, ya que llegan a 48, y se incorporan pasantes de odontología y enfermería; los cuales a partir de 1968 comienzan a desarrollar actividades durante un período de un año, en lugar de hacerlo durante seis meses, como estaba estipulado hasta entonces. Ahora bien, un estudio realizado por M. ROEMER (1964) para este período concluye que solo el 5,8% de los pasantes piensa quedarse en el medio rural una vez concluido el período obligatorio, lo cual también observamos en comunidades de Yucatán y de otros estados. Esta tendencia no invalida el papel asistencial y la legitimación social que pueden cumplir estos pasantes, aun cuando pueden generar consecuencias contradictorias como las señaladas previamente.

La mayoría de los médicos sigue concentrada en la región norte, y especialmente en Mérida donde residen el 72% de estos profesionales. Las localidades con mayor número de médicos son las mismas que en la década anterior, observándose un aumento significativo en las principales localidades urbanas de las regiones II y III, y especialmente en Tizimin y

Panaba, que constituyen los principales centros del desarrollo ganadero en la zona oriental de Yucatán.

Esta distribución necesita ser interpretada a través de varios procesos, pero especialmente de la inestabilidad que caracteriza la presencia médica en muchas localidades yucatecas. Si analizamos comparativamente la localización de los médicos en 1950 y en 1960 observamos que una serie de localidades (Hocaba, Kinchil, Sacalun, Temozon, Telchac, Toya) que tenían médicos en la primera década, incluida Hochtun que tenía tres, se quedaron sin ese servicio durante los 60. Mientras que toda otra serie de localidades que en los 50 no contaban con estos profesionales, los tienen en 1960, y me refiero a Bokoba, Buctzotz, Calotmul, Celestun, Chemax, Dzitas, Opichen, Panaba, Sanahil, Tahmek, Teabo, Tepakan, Tixperal, Tunkas, Tzucacab, Uayma. Además, en doce localidades aumentó el número de médicos, mientras que en nueve disminuyó. Todo lo cual indica la gran movilidad de los médicos, que tiene que ver tanto con las condiciones de la oferta y la demanda a nivel del ejercicio privado, como con las decisiones de los organismos públicos de salud.

En todos los casos esto supone un notable y constante proceso de movilidad ocupacional a nivel de los médicos que se instalan para ver si pueden vivir de la consulta, y lo hacen inclusive en localidades de menos de cinco mil habitantes, pero también, y lo subrayo, porque tienen la expectativa de que poblaciones rurales, en su mayoría indígenas, pueden demandar atención biomédica.

En este período el número de camas de hospitalización era de 1.790, de las cuales 1.718, el 95 %, estaba en Mérida; 72 camas en localidades de la zona henequenera (Acanceh, Cansahcab, Hunucmá, Maxcanú, Izamal, Tixkokob, con 12 camas cada una) y diez en las regiones II y III (MALDONADO HUERTA, 1965) Esto es correcto para principios de la década, pero a fines de la misma varios centros de salud de las regiones II y III tendrán camas de hospitalización.

Durante la década de 1960 la atención a los ejidatarios henequeneros pasa a depender de los Servicios Coordinados de Salud del Estado, con un funcionamiento similar al del decenio anterior. Este servicio está constituido por el Hospital Central en Mérida, varios hospitales regionales de doce camas cada uno, y una serie de sanatorios y puestos sanitarios atendidos por personal de salud. En los sanatorios regionales hay un médico, una jefa de enfermeras, una inmunizadora y un dispensarista. Además, hay enfermeras no diplomadas que se turnan durante las 24 horas. En los puestos sanitarios hay una enfermera, que es frecuentemente una auxiliar

de enfermería, y un dispensarista permanente, así como un médico que visita cada puesto de una a tres veces por semana durante media hora. Debe señalarse que durante este período, el tamaño del área henequenera era mucho mayor que en la actualidad, y que amplios sectores del área sur eran atendidos por estos servicios médicos, pero también cabe mencionar que, pese a esta expansión territorial, la concentración de recursos seguía dándose en la zona norte.

El funcionamiento de los servicios a cargo del Sector Salud oficial yucateco se irá deteriorando cada vez más, en gran medida debido a la falta de recursos de los Servicios Coordinados de Salud para absorber a la población ejidataria derechohabiente. En 1967 la situación se agravó, ya que los pequeños propietarios y los parcelarios dejaron de contribuir con sus cuotas al mantenimiento de los servicios, aunque «continuaron recibiendo sus beneficios y el peso de los gastos se recargó en los ejidatarios y en la SSA» (GONZÁLEZ NAVARRO, 1968: 280). El deterioro continuó, y en 1966 cerró sus puertas el Hospital del Niño, que de hecho daba atención a la misma población.

Este proceso fue en parte paliado por el desarrollo del IMSS y la instalación del ISSSTE en Yucatán. Si bien el IMSS se creó a nivel nacional en 1943, no fue sino hasta 1958 que se estableció en Yucatán, y exclusivamente como servicio urbano; más tarde, en diciembre de 1963, se instaló en diversas zonas cañeras del país, y en 1964 se implantaron los «servicios de campo» a nivel nacional. Esta institución durante la década de 1960 prestó atención médica en ocho municipios yucatecos, algunos de ellos en las regiones II (Tizimin, Valladolid) y III (Tzucacab y Peto). En 1963 el total de derechohabientes era de 57.527, cifra que fue incrementándose hasta llegar en 1971 a 109.146, localizados básicamente en la zona I. Las unidades que funcionaron a lo largo de todo el proceso fueron una clínica T 1 y seis clínicas T 3. A su vez, en la década de 1960, el ISSSTE contaba con ocho unidades de atención; es decir un hospital con sede en Mérida y siete puestos periféricos localizados en Progreso, Valladolid, Tizimin, Peto, Tekax, Ticul e Izamal. La población afiliada era de 11.487, de los cuales el 83 % residía en Mérida y Progreso.

Sintetizando, durante este período observamos que continúa desarrollándose la medicina privada; que hay un incremento paulatino de entidades de seguridad social como el IMSS y el ISSSTE, pero que la SSA —a través de los Servicios Coordinados— sigue siendo la institución que debe hacerse cargo de la mayoría de la población «abierta» de las tres regiones, así como de los ejidatarios de la región norte. Ahora bien, si clasificamos

estos recursos, en función del tipo de unidades y disponibilidad de camas de hospitalización, obtenemos la siguiente distribución regional:

Región I: Tiene un total de 1.168 camas; un Hospital General, un centro de salud A; nueve centros de salud B con hospital D; un centro de salud B y 62 centros de salud C, y la casi totalidad de los recursos del IMSS.

Región II: Tiene un total de 62 camas; tres centros de salud B con hospital D y doce centros de salud C.

Región III: Hay 66 camas; cuatro centros de salud B con hospital D y ocho centros de salud C.

Para finales de esta década observamos que siguen incrementándose los recursos para la salud; hay en Yucatán 730 médicos, 68 dentistas, 286 enfermeras generales, 10 enfermeras especializadas, 473 auxiliares de enfermería y otras 906 personas que desarrollan actividades paramédicas. Existen además 1.314 camas de hospitalización, lo que da una relación de 629 habitantes por cama, que sigue colocando a Yucatán entre los estados con mejor relación cama/enfermo y cama/médico, así como también médico por habitante. Y señalando que hay estimaciones aún más altas para Yucatán (RAMOS, ÁLVAREZ MANILLA y ÁLVAREZ TOSTADO GONZÁLEZ, 1965). Pero la distribución de médicos permite observar que hay en Yucatán 35 municipios con médicos y 71 sin médico, aun cuando los municipios con médicos representan el 75 % de la población. De los datos registrados en el trabajo de COLLADO ARDÓN y GARCÍA TORRES (1975b) sobre la distribución de médicos en México, podemos observar que solo cuatro estados (Chiapas, Oaxaca, Puebla y Tlaxcala) tienen un porcentaje mayor de población sin cobertura.

A partir de esta información se observa que hay 570.386 personas con posibilidades de cobertura médica en su municipio, y 187.960 personas que no la tienen a nivel inmediato. Si en vez del municipio tomamos en cuenta la localidad, la proporción de personas sin atención potencial se incrementa al 47 % de la población, ya que la mayoría de estos médicos están concentrados en las localidades urbanas de las tres regiones, y en particular en la región I. Pero esta distribución estadística no toma en cuenta la dinámica del proceso yucateco, ya que no incluye la notable movilidad de los médicos privados y públicos desde sus localidades hasta las comunidades sin médico permanente, y en las cuales dan consulta en días prefijados. Así como tampoco se incluye el frecuente traslado de pacientes de sectores sociales medios y subalternos a Mérida, para tratarse con médicos especialistas, tal como hemos observado en Ticul.

Y este último aspecto remite a una particularidad de Yucatán, dado que la región norte concentra el mayor número de médicos generales, pero además es la única en que hay médicos especialistas tanto a nivel de la medicina privada, del ISSSTE, del IMSS como de los Servicios Coordinados. Y en este último aspecto Yucatán presenta características que, aunadas a las ya descritas, establecen un desarrollo diferencial favorable, comparado con la mayoría de los estados mexicanos. Ya que, si analizamos la composición de la plantilla médica del IMSS, observamos que a nivel nacional los médicos especialistas constituyen el 39,9% de todos los médicos en 1965, mientras que en Yucatán la relación se eleva al 46,2%, siendo la segunda entidad a nivel nacional con mayor número de especialistas (ROMÁN Y CARRILLO, 1967).

Pero como ya lo señalamos, también se amplían los recursos humanos y materiales biomédicos en las otras dos regiones, lo cual evidencia una lenta pero constante expansión de la biomedicina. Expansión que se da no solo a través de actividades asistenciales, sino del incremento de los tipos de inmunizaciones: vacuna antipoliomielítica (1963), DPT (1965) y BCG (1968); lográndose por lo menos en el caso de la vacuna antipolio y en los años de 1963/1964 y 1968/1969 porcentajes muy altos de cobertura. No obstante reconocer las bajas coberturas respecto de otros padecimientos, es durante este período que se trazan planes más sistemáticos de vacunación y de control de ciertas enfermedades.

Desde finales de 1950 y hasta alrededor de 1961 la campaña antipalúdica alcanzó su máximo desarrollo; en 1961 todo Yucatán se consideraba en fase de consolidación, salvo una parte de la región sur, limítrofe con Quintana Roo, y un sector de la zona costera de la región oriental que estaban en fase de ataque. El área circunvecina a Mérida, incluida la capital, se consideró zona erradicada. Del análisis de la situación yucateca realizada por el programa nacional contra el paludismo, surge con claridad la constante tarea de control de la malaria que supone el control casa por casa, aun en lugares muy aislados. De tal manera que, si bien a partir de esta década el paludismo comienza a incrementarse en varias regiones a nivel nacional, y sobre todo en la costa del océano Pacífico, desde Sinaloa hasta Chiapas; sin embargo, en Yucatán el proceso no solo se mantiene controlado, sino que todo Yucatán, salvo el área de Mérida, se considera en fase de consolidación. Según señala Román y Carrillo para toda la nación:

La población del área en fase de consolidación, que en 1961 representaba las 3/4 partes del total ha venido descendiendo... Sin embargo, actualmente casi la mitad se conserva en tal fase y se encuentra situada en su mayoría en la vertiente del Golfo de México, y en la Península de Yucatán donde las operaciones antipalúdicas se efectúan con mayor intensidad (ROMÁN Y CARRILLO, 1975: 408-409).

Esta intensificación de recursos en un área donde la malaria está mejor controlada, contrasta con lo operado en otras regiones, ya que en dicha zona solo se encuentra el 2 % de todos los casos, mientras que en los siete estados del Pacífico, desde Sinaloa hasta Chiapas, y sobre todo en Oaxaca, se da el 83 % de los casos de malaria, sin contar comparativamente con los recursos necesarios como para enfrentar un problema localmente importante. Este destino diferencial de los recursos está en relación directa con las condiciones económicas, ya sea con la producción de materia prima o con el desarrollo de los servicios turísticos. En Yucatán este desarrollo diferencial de recursos orientados por las condiciones económicas ha sido una constante, ya que se viene dando desde finales del siglo XIX. Establecer condiciones de trabajo saneadas en el puerto de Progreso, en Mérida y en el área henequenera, y mantenerlas en las áreas turísticas, supone una orientación de los recursos de salud que no está en función directa de las necesidades de salud prioritaria de la población, sino de las condiciones económicas y productivas de ciertos sectores. Desde esta perspectiva, las instituciones del estado, al igual que las instituciones privadas de salud, orientan básicamente sus actividades en función de prioridades económicas, que en ciertos períodos se articulan, y son a su vez determinadas por necesidades de tipo político e ideológico.

Ahora bien, más allá de estas interpretaciones, me interesa evidenciar una vez más el proceso de constante expansión biomédica en Yucatán a través de acciones de atención, pero también de prevención. Lo cual, y lo subrayo, también se expresa a través de la expansión de la oferta y demanda de fármacos

En este período —y en el siguiente— se da un doble proceso complementario en el campo de la salud, por una parte, se consolida el papel hegemónico del estado federal debido en gran medida al crecimiento diferencial del IMSS y del ISSSTE en la entidad<sup>52</sup>. Y por otra se crean los Ser-

52 El IMSS y el ISSSTE están organizados y dirigidos centralmente, de tal manera que sus delegaciones regionales operan lo programado y normalizado a nivel central.



vicios Coordinados de Yucatán, que implica que el gobierno y el Consejo de Salubridad local desarrollarán y dirigirán su propio aparato médico/sanitario, pero ocurriendo que tanto el financiamiento de las actividades médico/sanitarias como la normatividad y orientación de las mismas, estarán cada vez más supeditadas a las decisiones y recursos federales.

Resumiendo, la situación de la década de 1960 indica que las actividades de salud organizadas por el estado federal tratan de ser complementarias, aunque desiguales, y cuya desigualdad está en relación con el papel económico y/o político que cumplen los diferentes sectores. Y así vemos que hay una notable cobertura institucional para determinadas ocupaciones, que están concentradas en la región I y que cuentan con los mayores y mejores recursos en forma directa o subrogada (Marina, Seguridad Nacional, ISSSTE, IMSS). A su vez observamos que el área henequenera es atendida por los Servicios Médicos Rurales Cooperativos, mientras las regiones II y III están a cargo de los Servicios Coordinados, y en pequeña medida del INI. La medicina privada aparece concentrada en la región norte, y especialmente en Mérida, pero además opera en todas las ciudades medianas de las tres regiones. Y por último la medicina tradicional sigue operando en todo Yucatán, aun cuando de manera más subordinada, y observándose una reducción de varios tipos de curadores tradicionales como pudimos observar en Ticul y en otras comunidades.

Ahora bien, el sector salud oficial yucateco y la SSA desarrollaron acciones de salud a través de las cuales no solo se buscaba reducir la mortalidad sino también impulsar acciones comunitarias como fueron los Centros de Bienestar Social Rural, las Casas de Salud, los consejos comunitarios de los centros de salud, al igual que la concepción en la que basaban los Servicios Médicos Rurales Cooperativos o los servicios sociales de pasantía, que suponían un trabajo en y para la comunidad. Más aún, a través de ciertos programas vinculados a salud se trataron de solucionar problemas generados por la situación económica negativa, a partir de concepciones sobre desarrollo comunitario y participación social, que en gran medida promovían antropólogos culturales y sociólogos rurales norteamericanos.

Y así en 1963 la SSA inició los Programas rurales por cooperación, cuya primera etapa se desarrolló entre 1963 y 1964 en cinco áreas nacionales de demostración, una de las cuales fue Yucatán. El objetivo del programa era movilizar la mano de obra rural subocupada a través de la entrega de raciones alimenticias a cambio de trabajo (ALARCÓN Y RANGEL, 1965:415-45). Yucatán está en este decenio en una de sus más profundas

crisis económicas, centrada en la constante reducción de la demanda internacional del henequen. Por lo cual, el incremento de la desocupación, que venía dándose desde la década de 1950, y se agudiza en la década del 60, tratará de ser enfrentado a través de medidas económicas, pero también de propuestas paliativas como la señalada. Esta propuesta, luego de un primer momento aparentemente satisfactorio, entró en crisis, verificándose una vez más que este tipo de soluciones lo único que logran es prolongar la situación sin solucionarla. No obstante, lo que me interesa subrayar es que estos programas establecen la presencia constante, tanto en comunidades urbanas como rurales, de los servicios oficiales de salud, sobre todo a través de las acciones de atención médica, los programas de vacunación, de la campaña antimalárica, pero también de propuestas como la descripta.

Lo analizado hasta ahora nos conduce a discutir, o por lo menos, recuperar dos problemas que han sido tratados sobre todo por autores que han comentado o analizado la relación clase o estrato social/recursos médicos. Prácticamente todos los autores al analizar de manera genérica las condiciones de la atención médica en México, la refieren a clases o a grandes grupos sociales que suelen identificar con clases sociales, según lo cual los estratos sociales altos y medios recurrirían a la medicina privada, los obreros y burócratas a las instituciones de seguridad social y los jornaleros, campesinos minifundistas, «marginales» a la SSA, al INI, a la medicina tradicional o a la «nada». Uno de estos autores señala que a partir de la década de 1930 se desarrolla la medicina estatal y paraestatal, en México, que cobra auge en el decenio siguiente por lo que «Se inicia así la etapa de la medicina institucional con un descenso de la medicina privada que queda relegada a los sectores de la mediana y alta burguesía» (CREVENNA, 1978: 89). Lo cual reiteran otros autores<sup>53</sup> pero sin apoyarse, que yo sepa, en ningún trabajo empírico que verifique tales afirmaciones, salvo el estudio de CELIS y NAVA (1970). No negamos que algunas de estas consideraciones sean correctas; lo que dudamos es que las conclusiones establecidas para el tercer grupo lo sean. De nuestro análisis del estado de Yucatán y de medianas y pequeñas comunidades como Ticul y Pustunich, surge que la medicina privada es consumida por las clases subalternas y aun por las que están en peores condiciones comparativas, y que la tenencia es a consumirla cada vez más.

53 Además de P. CREVENNA sostienen afirmaciones similares A. C. LAURELL (1975, 1978), LÓPEZ ACUÑA (1976, 1980), RODRIGUEZ y VITAL (1979).

El segundo problema refiere a uno de los objetivos centrales de este estudio, y lo he retomado recurrentemente a través del mismo, y consiste en encontrar explicaciones a la constante caída de las tasas de mortalidad, que como hemos visto, atribuyo en parte a la expansión de la biomedicina. Esta expansión se manifestará, como estamos evidenciando, en el incremento de la atención médica pública (Ver Apéndice: cuadro XXII), que coloca a Yucatán entre los primeros estados con mayor consumo de atención médica. Y así, por ejemplo, Yucatán figura entre los primeros cinco estados con mayor número de egresos hospitalarios, y es el cuarto en la relación días/estancia hospitalaria a nivel nacional.

Pero además la década de 1960 se caracteriza porque se realizan las campañas de vacunación que alcanzan las más altas coberturas tenidas hasta entonces en Yucatán, así como se incrementan notablemente las inspecciones y visitas domiciliarias, y se inician los programas de alimentación complementaria. Todos estos datos evidencian el incremento de las acciones de salud sobre la población que, por ejemplo, en el caso del programa alimentario supone que entre 1967 y 1970 se repartieron 4.881.625 raciones alimentarias en 99 localidades, de las cuales 76 contaban con centros de salud. Al margen de si estas acciones resultaron o no eficaces, lo que nos interesa subrayar es la presencia continua en todas las zonas de Yucatán de la biomedicina, que alcanza en este período una cobertura superior a la de los lapsos precedentes, sobre todo en las regiones sur y oriente. Esta expansión debe ser relacionada necesariamente con la tendencia que observamos en los daños a la salud durante el lapso analizado; dado que durante esta década el incremento de los servicios de salud corresponde al lapso en que comienza a disminuir significativamente el abatimiento de la mortalidad en Yucatán.

Ahora bien, esta expansión biomédica, y es importante consignarlo, casi no opera en el caso del embarazo y parto, ya que en los servicios de salud no solo hay una escasa datación de consultas de embarazadas, sino que además durante el período 1965/1970 solo el 15,76 % de las consultas se concretó en un parto institucional. Esta situación, como luego veremos, continuará en la década siguiente, y expresa el amplio dominio de la partería tradicional en los aspectos que tienen que ver con el embarazo, parto y puerperio. Un dominio que sin embargo se correlaciona con las altas tasas de mortalidad materna y neonatal; situación que no solo el sector salud, sino que el gobierno federal nacional tratará de enfrentar durante la década de 1970.

**Cuadro 38. Concentración de plazas según categoría. Yucatán, 1970.**

Categorías	Yucatán	Total E.U Mexicanos
Médico Sanitario Graduado	3	83
Médico Sanitario Asistente	7	806
Médico	124	1.406
Pasante de Medicina	47	1.426
Practicante de Medicina	-	42
Dentista	5	191
Pasante de Odontología	5	257
Enfermera	167	3.168
Enfermera Titulada	24	489
Enfermera Partera	-	66
Enfermera Auxiliar	177	3.074
Enfermera Pasante	7	689
Pasante Químico	-	1
Químico	20	105
Ingeniero	2	83
Veterinario	1	42
Pasante de Veterinaria	-	13
Nutricionista	-	2
Otros Profesionistas	1	11
Pasante de Nutricionista	1	5
Agente	64	1.066
Tecnólogo	15	418
Trabajadora Social	13	318
Auxiliar en serv. Med y lab.	87	573
Promotor Social	-	64
Otros Técnicos	4	142
Oficiales administrativos	145	3549
Otros administrativos	17	603
Auxiliar de intendencia	134	2.774
Otro personal	1	19
Oficial de transporte	24	346
Subtotal	1.035 [1.095]	19.440 [21.831]
Pasantes	60	2.391
Total	1.965 [1.135]	21.831 [24.222]

Fuente: SSA I 970. Nota: Entre corchetes aparecen en el cuadro las sumas correctas. Las plazas totales reconocidas en la plantilla de personal son las que corresponden al subtotal corregido.

*Instituciones públicas y privadas de salud. Complementación y conflicto.  
1970-1977.*

Descrito y analizado el lapso 1900-1969, ahora trataré de realizar un análisis más sistemático de los recursos para la salud de la entidad para el lapso 1970-1978 a través de la descripción y análisis de las siguientes instituciones: SSA (Servicios Coordinados de Yucatán), IMSS, ISSSTE, INI, medicina «privada», y medicina «tradicional».

Como trataré de demostrar, estas instituciones oficiales y privadas, «científicas» y «paracientíficas» funcionan conflictiva y complementariamente, pero no evidencian en su funcionamiento contradicciones entre sí que tiendan al enfrentamiento o la eliminación de alguna de ellas. Aunque existen desplazamientos y conflictos económicos, de poder e ideológicos entre algunas de las instituciones, todas se complementan, incluida la medicina tradicional, para cubrir funcionalmente las demandas y/o necesidades de la población yucateca. Si bien el desarrollo de algunas instituciones supone el desplazamiento o la negación de otras, ello no ocurre por la existencia de conflictos ideológico/culturales, o si se prefiere de «concepciones del mundo» en el lenguaje redilean como siguen sosteniendo muchos antropólogos actualmente, sino debido a conflictos por intereses económicos o de poder. Lo sustantivo, es el funcionamiento complementario de las diferentes «medicinas» en función de los objetivos trazados por los sectores dominantes, y de las necesidades de los sectores sociales subalternos que —y lo subrayo— se redefinen pragmáticamente en función de las condiciones económico/políticas que están operando en cada momento de la realidad, y a través de las cuales se evidencia la hegemonía de los saberes biomédicos, aun dentro de las formas «tradicionales» y de la auto atención.

En nuestra descripción de estas instituciones tendrá un peso particular el análisis de la SSA y de la medicina denominada tradicional (ver capítulo IV), debido en el caso de la primera institución, tanto a los criterios ya estipulados como por ser la que tiene una mayor continuidad de acción en la entidad, por ser legal y teóricamente la encargada de hacerse cargo de los sectores subalternos, por haber desarrollado e impulsado teóricamente acciones colectivas de salud, y por ser la que establece la política de salud y la normatividad de la misma a nivel federal y estatal<sup>54</sup>. Y en el caso

54 La gran expansión del IMSS en el medio rural a partir de la década de los 70 tuvo como objetivo una mayor eficiencia que no podía cumplir la SSA, y por eso ésta última fue despla-

de la medicina tradicional, por ser todavía la más utilizada para ciertos padecimientos por los sectores sociales subalternos, y por ser parte de la identidad cultural de los mismos, aunque en proceso de transformación.

El análisis de todas las instituciones mencionadas supone un esquema similar de desarrollo, de tal manera que primero presentaré información sobre los recursos humanos, materiales y financieros, luego sobre algunos aspectos de la organización y funcionamiento de las instituciones que consideramos pertinentes desde nuestros objetivos; para después hacer algunas comentarios sobre los «productos» de las instituciones, y concluir señalando algunos rasgos de la relación de estas instituciones con la comunidad.

#### SECRETARÍA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA (SSA)

En la descripción y análisis de esta institución seleccionamos y focalizamos aquellas problemáticas que aparecen más relacionadas con los objetivos de nuestro trabajo. Por eso los análisis de los recursos, de la organización y de la producción de esta institución serán parciales y orientados hacia dichos objetivos.

Respecto a los recursos humanos nos interesa básicamente señalar el desarrollo del volumen global y especializado de los mismos, así como su distribución regional. En el cuadro XXIII del Apéndice se observa que los recursos humanos han permanecido relativamente constantes entre 1970 y 1977, y que dentro de esta continuidad se mantendrán las proporcionalidades de los tres sectores ocupacionales que distinguimos en esta institución. Así, el personal médico constituye el 15,6% de los recursos y presenta una leve tendencia decreciente; el personal paramédico constituye el 55,6% y se mantiene estable, y el sector administrativo y de intendencia reúne el 28,8% del total de trabajadores.

Al analizar algunas relaciones entre los dos primeros sectores ocupacionales observamos que entre 1973 y 1977 disminuye el número de enfermeras respecto del número de médicos, pasando de 2,73 enfermeras por médico en 1973 a 2,47 en 1977. Si desagregamos el personal de enfermería en tituladas y auxiliares vemos que en 1973 la relación de enfermeras ti-

---

zada, pero no obstante la SSA siguió siendo el ente normativo y político del estado mexicano, y además formalmente da servicios a casi el 50% de la población yucateca a través de los Servicios Coordinados.

tuladas por médico es de 0,19 a 1 y la de no tituladas de 2,53 a 1, mientras que en 1977 las relaciones son de 0,20 a 1 y de 2,27 a 1, respectivamente. Estas relaciones indican, que la SSA impulsó comparativamente la contratación de médicos, y no proveyó de suficiente apoyo de enfermería, y menos de enfermería calificada.

Los Servicios Coordinados de Salud Pública han regionalizado al estado para su funcionamiento en tres jurisdicciones, jurisdicción I (noroeste), con cabecera en Mérida; jurisdicción II (noreste), con cabecera en Valladolid, y jurisdicción III (sur) con cabecera en Ticul. En estas tres jurisdicciones se cubre una población que teóricamente representa el 49.56% de la población yucateca.

De la distribución de estos recursos en las tres regiones observamos una vez más la notable concentración de los mismos, y así en la región I se encuentra el 67,5 % de los médicos, el 36 % de los pasantes el 56 % de las enfermeras tituladas y el 61,46 % de las auxiliares de enfermería; en la región II está el 13.33 % de los médicos, el 31,86 % de los pasantes, el 8 % de las enfermeras tituladas y el 20,26 % de las auxiliares, y en la región III el 7,5 % de los médicos, el 23% de los pasantes, el 8 % de las enfermeras tituladas y el 11,29 % de las auxiliares. Los restantes porcentajes corresponden al nivel de la Oficina Central.

Para percibir la significación de estos datos, debe recordarse que para 1979, la población que teóricamente debe quedar cubierta por estos servicios es en las regiones II y III, el 13,83 % y el 15,40 % respectivamente del total<sup>55</sup>. De esta información surge la persistencia de la concentración en la región I, y una situación de reducida cobertura en la región III. Además, comparativamente la distribución del personal calificado (médicos, enfermeras tituladas) acentúa esta desigualdad distributiva, lo que no ocurre respecto de los pasantes de medicina. Lo cual debe ser relacionado, a su vez, con el hecho de que en estas dos regiones (II y III) reside la población con menor cobertura de seguridad social y con menores recursos económicos, lo cual vuelve a evidenciar la distribución desigual de los servicios de salud según la importancia económico/política de las regiones.

55 Los datos de los Servicios Coordinados de Yucatán son todavía más críticos que los nuestros, ya que señalan que para 1977 en la región II solo trabajaba el 8,7% de los recursos humanos de esta institución para atender al 28 % de la población.

**Cuadro 39. Recursos humanos de los SCY. Distribución regional, 1979.**

Lugar o región	Total	Médicos	Pasantes de medicina*	Enfermeras	Auxiliares enfermería
Oficina central	50	14	8	7	21
Región I	313	81	33	14	185
Región II	108	16	29	2	61
Región III	66	9	21	2	34
Totales	537	120	91	25	301

\* Asignados a diez comunidades para el programa de planificación familiar. Fuente: SCY 1979.

Debe señalarse, además, que esta concentración formal de los recursos se acentúa si asumimos que una parte de los recursos humanos que operan en las comunidades del medio rural residen en Mérida o en otros centros urbanos, y que frecuentemente los fines de semana y las fechas no laborables se produce un desmantelamiento de los recursos humanos de estas comunidades rurales, especialmente de las regiones II y III, ya que parte del personal de salud se moviliza hacia Mérida, como lo hemos verificado en los casos de Ticul y Pustunich.

Del cuadro 40 se desprenden algunas regularidades que tienen un interés particular para la situación yucateca; en principio, señalemos que en el transcurso de este lapso se produce un aumento significativo del número de consultorios, de quirófanos y de vehículos en general. A su vez, observamos algunos decrementos que consideramos también de importancia, como son las salas de partos y las camas para recién nacidos. Si recordamos que el mayor número de partos se efectúa en Yucatán con parteras empíricas y tenemos presente la importancia de la mortalidad perinatal, nos hallamos con una reducción de recursos que incidirá aún más desfavorablemente en esta situación. Además, el listado de recursos materiales nos indica la ausencia de dos recursos importantes: ambulancias y bancos de sangre. Este déficit da una pauta de las limitaciones que para una correcta atención básica tienen los sectores sociales sublaternos yucatecos que, subrayemos nuevamente, se localizan en las regiones II y III.



**Cuadro 40. Recursos materiales y equipo de la SSA, 1973, 1977.**

Recurso material	1973	1977
Consultorios	60	68
Rayos X	1	1
Banco de sangre	0	0
Quirófanos	1	3
Salas de parto	18	4
Camas recién nacidos	12	10
Incubadoras	4	5
Farmacias	9	4
Ambulancias	0	0
Otros vehículos	30	34

Fuente: SCY 1978.

Del cuadro comentado surge también, un dato interesante, la disminución del número de las farmacias a cargo de la SSA; pero esta disminución es aparente, ya que por el contrario se ha generado un reforzamiento de la medicalización farmacológica, pues actualmente los Servicios Coordinados han implementado, en función del programa de extensión de coberturas, la distribución de botiquines con medicamentos a los auxiliares de dicho programa, de tal manera que para 1977 se habían repartido 162 botiquines a auxiliares localizados en su mayoría en pequeñas comunidades.

Estos recursos se implementan a través de una serie de unidades aplicativas, cuya distribución regional refleja también las características centralizadas del proceso. Si analizamos la evolución del número y tipo de unidades entre 1972 y 1977 observamos que los cambios más notables se dan en la disminución de los centros de salud C, que pasan de 86 en 1972 a 46 en 1973 y 29 en 1977. Esta disminución opera básicamente en la región I, donde dichas unidades pasan de 63 en 1972 a 10 en 1977; mientras que en las otras áreas el número de centros C permanece similar. La reducción de este tipo de centros en la región henequenera se debe a la reorganización de los servicios de salud en dicha zona, que pasarán a estar a cargo del IMSS.

Será esta reorganización la que permitirá a la SSA incrementar el número de camas en las regiones II y III, tanto en los centros de salud B como reduciendo las desigualdades con la región norte en términos de

población «abierta». Este proceso puede percibirse con mayor claridad comparando las tres regiones, y así observamos que a principios de los 70 la región I tenía el 78 % de la población del estado, pero contaba con el 83 % de las camas; a su vez la región II, con el 10 % de la población, tenía el 7,69 % de las camas, mientras la región III con el 11,46 %, tenía el 9,23 % de las camas. Pero en 1973 esta relación cambia significativamente, ya que la desaparición de un hospital tipo A en la región I, reduce su porcentaje de camas al 60 %. Ahora bien, esta disminución del número de camas en la región I corresponde a camas para población «abierta», dado que el Hospital 20 de noviembre pasa a manos del Seguro Social, mientras el Hospital O'Horan funciona con altas cuotas de recuperación que no lo hacen accesible a la población de menores recursos<sup>56</sup>.

Del cuadro 41, nos interesa destacar tres datos, uno que se refiere a la importancia creciente de las inversiones federales en el rubro salud, otro respecto de la orientación de dichas inversiones, y el tercero que establece la distribución diferencial de las mismas. Así podemos observar que los aportes federales pasan de constituir en 1973 el 92,90 % de los aportes totales, a ser el 96,6 % en 1978. Respecto a la orientación de los recursos económicos, se observa que el renglón más importante está referido a «servicios personales», es decir básicamente a salarios del personal, y que durante el lapso analizado se produce un notable incremento de este rubro, que conduce de hecho a que prácticamente la totalidad de los ingresos se destinen a pagos del personal, quedando un pequeño «saldo» que impide desarrollar otro tipo de actividades a partir de las condiciones existentes. En 1973 los «servicios personales» representaban el 64,88 % del total de los egresos, y en 1978 son el 76,8 %. Esta situación trae aparejada, como se percibe en el cuadro citado, la disminución en los gastos de equipamiento y reposición. Además, la distribución de estos recursos por regiones demuestra nuevamente la desigual incidencia de esta institución en Yucatán: las regiones II y III reciben en 1978 menos del 10 % de los recursos económicos totales.

56 Es importante recordar que nuestro análisis se basa en datos estadísticos dudosos generados en su mayoría por el Sector Salud, como lo pudimos verificar a través del trabajo de campo en Mérida, Ticul, Pustunich y otras ocho comunidades. Por ejemplo, en el caso de Ticul, el hospital D adjunto al centro de salud fue proveído en teoría con veinte camas, de las cuales solo fueron instaladas doce, y en la actualidad funcionan nueve.

Cuadro 41.

INGRESOS	1973		1977		1978	
<i>Federales:</i>						
-Tesorería federac.	17.158.315,72	(51,87%)	58.732.452,28	(72,02%)	90.820.936,88	79,58%
-Patrimon. benef. pb.	2.810.429,90	(8,5%)	7.900.848,00	(9,69%)	11.591.687,00	10,13%
-SSA	10.763.210,37	(32,54%)	5.607.764,30	(6,88%)	7.511.114,00	6,57%
<i>Estatales:</i>						
-Totales	2.345.778,64	(7,09%)	9.305.952,72	(11,41%)	4.227.642	3,7%
Total:	\$ 33.077.734,63	(100%)	\$ 81.547.017,30	(100%)	114.151.379,88	

EGRESOS	1973		1977		1978	
-Servicios person.	21.459.854,00	(64,88%)	72.616.498,40	(89%)	97.598.188,98	78,51%
-Compra bienes admon.	10.224.023,15	(30,90%)	6.569.031,23	(8,05%)		
-Servicio general	723.351,40	(2,19%)	1.319.196,04	(1,61%)	26.673.629,22	21,42%
-Transferencias	650.106,00	(1,97%)	664.242,00	(0,81%)		
-Adquisición de B. Fomen. y conserv.	24.400,08	(0,06%)	426.000,00	(0,52%)	135,00	0,07%
Total	\$ 33.081.734,63	(100%)	\$ 81.594.967,67	(100%)		100%

Fuente: SCY 1978.

Tanto los datos estructurales como los surgidos de entrevistas y observaciones evidencian que los objetivos y actividades del sector salud están condicionados en la entidad por objetivos políticos, económicos, sociales, y administrativos en el orden señalado. Es decir, que los procesos organizativos de tipo técnico están de hecho supeditados a los procesos políticos, económicos y sociales, que son los que establecen los límites de lo que puede y no puede hacerse. Esto no significa ignorar la importancia de los procesos organizativos y administrativos, sino señalar sus limitaciones.<sup>57</sup>

En el sector salud oficial de Yucatán opera un tipo de organización en la que se articula la situación de dependencia vertical respecto del gobierno federal, con un alto grado de autonomía relativa local; subrayando que la principal dependencia corresponde al financiamiento, ya que está decidido desde el poder central. Pese a esta limitante, observamos que la verticalidad y dependencia local operan sobre todo a nivel formal; nivel que requiere necesariamente de procesos sociales, políticos y organizativos locales no formales para poder funcionar, o mejor dicho remiten a una formalidad distinta de la establecida a nivel federal. Esta situación que observamos entre el nivel federal y el gubernamental se repite en la relación similar que se establece entre este último y los niveles aplicativos locales. En la relación que existe entre estos tres niveles, existe una regla no explicitada formalmente, según la cual el nivel más alto puede establecer medidas inconsultas, exigencias inmediatas para objetivos no prioritarios, reducción de actividades o reorientación de recursos, que son parte de las expectativas posibles de los actores sociales subordinados respecto de decisiones que pueden aparecer como arbitrarias, pero que son parte de la organización informal.

Con respecto a los «productos»<sup>58</sup> generados por la SSA en el quinquenio analizado, observamos que, en consulta general, consulta a em-

57 El término «producto» refiere a las diferentes actividades generadas por el sector salud, y que son convertidas en «productos», a partir de una tecnología administrativa y contable que expresa la ideología cada vez más dominante, que trata los procesos de salud a través de indicadores económico/productivos.

58 El enfoque administrativo utilizado por el «Sector Salud» aplica casi mecánicamente las concepciones administrativas generadas por diferentes tendencias teórico/prácticas norteamericanas, en particular las producidas por la Escuela de Harvard y, en menor medida, por la de Chicago, subrayando que estos enfoques focalizados en lo administrativo no incluyen los aspectos políticos, ni el tipo de informalidad que opera en el Sector Salud mexicano. En algunas de estas corrientes la dimensión política aparece referida a un meta sistema que

barazadas, consulta odontológica, partos atendidos, egresos hospitalarios, exámenes de laboratorio, visitas domiciliarias y esquemas de inmunizaciones se produce un incremento que en varios casos es muy significativo. Este incremento tiene lugar en las tres regiones; y de los datos comparados de los cuadros XXV, XXVI y XXVII del Apéndice se desprende que estas actividades han aumentado en todas las localidades. Si bien sabemos de lo rutinario, simulado, e inclusive inventado de estas actividades, hay un hecho que debe considerarse en toda su envergadura, y es el aumento de la presencia de los servicios de salud en las medianas e inclusive pequeñas comunidades. Para obtener una imagen más puntual de lo que estoy señalando analizaré en particular las siguientes actividades: consulta, atención del parto, inmunizaciones y objetivos de las visitas domiciliarias.

**Cuadro 42. Actividades desarrolladas por la SSA 1973, 1977 y 1978.**

Tipo de actividades	1973	1977	1978
Egresos hospitalarios	2418	4431	
Consulta médica	131274	271354	313112
Subsecuentes		181830	
Consulta odontológica	67790	68433	62715
obturaciones	1037	1501	1705
extracciones	8368	9971	11930
aplicaciones de flúor	56883	33804	46069
otros	1502	3157	3011
Egresos hospitalarios	2418	4236	5422
Atención a las embarazadas	10704	18130	21326
por la vez	3816	6466	7744
Subsecuentes	6888	11664	13582
Partos atendidos	1949	3080	3949
Examen de laboratorio	115445	63629	132733

---

nunca se describe y analiza en nuestro caso. Este enfoque permite poner entre paréntesis lo que es determinante a nivel local, en la medida que crea un espacio imaginario dentro del cual se producen descripciones, análisis y diagnósticos técnicos congruentes en sí, pero sin capacidad política operativa. Obviamente estos enfoques solo operan a nivel «teórico».

Tipo de actividades	1973	1977	1978
Immunizaciones			
antirrábica H		1197	
antivariolosa: la . Vez	5330		
revacunación	2580		
BCG	16787	9906	50105
polio	9111	10898	74571
DPT		13531	35747
Sarampión	60927	2956	27736
toxoides tetánico		4734	
Inspecciones de saneamiento			
comerciales	20321	23633	
industriales	1211	1248	
de servicio	11945	824	
Pláticas a grupos	1364		
Visitas domiciliarias	31102	43084	59040

Fuente: SCY.

**Cuadro 43. Visitas domiciliarias SSA, 1978.**

Tipo de visita domiciliaria	Núm.	%
Planificación familiar	9 045	15,3%
Control prenatal	5 521	9,4%
Control posnatal	4 882	8,3%
Otras	39 592	67%
Total	59 040	100%

Fuente: SCY.

El volumen de la consulta pasó de 131.274 en 1973 a 313.112 en 1978, lo cual indica un notable y constante incremento, y si bien dicho incremento se da en las tres regiones, como siempre se concentra en la región I, en la cual se dan el 75,15 % de las consultas mientras en las regiones II y III

se dan el 13,46% y el 11,36% respectivamente. Lo cual supone una continuidad histórica que tiene que ver con la mayor concentración demográfica, económico/política y de servicios de salud en la región norte. Mientras en esta región operan la mayoría de los servicios oficiales y privados, en las otras dos regiones solo operan los Servicios Coordinados, junto con algunos pocos servicios del INI, y los consultorios médicos privados. La diferencia entre la región I y las otras dos tiene que ver además con que la consulta hospitalaria, y la consulta a especialistas solo puede hacerse en la región norte, lo que implica el traslado y derivación de pacientes hacia la misma, lo cual pudimos observar reiteradamente en Ticul y Pustunich.

Esta desigualdad se observa en la diferente relación consulta hora/médico que se observa entre las tres regiones, señalando de paso que Yucatán incrementó esta relación pasando de una media de 3.1 consulta hora/médico en 1977 a 3.3 en 1978, lo cual desde una perspectiva administrativa resulta en cierta medida aceptable, ya que pondera como adecuada una relación de cuatro consultas por hora. Pero mientras en la región I dicha relación hora médico es de 4.4, en la región II es de 1.1 y en la región III de 2.4 (ver cuadro XXV del Apéndice).<sup>59</sup>

Al analizar el volumen de consultas impartidas mensualmente surge, por lo menos para el año de 1978, un proceso ya señalado al describir la mortalidad y morbilidad; el volumen de consultas aumenta a partir de los meses en que empieza a generarse el período de carencia alimenticia, es decir cuando se han agotado, en general, las reservas de maíz; comenzando a descender el número de consultas a partir de las primeras cosechas.

Respecto a la atención y control de embarazadas, observamos que en este tipo de consultas el aumento ha sido un tanto menor que en la consulta general. Pero lo más notorio, es un proceso que se mantendrá a través

59 Este énfasis en la cantidad y la imposibilidad de generar análisis e indicadores de calidad, reflejan paradigmáticamente la orientación «mercantilizada» del modelo médico tanto público como privado. Es interesante observar cómo la teoría administrativa aplicada a la salud pública, los textos utilizados en la enseñanza, a nivel inclusive de maestría, así como los ejercicios docentes, apenas dan información sobre las «mediciones» cualitativas. Casi no existen análisis ni meras descripciones sobre la «calidad» de los productos, pero sí contamos con información sobre la cuantificación de los mismos. Esto refleja no solo la orientación mercantilista del modelo médico aun en salud pública, sino la cosificación, burocratización y asocialización del mismo. Los autores que actualmente se están planteando esta problemática no superan la visión «cuantitativa», o están proponiendo estrategias exploratorias donde no alcanza a determinarse la «calidad del producto»(ver DONABEDIAN, 1978, 1979a, 1979b).

de todo el período. Nos referimos a las notables diferencias que hallamos entre el número de embarazadas controladas y el volumen de partos atendidos; lo cual se evidencia aún más cuando analizamos el volumen de consultas subsecuentes. La información señala para 1978 que las embarazadas controladas suman 7.744, pero que los partos atendidos biomédicamente son 3.949, es decir que solo el 51 % de las embarazadas controladas dio a luz en una institución médica. Si discriminamos la información por regiones, vemos que en la región I, del total de las embarazadas controladas, el 65.49% realizó el parto en una institución médica, mientras que en la región II el porcentaje fue del 59,16 % y en la región III del 43,47 %. Además observamos que de los partos atendidos en los centros C, que se hallan distribuidos en las tres regiones pero sobre todo en las localidades más marginales, sobre 1075 embarazadas controladas, solo 53 se atendieron en dichos centros, es decir el 5 % (ver cuadro XXVI del Apéndice).

Estos datos no solo indican la notable utilización de las parteras empíricas, sobre todo en las comunidades más marginales de las regiones II y III, sino también la baja utilización de los recursos institucionales. Si bien se incrementa el parto biomédico, este proceso se da en Mérida y sobre todo en la ciudad de Valladolid; pero en el caso de la última localidad tiene que ver, como lo pudimos verificar en nuestro trabajo de campo, con el desempeño de una nueva directora del centro de salud que impulsó toda una serie de medidas que incrementaron la demanda de la población en casi todos los rubros. Hecho que también pudimos verificar en Ticul, pero señalando que ambos directores, y por distintas causas, fueron después desplazados de sus cargos.

Esto indica que dentro de los límites que permiten los niveles centrales pueden sin embargo generarse cambios positivos significativos en la medida que sujetos con capacidad resolutoria a nivel local decidan impulsarlos; pero también indica que dicho proceso suele generar «resistencias» o afectar intereses que llevan a la separación o al «control» de dichos sujetos. En consecuencia, este aumento del rendimiento lo consideramos transitorio, ya que solo durante un lapso de tiempo puede descansar en la acción personal, para luego por cansancio, desazón, «adecuamiento» o reemplazo retornar a las formas rutinarias de trabajo. En otras experiencias coordinadas por nosotros, se percibieron procesos similares<sup>60</sup>.

60El ejemplo más relevante es el que fue analizado en el Centro de Salud B de Ario de Rosales, Michoacán. Ver Escuela de Salud Pública de México (1979).



Al observar el volumen de las actividades de inmunización, encontramos que la aplicación de vacunas en el periodo 1973/1977 tiende a incrementarse en el caso de las vacunas antipolio y DPT (contra la difteria, tos ferina y tétano), y a descender en lo referente a la vacuna antivariólica, la BCG (contra la tuberculosis broncopulmonar) y la antisarampionosa. En el cuadro 44 se observa que, en el caso de la DPT, y en menor grado en el caso de la Sabin, cuyas coberturas son comparativamente altas, no se cumple ni el 50 % de las metas fijadas, y que en el caso de las vacunas BCG y antisarampionosa la cobertura es realmente mínima. Si recordamos que de nuestros análisis de los datos de morbilidad y mortalidad surge que la población de Yucatán presenta comparativamente la menor cantidad de anticuerpos antisarampionosos, tanto en población vacunada como no vacunada, el tremendo déficit de esta cobertura indica los riesgos potenciales a que está sometida la población infantil y preescolar.

**Cuadro 44. Esquema de vacunaciones en Yucatán, 1977.**

Biológico	Meta	Resultado	% de cobertura
BCG	80.015	9.906	12,38%
Sabin	30.640	10.898	35,56%
Antisarampionosa	19.715	2.956	14,99%
DPT	27.353	13.531	49,46%

Fuente: SCY 1978.

Sin embargo, este panorama cambia radicalmente en 1978, cuando no solo se aumentan los volúmenes absolutos de vacunación, sino que los mismos se acercan a las metas fijadas e incluso las superan. De tal manera que en el caso de la vacuna Sabin se llega al 155 %, en antisarampionosa al 89 %, y en DPT al 83 %, porcentajes todos que señalan una mayor eficiencia de los servicios. Ahora bien, lo que no sabemos dado lo ocurrido durante este lapso, es si dicho mejoramiento continuará, o nuevamente se reducirá la aplicación del esquema de vacunación Señalo esto, porque del análisis de la década de 1970 surge un proceso de vacunación (DPT, antisarampionosa, antipolio, BCG) que podemos describir como «oscilante». Desde principios de esta década se genera un proceso francamente positivo, ya que el grado de sistematicidad en la aplicación del esquema aumenta significativamente entre 1971 y 1973-1974; inclusive por primera vez se hace aplicación intensiva a menores de cinco años en comunidades de hasta 500 habitantes. De tal manera que Yucatán logró para ciertas va-

cunas coberturas superiores a la nacional, como en el caso de la vacuna antisarampionosa, en que la entidad sobrepasa la meta propuesta alcanzando una cobertura de 129.4% respecto a la nacional, que llega al 99.4%.

Pero a partir de 1973/1974 las acciones de vacunación descienden notablemente, no solo respecto de sus propias coberturas, sino de la media nacional. Así, para la vacuna antisarampionosa en 1974 la relación para Yucatán es de 58,1 %, mientras que para la nación es de 85,9 %, y en 1975 el descenso toma caracteres de suma gravedad a nivel de todo México, pero muy particularmente en Yucatán: 23,6 % frente a 56,2 %. Esta tendencia en la aplicación de todas las vacunas se mantiene constante hasta 1977; pero al año siguiente, como ya vimos, se genera un aumento en el conjunto de las actividades de vacunación. El proceso yucateco en lo referente al esquema rutinario de vacunación indica una tendencia ascendente en el largo plazo, pero dentro de un proceso cíclico que suponen descensos de tal envergadura que revierten la posibilidad de una acción realmente eficaz, y que no tienen que ver, por otra parte, con una política de ciclos estacionarios alternados de inmunización masiva.

Respecto a los objetivos de las visitas del personal de enfermería, vemos que están fuertemente concentradas en las visitas de planificación familiar y hacia el programa materno-infantil, que como sabemos están estrechamente ligados, por lo menos en Yucatán; estas visitas constituyen el 33% del total, diferenciadas en 9040 visitas de planificación familiar, 5.521 de control prenatal y 4.882 de control posnatal. Si discriminamos el volumen total de visitas de planificación familiar por regiones, observamos que, del total de 9.040, el 46,99 % se lleva a cabo en la región I, el 25,55 % en la región II y el 27,45 % en la región II (ver cuadro XXVII del Apéndice).

Es interesante señalar que el rubro visitas es el único en el que las regiones II y III tomadas conjuntamente superan a la I, tanto en términos absolutos como relativos al volumen de población a atender. Esta situación tiene que ver con el papel relevante que tienen las parteras empíricas en las regiones II y III, ya que en última instancia estas visitas tienen una función de supervisión de lo que está ocurriendo con el proceso de embarazo/parto/puerperio como parte del programa de Planificación Familiar, que se convertirá durante este periodo en el principal programa impulsado por el Sector Salud mexicano

Considero que, por lo menos en parte, la necesidad de impulsar este programa, es lo que ha dado lugar a impulsar la cobertura médica a ni-

vel nacional y de Yucatán en particular. Y así, por ejemplo, el diagnóstico de salud generado por las autoridades sanitarias federales consideraba la expansión y calidad de la atención médica como primera prioridad. Señalando que,

Se dispondrán los medios para extender la atención médica hasta las poblaciones más pequeñas, mediante la asignación de pasantes de medicina, organización de casas de salud y brigadas sanitarioasistenciales. Se calcula para el presente año y el siguiente establecer 75 casas de salud que serán atendidas por personal adiestrado de sus mismas comunidades (PRIMERA CONVENCION NACIONAL DE SALUD 1974, I: 525).

Y agregaban,

Se procurará por todos los medios posibles estimular y aprovechar sistemáticamente la cooperación de la población mediante una vinculación más consciente, más deliberada, y mejor organizada, tanto en la formulación, como en la ejecución del programa a desarrollar. Estas acciones tienen que ser aceptadas conscientemente, porque es indispensable que la comunidad esté convencida de la conveniencia y de la urgencia de elevar los niveles de salud individual y colectiva ((PRIMERA CONVENCION NACIONAL DE SALUD, 1974, I: 541).

Al comparar este período con el lapso 1965/1969 observamos que disminuyen notablemente la consulta médica general pasando de un promedio anual de 615.000 a 240.000; los egresos hospitalarios que pasan de 10.336 a 4.000, y las visitas domiciliarias de 103.500 a 43.700. En cambio, aumenta la consulta odontológica (de 18.300 a 65.000) y la atención a embarazadas (de 15.400 a 16.700). Respecto al esquema de vacunación vemos que disminuye la aplicación de antipolio y de DPT, y que aumenta la aplicación de BCG. Pero estos notorios descensos son debidos a que el IMSS se hará cargo de los servicios de salud del área henequenera, que justamente incrementará notablemente la demanda de consulta por parte de la población de dicha área.

La SSA lleva a cabo en Yucatán los siguientes programas de salud: obras rurales por cooperación, nutrición, poliomiélitis, sarampión, tuberculosis, fiebre reumática, difteria, tos ferina, tétanos, cáncer cérvicouterino, enfermedades venéreas, enfermedades crónicas de la piel, rabia, campaña anti *Aedes Aegypti*, planificación familiar, atención materno-infantil, saneamiento ambiental, atención médica, plan de extensión de cobertura, diabetes mellitus; los cuales, al margen de su aplicación y eficacia, suponen un hecho real, que es la presencia, a través de inmunizaciones, pláticas,

rociados, detección de casos, etcétera, de los servicios de la SSA en las comunidades rurales y urbanas. Como ya vimos, muchas de estas actividades se cumplen deficientemente; pero en este caso reiteramos que nos interesa señalar la presencia, más que las consecuencias asistenciales de la actividad.

Es en función de dos factores, la extensión de los servicios de salud a nivel comunitario, y la importancia del problema, que seleccionamos para su análisis tres programas: el de extensión de cobertura, los referidos a problemas nutricionales y el programa contra el paludismo.

El diagnóstico de salud ya citado, consideraba que la solución de los problemas asistenciales constituía el objetivo prioritario del Sector Salud<sup>61</sup>, y por ello se intentó inicialmente paliar los problemas asistenciales, tanto a nivel nacional como yucateco, mediante la aplicación del denominado Programa de Extensión de Cobertura (PEC). Este programa presenta algunas características paradigmáticas, por lo cual procuraremos analizarlo en detalle a través de los siguientes apartados: *a)* los fundamentos que conducen a implementarlo; *b)* la concepción ideológica que supone el programa a nivel manifiesto; *c)* las características del funcionamiento del mismo, y *d)* las consecuencias generadas hasta ahora.

Este programa se fundamenta en la existencia de condiciones negativas de morbilidad, mortalidad y cobertura que existen en las áreas rurales y «marginales» mexicanas, las cuales se caracterizan por tener precarias condiciones de saneamiento ambiental, sufrir de «debilidad económica» (sic), y tener una baja cobertura de atención médica, ya que: «Se estima que en el medio rural apenas un 15 % de la población tiene una atención médica permanente; 18 millones de personas en localidades de menos de 2.500 habitantes no cuentan con servicios médicos» (SSA 1977:3). Y esto ocurre pese a que los Servicios Coordinados llevan a cabo 17 programas de salud en las áreas rurales, de los cuales varios tienen que ver directamente con la problemática asistencial, como son los referidos a centros de salud rural, hospitales anexos, consultorios de salud, casas de salud, médicos comunitarios, parteras empíricas, servicio social, obras rurales por cooperación, programas de alimentación complementaria. Los cuales, al igual que otras actividades analizadas, parten de una concepción «comunitarista» para su realización. La mayoría de estos programas serán

61 El ejemplo más relevante es el que fue analizado en el Centro de Salud B de Ario de Rosales, Michoacán. Ver ESCUELA DE SALUD PÚBLICA DE MÉXICO (1979).

asimilados o relacionados con el PEC para «optimizar los recursos, unificar los objetivos y racionalizar las actividades dispersas».

La concepción ideológica que se manifiesta en el PEC está ya presente en los programas enumerados; y así, por ejemplo, las Casas de Salud eran consideradas la unidad mínima de los Servicios Coordinados, y debían ser

El resultado del esfuerzo de la comunidad rural, organizada y asesorada por el personal de salud. La partera empírica adiestrada u otro personal auxiliar adiestrado es el encargado de la casa de salud, para impartir servicios asistenciales elementales, atención materno-infantil, educación higiénica y otras actividades de salud. La participación de empíricos adiestrados en las comunidades, es seguramente la forma más real y trascendente de participación comunitaria y un camino obligado para alcanzar los objetivos de cobertura y calidad en la atención materno-infantil propuesta para los países en desarrollo (PINEDA, 1975:171).

Este programa busca impulsar la cooperación popular, que por otra parte ya había sido implementada previamente de muy diferentes maneras, recordando que el programa de obras rurales por cooperación supuso la organización de mano de obra voluntaria para la realización de trabajos, a cambio de raciones de alimentos. Más aún en un informe de 1973 de la División General de Servicios Coordinados, se señala que para cumplir este programa debían llevarse a cabo las siguientes actividades:

a) Asambleas de campesinos, como método básico en el estudio de problemas, análisis de recursos y toma de decisiones para la selección y ejercicio de las obras; b) Organización de comités de obras, designados por la asamblea de campesinos en cada caso responsables de la ejecución de los trabajos y del manejo y utilización de los recursos disponibles (DIVISIÓN GENERAL DE SERVICIOS COORDINADOS, 1973: 101).

A su vez el programa de alimentación complementaria tratará de mejorar la alimentación de los grupos más vulnerables, apoyando sus acciones con actividades educativas y demostraciones culinarias. En todos estos programas las acciones deberían tender a conocer, a movilizar, a hacer participar a la comunidad, incluyendo en ocasiones estímulos materiales que refieren básicamente a alimentos. El PEC constituye una continuidad de estas actividades y programas, así como de la concepción ideológica «comunitaria» dominante en los mismos.<sup>62</sup>

62 Las publicaciones que expresan las concepciones de los organismos y de los profesionales de la salud pública mexicana, en particular las revistas *Higiene y Salud Pública de México*,

Si bien contamos con antecedentes, estas acciones comunitarias encontraron su fundamento e impulso iniciales durante el período cardenista, y si bien se formularon conceptualmente con los aportes de la antropología cultural norteamericana durante las décadas de 1940 y 1950, hallaron un desarrollo sostenido, aunque discontinuo propio durante el decenio de 1960, cuando se implementaron planes y actividades cuyo eje era el desarrollo y la participación comunitaria. Uno de estos programas fue el denominado Distritos Integrales de Salud Pública:

En el distrito integral de salud pública, el personal actúa para conseguir la participación de la comunidad, partiendo del principio de que sin ella no hay programa eficaz de salud pública. La administración sanitaria mexicana considera como fundamental esta participación para el mejor desarrollo de programas y servicios (GARCÍA SÁNCHEZ *et alii*, 1961: 585-586).

Esto supuso el conocimiento integral de la comunidad para poder impulsar las acciones y la participación de la población. Se pretendió conocer las siguientes características básicas: demografía, situación geográfica, factor histórico, base económica, estructura social e instituciones, sistemas de actitudes de la población:

Completado el estudio sistemático de la comunidad se desarrollan los programas a través de los grupos auxiliares y del personal voluntario para obtener: a) utilización y aceptación de las nuevas ideas que el programa indica; b) participación en la realización de obras y mantenimientos de servicios y c) recuperación económica parcial o total del importe de los servicios proporcionados por la SSA (GARCÍA SÁNCHEZ *et alii*, 1961: 586).

Vemos entonces que el PEC constituye una continuidad de los programas anteriores que, recordemos, también se habían aplicado en Yucatán. En este estado el programa de distritos integrales se aplicó en el distrito de Tekax que implicaba las localidades de Pustunich y Ticul; después fue reemplazado por otros con contenidos similares que establecen una continuidad de acciones sobre las pequeñas y medianas localidades yucatecas. Estos programas se caracterizaron por dos rasgos básicos: la invocación ideológica a la participación comunitaria, y por referir las problemáticas de salud al contexto socioeconómico y sociocultural donde operan las

---

publican periódicamente textos en los que dominan las concepciones analizadas. Consultar por ejemplo la revista Higiene, números 1 y 2 del volumen 23, el número 6 del volumen 26, el número 4 del volumen 27 de los años 1971, 1976 y 1977 respectivamente.

mismas. Pero, como venimos analizando, la participación comunitaria adquiere reiteradamente características verticales, y la participación o no participación de la población es explicada por los niveles educativos de la misma. Mientras que el contexto queda reducido en los hechos a las condiciones ecológicas y culturales de la comunidad.

Las actividades del PEC estarán calçadas de estas experiencias anteriores, y así; para implementarlo «Se celebrarán reuniones con las autoridades estatales, municipales y de la liga de comunidades agrarias para que realicen el reclutamiento de las personas propuestas por la comunidad para recibir el adiestramiento de los auxiliares de la comunidad» (SSA, 1977:23). Pero esta implementación, al igual que en los programas anteriores, no se manejará según los criterios de participación escritos y formalizados que apelaban inclusive a la autonomía participativa, sino según la tradición pragmática y vertical que los caracteriza.

Al igual que los anteriores, el PEC será un programa jerarquizado, unilateral, asimétrico, intermitente; y así toda la tarea de dirección, organización, decisión, estará colocada fuera de la comunidad. De allí, que entre lo formulado teóricamente por el PEC y lo que realmente se realiza en términos de participación comunitaria, haya una contradicción aparente. Y decimos aparente porque la contradicción aparece si solo atendemos a los procesos formales en los cuales emerge una diferenciación entre lo enfatizado por el programa respecto a la función autónoma y participativa de la comunidad, y su exclusión de cualquier nivel organizativo y decisorio. Pero para los que diseñaron e impulsaron este tipo de participación nunca hubo contradicción, dado que más allá de las palabras escritas, ellos siempre pensaron y sobre todo ejecutaron participaciones subordinadas. La contradicción es propuesta por los analistas, que solo permanecieron en el nivel manifiesto de las palabras.

Por lo cual, a nivel manifiesto, desde las máximas autoridades de los Servicios Coordinados hasta las coordinadoras de módulos operativos, enfatizan el hecho de la autodecisión comunitaria indígena, e inclusive proponen atraer e incorporar al programa a los curadores «tradicionales» como auxiliares de salud. Teóricamente los criterios empleados por las autoridades para seleccionar a las auxiliares de salud promovían la prioridad comunitaria, tradicional y autónoma. Dichos criterios eran la residencia permanente en la comunidad, la educación primaria, el bilingüismo, la vinculación con la medicina tradicional, y que los auxiliares sean elegidos por la propia comunidad. Este último punto aparece enfatizado tanto en

términos escritos como declarativos, ya que, según éstos, dicho criterio constituye «la mayor garantía de participación de la comunidad». Pero justamente este criterio casi no fue aplicado; de nuestras entrevistas con las coordinadoras y con los auxiliares de los módulos, así como con las autoridades comunitarias, surge que en casi todos los casos dicho personal fue elegido por los promotores de salud y/o por las autoridades del centro de salud, por su vinculación anterior a actividades de salud, pero sin consultar ni reunir a la comunidad para efectuar la selección. Es decir que, como lo señalamos, en los hechos no se generó ninguna contradicción, sino que pese a lo «recomendado», se hizo lo que tradicionalmente se ha hecho en Yucatán en las relaciones con la comunidad: la selección vertical inconsulta.

El PEC funciona en Yucatán desde el 1º de mayo de 1977, y opera en 120 comunidades de entre 500 y 2.500 habitantes en las regiones I, II, y III, aun cuando el mayor número de comunidades están localizadas en estas dos últimas regiones (ver cuadro XXXII del Apéndice). Este programa está organizado en tres niveles aplicativos de diferente grado de complejidad; el primero corresponde al auxiliar de salud, que para su funcionamiento requiere teóricamente una asesoría continua y sistemática por parte de personal de salud. El objetivo prioritario del auxiliar de la comunidad es la promoción y la prevención. El ingreso del paciente al sistema se produce a través de este primer nivel, siendo atendido siempre que se trate de enfermedades de bajo riesgo. Si la causa lo amerita, el paciente es derivado a los otros niveles. Para realizar las actividades de este primer nivel se han adiestrado, hasta agosto de 1978, a 120 auxiliares, de los cuales 23 son parteras empíricas y 39 curanderos. Este personal recibe teóricamente un pago por sus servicios, que es financiado por los Servicios Coordinados; al momento de realizar el trabajo de campo 50 de los auxiliares eran pagados con fondos provenientes de la dirección materno-infantil destinados originalmente a planificación familiar. Como veremos, esto no supone reorientar los fondos hacia otras actividades sino, por el contrario, reconocer que una de las principales actividades del auxiliar está dirigida hacia la planificación familiar.

Los auxiliares perciben un estipendio de 500 pesos mensuales, que les abonan indirectamente, tratando de no constituir una relación obrero/patronal que condicione más tarde una relación formal de trabajo con la SSA; es decir el logro de plazas de trabajo definitivas. Señalemos que esta situación ya se ha presentado con auxiliares de salud en algunos países



latinoamericanos, que han dado lugar a reivindicaciones de tipo salarial/ocupacional, y que pudimos detectar en algunos auxiliares de las comunidades estudiadas. Es decir, que en la decisión de dedicarse a estas actividades de salud dentro de un marco institucional oficial está presente el hecho de que constituye una fuente de ingresos, así como de una posible ocupación rentada. Lo cual genera situaciones conflictivas en la actualidad, y propicia otros conflictos ulteriores, que tal vez se agudizarán en la medida que dichos problemas no sean tratados y resueltos junto con la comunidad. Y si bien no sabemos si surgirán a nivel comunitario, es casi seguro que esos conflictos se darán en forma individual.

Los auxiliares del PEC, además de los 500 pesos mensuales, obtienen otros ingresos por sus actividades, dado que pueden cobrar hasta dos pesos por inyección aplicada, y hasta 20 pesos por curación; además venden los medicamentos que gratuitamente les proporciona la SSA. El precio de los medicamentos debe ser un 50 % menor de su valor comercial, pero los auxiliares no necesitan dar cuenta del cobro de los mismos, por lo cual la norma de vender los medicamentos al 50 % no siempre se cumple. Más aún, según nuestros datos, en algunos casos no se cumple porque la mayoría de los miembros de las comunidades no conocen esta norma; y en otros, porque el auxiliar realiza una estimación del precio del medicamento en base a las tiendas que los venden localmente, y en función de ello decide el precio. Los cálculos indican que un auxiliar de salud percibe realmente entre 1.300 y 1.500 pesos al mes; si bien como veremos, ésta percepción es potencial, y solo operó durante escaso tiempo.

El primer nivel de atención debe localizarse teóricamente en los que se denominan consultorios rurales, pero la mayoría de las veces se trata de hecho de la vivienda del auxiliar, ya sea porque no todas las localidades tienen instalación especial, o porque se han suscitado problemas entre la comunidad y el auxiliar, negándose aquélla a que el auxiliar del PEC utilice la Casa de salud. El equipo mínimo que debe tener el consultorio consiste en mesa de exploración, botiquín con treinta productos medicinales, termómetro, material para curación y para inyectar, lo cual es proporcionado gratuitamente por los Servicios Coordinados de Salud de la entidad.

El radio de acción del auxiliar raramente puede superar su propia comunidad y las pequeñas localidades inmediatas, ya que a mayor distancia los pacientes prefieren siempre ir a los servicios de atención más compleja o por lo menos a los que cuentan con un médico. Todos los auxiliares, como ya se señaló, han recibido un curso en el cual se les impartió toda

una serie de conocimientos y prácticas. Ticul fue cabecera de adiestramiento durante el período en que estuvimos realizando el trabajo de campo y, por lo menos, parte del adiestramiento lo dio un reconocido médico de dicha localidad.

Para agosto de 1978, y en el término de un año, el PEC había dado 23.355 consultas y se habían canalizado a otros niveles 1318 pacientes, lo cual es considerado satisfactorio por las autoridades del programa. Este volumen de consultas y de actividades está orientado en gran medida hacia la planificación familiar, que de hecho ha sido constituida como una de las actividades eje del programa. En consecuencia, esta constatación debe ser analizada en el proceso de constitución del PEC, a fin de hallar sus verdaderos objetivos más allá de lo manifiesto y formal de las declaraciones.

De las entrevistas efectuadas con auxiliares, comités de salud, población abierta y coordinadoras de módulos surge un elemento común, que refiere a la apatía de la comunidad respecto del nuevo programa; y esta apatía puede significar rechazo, falta de colaboración o directamente una actitud de expectativa. El rechazo se evidenció, por ejemplo, en comunidades en las cuales el auxiliar de salud reemplazó al personal médico (pasante); y ello pese a que en algunos casos el pasante hacía meses que se había ausentado de la comunidad. En estos casos, el rechazo se manifestó no concurriendo al consultorio rural y optando por atenderse con curadores «tradicionales», o yendo a atenderse a localidades en las que había médicos. La falta de colaboración expresada en la disolución del comité de salud, la baja concurrencia a los centros de salud y/o no «prestar» la Casa de salud para que atienda el auxiliar, parecen ser producto de la desconfianza que generó en las comunidades la elección de auxiliares que no tenían preparación técnica específica:

La opinión de los campesinos de la zona sur, coincide en manifestar mucha desconfianza: «¿Cómo, arguyen no sin razón, una persona iletrada, o escasamente alfabeta puede asimilar los conocimientos necesarios en 15 días (duración de los cursos anunciados por la SSA), como para que podamos confiarle nuestra salud y quizás nuestra vida?» (CIDER 1979: 99).

Nosotros recogimos opiniones similares en comunidades de las regiones II y III. Consideramos que hay un factor «interno» que contribuye a generar un proceso conflictivo en el desarrollo de este programa, y nos referimos a la actitud de rechazo que una parte de los médicos tiene hacia el programa en general y hacia los auxiliares de salud en particular. Debe

reconocerse que en algunas comunidades dicho rechazo está en parte fundamentado por la actitud de algunos auxiliares del PEC, en general curadores tradicionales incorporados al mismo, cuya actitud de competencia técnica y económica y de rechazo ideológico a algunas medidas, los hace entrar en conflicto con el personal de salud. Pero estos factores los consideramos secundarios, ya que la causa principal es el rechazo de los médicos a que las consultas y tratamientos las den personas sin ningún tipo de formación, y que además una parte sean curadores tradicionales. Y por eso los médicos de los centros de salud, cuando reciben pacientes derivados por los auxiliares, generalmente no solo no toman en cuenta las razones por las cuales el auxiliar derivó al paciente, sino que además no establece ningún mecanismo de vinculación con dichos auxiliares. El médico niega el papel del auxiliar cuando atiende al paciente derivado por aquel; más aún, trata de desautorizarlo técnicamente frente a la comunidad. Como veremos al analizar los recursos de la medicina «tradicional», en la aplicación del PEC se genera un conflicto entre los médicos y los auxiliares, aunque no entre la SSA y los auxiliares de salud, ya que fue la SSA la que programó su intervención. Lo interesante es que la SSA no previó el desarrollo de un conflicto que era previsible

En el desarrollo del PEC se generaron procesos de inclusión/exclusión que ya operaban en otros programas de salud, pero que aquí se acentuaron dados los objetivos y envergadura de un programa, que trató de impulsar formas de atención biomédica, inclusive con fármacos, a través de auxiliares que en parte eran curadores tradicionales. El hecho de que estos curadores fueran no solo reconocidos sino nombrados y equipados por el Sector Salud para intervenir terapéuticamente en lugares dedicados a la atención biomédica, posibilitó el desarrollo de una autonomía relativa de los auxiliares respecto de los organismos médicos supervisores. Ya hemos aludido a la tendencia a la autonomía de los auxiliares en la prescripción y venta de medicamentos, lo cual llevó a muchos auxiliares a conflictos con los pasantes que trabajaban en el mismo centro, como observamos en Pustunich.

Ahora bien, la intencionalidad del PEC fue asegurar una expansión de la cobertura a través de recursos humanos de muy bajo costo, que aseguraran una mejor comunicación entre la comunidad y los representantes del sector salud, pero esto se hizo en los hechos no solo en términos verticales, sino no tomando en cuenta la emergencia de conflictos como los que estamos registrando. Si bien se fueron cumpliendo algunos objetivos,

como el incremento de las actividades de planificación familiar, el proceso dio lugar a conflictos que condujeron ulteriormente a reducir el papel «médico» de los auxiliares, aunque, y lo subrayo, contribuyó aún más a la biomedicalización de los mismos

Desde esta perspectiva el PEC continúa y hasta incrementa el proceso de expansión y penetración biomédica que venimos describiendo; proceso que podría ser esquematizado de la siguiente manera. Hay inicialmente —«inicialmente» como punto de partida metodológico— desde finales del siglo XIX, un proceso paulatino de expansión/penetración directa e indirecta de los usos y concepciones biomédicas en los diferentes conjuntos sociales yucatecos, incluido el campesinado maya. Y ello se dio y se sigue dando a través del desarrollo de los servicios públicos y privados de atención de la salud, incluidas las farmacias; así como a través de la aplicación de los programas de prevención. Este proceso de expansión está avalado desde el principio, por la eficacia comparativa que demuestra la biomedicina sobre todo respecto de problemas endémicos y de alta mortalidad como fueron la fiebre amarilla y el paludismo; así como por el prestigio social que dimana de su identificación con la ciencia, y especialmente de su relación orgánica con los sectores sociales dominantes. Esta eficacia comparativa se acentuará, dada la fuerte reducción inicial de las muertes denominadas «evitables» que incidirá en los notables descensos de las tasas de mortalidad general y etarias.

Esta expansión se realiza inicialmente en base a una atención médica intermitente y concentrada en ciertos centros urbanos, que se incrementará en forma desigual, pero implicando en su realización a sectores de la población no médicos, como es el caso de los maestros rurales, y también el de los campesinos seleccionados por el programa antimalárico para supervisar la presencia del paludismo en sus localidades. Pero además el Sector Salud tratará de incluir a los curadores tradicionales, primero a través del programa de parteras controladas, y más tarde con el desarrollo del PEC que incluirá curadores tradicionales de muy diferente tipo, incluidos *h'men*, que diagnosticarán y utilizarán material biomédico. Pero además los programas de enfermeras visitadoras, y los programas de alimentación complementaria, y más allá de sus déficits potenciarán junto con los actores y actividades enumeradas el proceso de expansión biomédica, ya que las representaciones y prácticas biomédicas irán formando parte de la vida cotidiana de los sectores sociales subalternos a nivel urbano y rural.

Pero esta expansión opera a través de procesos intermitentes que, como ya lo señalamos, obligan a la población a seguir manteniendo complementariamente sus propias formas de atención a la enfermedad. Por lo menos, una parte de la expansión biomédica, y al margen de una evaluación de su calidad, es intermitente, ya que se inicia un programa, que después se abandona o no se desarrolla dentro de las metas estipuladas; se prometen actividades «comunitarias» que después no se llevan a cabo o se realizan en forma deficiente; se instalan médicos que a los seis meses o al año desaparecen; se adiestra a parteras empíricas que deben ser «controladas» es decir supervisadas, pero tales controles disminuyen luego de un tiempo, o simplemente no se ponen en práctica. Y, recordemos, todas estas «intermitencias» se efectúan sin consulta a la comunidad.

Estos procesos de intermitencia de los programas del Sector Salud se constituirán en parte de las expectativas de la población subalterna, ya que la misma participará, pero siempre con una actitud pragmática de duda; y no solo debido a que «aprendió» a que siempre se impulsa una participación inconulta, sino porque no sabe cuánto puede durar la «nueva» política de salud a nivel local. Y es debido también a estas intermitencias, junto con otros factores, que la población considerará que los servicios médicos privados son mejores que los oficiales, en gran medida porque por lo menos una parte de los médicos permanecerán en las comunidades. Son estos procesos los que llevan a generar una situación aparentemente contradictoria, donde el Sector Salud impulsa constantemente la biomedicina, y la población desarrolla comportamientos que no rechazan la biomedicina, pero que aseguran una mínima autonomía, y que implementa a través de las transacciones que realiza con el sector salud.

Estos procesos histórico-sociales se siguen observando en el PEC, y uno de ellos refiere a las continuas promesas incumplidas del Sector Salud, que ya señalamos respecto de los auxiliares de salud. Como ya indicamos los auxiliares del PEC iban a recibir como estipendio 500 pesos mensuales, pero en realidad este pago se retrasó varios meses en todas las comunidades, lo cual fue solucionado por los auxiliares a través de la venta de medicamentos, y en segundo lugar del cobro de la aplicación de inyecciones y curaciones, que en principio iban a ser gratuitas; lo cual modificó su relación con el Sector Salud, pero también con la comunidad, y no solo con los pacientes sino con los otros vendedores de fármacos.

En consecuencia, el auxiliar entró a competir con otros expendedores de medicamentos, lo que originó conflictos de intereses económicos que

han sido negativos para el PEC, aunque no para la venta de medicamentos. Junto a este hecho, que consideramos de suma importancia, ocurren otros que refuerzan las tendencias señaladas, y que en parte tienen que ver con la discontinuidad de las normas que utiliza el Sector Salud, y con su comportamiento errático. Cuando se implantó el programa se pidió a los auxiliares que obtuvieran toda una serie de datos de importancia tanto epidemiológica como aplicativa inmediata; se les solicitó que llevaran constancia mensual del nombre y apellido de la persona atendida, del sexo, edad, diagnóstico o síntoma detectado y de la acción terapéutica recomendada. Pero a partir de enero de 1978 el programa resolvió que este auxiliar solo debía dar constancia del tipo y número de actividades realizadas, como ser número de curaciones, de inyecciones, inmunizaciones y sobre todo de actividades de planificación familiar. Es decir que actualmente no se sabe ni se controla para qué enfermedad se recetó un medicamento, y por lo tanto de qué se enferma la población; pero lo que sí sabemos es que el trabajo del auxiliar de salud se ha concentrado en las consultas de planificación familiar, de tal manera que durante el lapso analizado se llevaron a cabo 23 355 consultas y solo 109 inmunizaciones.

Por lo tanto, actualmente, salvo en planificación familiar, no se supervisa ni se puede supervisar lo que hace el auxiliar, pues solo se le solicita el listado de sus actividades formales, del cual se ha eliminado la mayoría del contenido de las mismas. En la actualidad, y en función de las nuevas disposiciones, ya nadie puede establecer cuando el auxiliar ha estado acertado en su diagnóstico o cuándo ha aplicado correctamente un medicamento. Es decir que en la práctica se refuerza la autonomía del auxiliar; y de hecho se le confiere autonomía en las acciones más importantes de salud.

El PEC en un plano manifiesto se basa en las propuestas de organismos internacionales, sobre todo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y del Fondo para la Infancia de las Naciones Unidas (UNICEF), que desde la década de 1960 insisten en el desarrollo de la participación social en salud, y en la utilización de los recursos «tradicionales». Pero estas recomendaciones que surgen de la situación del Sector Salud en algunos países africanos y asiáticos, y en mucho menor grado de países americanos, suponen para su realización una estructura de relaciones simétricas, homogéneas, gestionarias, que entra en contradicción con las estructuras sociales desiguales dominantes en la mayoría de dichos países, y sobre todo en América Latina. Dentro de estas contradicciones, son los sectores hegemónicos los que realmente imponen las líneas a seguir en

estos programas, y los que por lo tanto conducen, salvo rara excepción, a generar consecuencias como las descritas por nosotros en este trabajo.

Y lo que estamos concluyendo para el PEC, podemos también observarlo en las características y aplicación de los programas aplicados contra la desnutrición en México. La descripción y análisis de las condiciones económicas y epidemiológicas indica que los problemas nutricionales constituyen uno de los principales problemas de salud de la entidad, lo cual es reconocido por el Plan de Salud para Yucatán planteado en 1974 en la Primera Convención Nacional de Salud, ya que señala que «En una encuesta a 6.134 familias se encontraron grandes deficiencias en el aporte nutricional y como resultado de ellas el 19.6% de los niños examinados tenía el peso dentro de los límites normales. En cambio, el 55 % tenía desnutrición en grado uno, y el 25 % en grado dos» (PRIMERA CONVENCION NACIONAL DE SALUD, 1974, 1:523). Más aún, el diagnóstico de salud realizado para el estado de Yucatán coloca los problemas nutricionales en tercer lugar dentro de las prioridades de salud de dicho estado.

En Yucatán, dos instituciones están llevando a cabo programas de nutrición; en primer lugar la SSA, y desde 1977, el IMSS, subrayando que el gobierno federal estableció en 1976 que todas las instituciones de salud de la república mexicana debían considerar prioritarios el programa de planificación familiar, pero también los programas contra la desnutrición.

La SSA lleva a cabo tres programas, el Programa de Alimentación Complementaria Rural y el Programa de Alimentación Complementaria en Hospitales, que se desarrollan desde 1967, y el Programa de Obras Rurales por Cooperación, que se implementó desde 1964. El programa de alimentación complementaria rural funciona en las tres regiones reconocidas, operando en 8 localidades con centro de salud y en 41 localidades libres de la región I; en 6 localidades con centro de salud y en 14 libres de la región II; y en 7 localidades con centro de salud y 9 comunidades libres de la región III. Es decir, opera en las regiones, aunque el 50% de las comunidades están concentradas en la región norte.

Este programa tiene por objetivo el mejoramiento nutricional de los menores de cinco años y de mujeres durante el período de embarazo y lactancia, así como estimular hábitos higiénicos en los mismos. Las unidades aplicativas locales tienen a su cargo la aplicación del programa, y las tareas que deberían cumplirse son las de educación nutricional, distribución de raciones alimentarias (pescado, leche, carne, frijol, harina de maíz y aceite), registro de los beneficiarios y de las variaciones trimestrales del peso

y la estatura. De las ocho comunidades visitadas pudimos observar que solo en Mama, Chemax y Teabo el programa se lleva a cabo integralmente, subrayando que casi no existen evaluaciones para el conjunto del programa, y las consideraciones solo pueden hacerse a partir de una evaluación realizada en Valladolid, de observaciones extraídas de las visitas a las comunidades, del trabajo intensivo llevado a cabo en Ticul, y de opiniones de las propias personas que intervienen en el programa.

De la evaluación llevada a cabo en Valladolid se desprende que las metas fijadas se han cumplido parcialmente; así en la primera etapa del programa fue atendido un 65 % de los preescolares seleccionados, y en la segunda el 93,5 %, y también recibió atención el 40% de las madres embarazadas y en lactancia. Pero más allá de las actividades enumeradas, lo que pudo observarse es que este programa funciona básicamente como un reparto de alimentos, de tal manera que cuando se suspende la entrega de recursos, se suspende el programa. Es decir que la distribución de alimentos constituye el eje del programa, pasando a segundo plano las pláticas, demostraciones y registros.

Si bien la entrega de alimentos solo constituye un paliativo que no soluciona el problema de base, tiene no obstante cierta importancia, sobre todo en los períodos endémicos de hambre ya señalados para Yucatán. Pero asumiendo que a la población lo que le interesa son justamente los alimentos, pero no las pláticas ni las demostraciones, ya que como señaló una señora: lo demás «está muy bien, pero dennos comida». La situación carenciada de la población, sumada a la intermitencia en la entrega de los alimentos y a la utilización de criterios arbitrarios para la selección de los miembros ayudados por el programa, conduce a que tanto el personal como la comunidad solo consideren importante la entrega de alimentos.

En cuanto al funcionamiento del programa de alimentación complementaria en hospitales, a grandes rasgos podemos decir lo mismo que respecto del anterior, aunque un hecho relevante es que este programa solo se lleva a cabo en la región I, y concretamente en los hospitales O'Horan, Psiquiátrico y Materno/Infantil.

El tercero de los programas alimentarios, el de obras rurales por cooperación, se basa teóricamente en la realización de tareas comunitarias, en la «sensibilización» de las comunidades para la realización de obras benéficas para las mismas, y que implica un «pago» en alimentos. Podemos decir que en la actualidad no hay un programa formal, y que al igual que los anteriores, cuando opera, está centrado en el otorgamiento de alimen-



tos, y es en este programa donde los recursos de alimentos están reducidos al máximo, ya que se distribuyen en total 100.000 raciones de alimentos al año. Además, estas raciones se reparten independientemente del tamaño, tipo y duración de la obra, aunque casi no pudimos conseguir información sobre las obras que se están realizando y sus consecuencias. De nuestras observaciones surge que, en algunas comunidades, a las cuales se otorgarían los beneficios de este programa, los campesinos están colocando pisos en las viviendas, pero sin haber recibido las raciones prometidas. Este programa se caracteriza por una intermitencia aún mayor que los anteriores, debido a la pobreza de los recursos, a la rutinización de su funcionamiento, y porque el conjunto de los que participan asume que dicho funcionamiento es «normal».

Recordemos que el objetivo de este programa fue absorber la mano de obra desocupada temporalmente en el medio rural, y que justamente se lanzó en Yucatán durante uno de los períodos de mayor crisis desocupacional. Es en las experiencias de este tipo donde debemos hallar los mecanismos básicos del aprendizaje de las comunidades, sobre todo cuando los efectos de estos programas apuntan a la solución de graves problemas tanto para la población como para el estado, pero que no consiguen solucionar.

El último programa a considerar es el referido a la campaña contra el paludismo, el cual es un programa vertical descentralizado que ha operado intensamente en Yucatán, y que sigue funcionando en la actualidad. Este es uno de los programas más antiguos en la entidad, ya que funciona desde 1956, y si bien ha tenido intermitencias ha demostrado una continuidad de acción no comparable con ningún otro programa. Ha sido de notable eficacia, no solo en los medios urbanos y en la región norte, sino en toda la entidad; y si bien al igual que los otros programas ha sido vertical y hasta coercitivo, el programa contra el paludismo se caracteriza porque ha trabajado realmente con la población de las diferentes comunidades, incluidos rancherías y parajes, habiendo incorporado constantemente personas de dichas comunidades a actividades del programa.

Ya hemos señalado que las acciones contra el paludismo en Yucatán datan de principios de este siglo, y que en la década de 1920 se intensifican, para continuar, aunque en menor grado, durante los decenios siguientes. Las acciones básicas desarrolladas fueron de saneamiento y de control larvario, aplicadas básicamente en medios urbanos. En 1936 se declaró de interés nacional la campaña contra el paludismo, y en 1938 la campaña

antimalárica y la comisión de saneamiento antiamarilica pasan a tener básicamente funciones de control. Más adelante,

En 1948 se crea la campaña nacional contra el paludismo y la profilaxis de la fiebre amarilla y se intensifican los estudios sobre el padecimiento y se utilizan por primera vez los insecticidas de acción persistente ampliando su radio de acción a una mayor extensión del territorio nacional, incluyendo por primera vez el control de la enfermedad en el área rural. Hasta 1955, la lucha contra el paludismo se orienta con un objetivo limitado: el control de la enfermedad (SSA, 1952-1958: 236-237).

Por lo cual será a partir de 1955 cuando se crea la comisión nacional para la erradicación del paludismo que se emprenderá un trabajo sistemático permanente que llega hasta la actualidad. El país se divide en 14 zonas, una de las cuales corresponde a Yucatán, y se planifican acciones a desarrollar a través de una serie de etapas: preparatoria en 1956, de ataque 1957/1960 y de consolidación 1961/1970. Pese a su continuidad este programa, como todos los analizados, tiene oscilaciones, y así durante la década de 1960, y luego de un período intensivo de acciones en las comunidades, decrece la actividad de la campaña, lo que se refleja en un aumento de las tasas de morbilidad en todo el país; lo cual condujo a que, en el decenio de 1970, y concretamente a partir de 1973, se reiniciasen acciones intensivas contra la malaria.

Sin embargo, Yucatán, es una de las áreas menos afectadas por el nuevo avance de la enfermedad, dada la mayor continuidad de las medidas aplicadas; de tal manera que en 1973 casi toda la entidad está en fase de consolidación, y solo una parte de la región sur está en fase de ataque. Esta situación es también producto de las decisiones del Sector Salud, ya que, por ejemplo, cuando comenzaron a incrementarse las tasas de morbilidad malárica en la década de 1960, se resolvió implementar el PIO (Plan con Incremento de Operaciones), que suponía una intensificación de la campaña en todo el país, pero como los recursos existentes no eran suficientes, solo funcionó como PIRO (Plan con Incremento Regional de Operaciones), operando plenamente solo en cinco estados: Campeche, Quintana Roo, Tabasco, Veracruz y Yucatán. Orientación que sigue siendo vigente en la actualidad.

Del análisis comparativo de estos tres programas, que tienen como eje de sus acciones a la comunidad, surge que ninguno incluye a la población en los niveles de organización y dirección, sino solo en la etapa de ejecu-

ción. Además, si bien los tres programas suponen una participación de la población en este nivel, solo el programa contra el paludismo ha trabajado en la casi totalidad de las comunidades. Pese a que todos los programas han sido intermitentes, el programa antipalúdico ha tenido una mayor continuidad, penetración y eficacia, que implica una diferencia cualitativa con los otros dos. Esta diferencia se observa en el reconocimiento que la población tiene de este programa, ya que «viven» la eficacia del mismo a través de su propia experiencia, dado que han observado el trabajo constante de este programa que ha conseguido controlar el paludismo.

Este análisis no significa en absoluto ponderar la «verticalidad» del programa antimalárico, sino señalar su eficacia y efectividad a través de una penetración constante y específica, y del mantenimiento real y no meramente formal de sus acciones. El programa indica la posibilidad de erradicar un problema, de mantenerlo dentro de condiciones controladas cuando se manejan recursos suficientes con un mínimo de racionalidad técnica. Por supuesto que esta «racionalidad» y la existencia de recursos tienen que ver con los intereses económicos locales y federales que deciden intervenir en Yucatán, y no en otras áreas con problemas de paludismo similares o aún mayores que Yucatán. Pero además este programa recibe el apoyo de la población, pese a su «verticalidad».

Y es en función de lo analizado que cabe plantearnos dos preguntas ¿por qué este programa funciona y los otros no?; y ¿qué papel juega la participación social popular en el desarrollo y orientación de los programas? Respecto a la primera pregunta, y comparando los otros dos programas con el de paludismo, la respuesta resulta más o menos evidente, ya que el programa antimalárico enfrenta un problema cuya solución es comparativamente más técnica y específica que la de los problemas nutricionales y de la extensión de cobertura, que implican incluir centralmente las condiciones ocupacionales, salariales, de pobreza, inclusive de tabúes alimenticios o de conflictos personales y comunitarios. Pero, además, el programa antipalúdico ha tenido un apoyo constante de recursos, dada su importancia respecto de objetivos altamente productivos, y además ha evidenciado eficacia. De tal manera que, aun cuando la población solo ha intervenido en la ejecución, no obstante, ha «vivido» los beneficios de dicho programa, comparado además con los otros.

La segunda pregunta supone un mayor grado de complejidad; en principio necesitamos asumir que en Yucatán todos los programas de salud han sido verticales, como también lo son en el área educacional, eco-

nómica o deportiva, y ello más allá de que dichos programas funcionen como en el caso del programa antipalúdico o que tengan una baja eficacia como los programas alimentarios. Ahora bien, ¿qué representa esta verticalidad para la población? Representa un hecho «normal», dado que es la forma única a través de la cual las instituciones y organizaciones estatales y privadas se relacionan con la población subalterna. Prácticamente todas las acciones y relaciones que se ejercen respecto de los sectores sociales subalternos son «verticales», más allá de la invocación formal a la participación «democrática». Y es respecto de esta verticalidad normalizada que, sobre todo el campesinado yucateco desarrolla una serie de estrategias cotidianas basadas en su propia autoexplotación, desarrollando una cultura del «aguante», que lo lleva frecuentemente a conflictos con otros sujetos subalternos o a conductas de evitación respecto de los sectores sociales dominantes, pero que sigue participando en dichos programas. Es decir, estos programas refuerzan el papel subalterno de los campesinados.

Para concluir este apartado recordemos que existen en Yucatán una serie de instituciones asistenciales que dependen del gobierno y/o están descentralizadas, y que todas se concentran en la región I, y exclusivamente en Mérida. Ellas son el Hospital Neuropsiquiátrico, un centro dermatológico, un centro anticanceroso, un centro de integración juvenil, un centro de rehabilitación para sordomudos, subnormales, el Hospital Psiquiátrico y el Hospital O'Horan, respecto de los cuales solo haré algunos comentarios sobre este último, dado que constituye «el hospital de concentración» del estado, y que supone el cuarto nivel de atención del programa de extensión de cobertura.

Ya señalamos previamente que el Hospital O'Horan fue construido en 1906 y reestructurado en 1966, a partir de nuevas condiciones de prestación, y si bien en teoría esta institución solo presta atención a población abierta, observamos que por una parte subroga servicios al IMSS y al ISSSTE, y por otra, dadas las altas cuotas de recuperación, se hace difícil su utilización «por la población abierta de menores recursos». Según un trabajo realizado en 1976

Las condiciones socio-económicas de los enfermos atendidos no corresponden a la población mayoritaria, ya que un porcentaje muy alto de los usuarios (potenciales) no puede pagar las cuotas establecidas; los pacientes sin recursos de lugares lejanos se quedan en su lugar de origen y los que viven cerca no solicitan el servicio; algunos pacientes venden sus pertenencias para pagar su atención y solo unos cuantos se presentan y no pagan (ESCUELA DE SALUD PÚBLICA, 1976/214: 25).

En un trabajo realizado dos años después se llega a las mismas conclusiones, señalando que esta institución no satisface las necesidades de la población de menores recursos económicos dados los altos precios de las cuotas de recuperación (rayos X: 90 pesos mexicanos, parto normal: 600 pesos, cesárea: 2.500 pesos, apendicetomía: 2.500 pesos, herniografía 2.500 pesos). Y si bien hay posibilidades de atención gratuita, su porcentaje es muy bajo (ESCUELA DE SALUD PÚBLICA, 1979).

Esta situación aparece como paradójica dado el relativo nivel de subocupación que existe en la institución, y dado el incremento del número de médicos y de enfermeras entre 1973 y 1977, ya que, por ejemplo, la consulta externa /hora/médico es de 1 para 1977. Este escaso rendimiento se hace aún más notorio cuando observamos que el rubro salarios corresponde al 78% de los gastos, y que dicho porcentaje va en aumento sobre todo en el caso de los médicos, por lo menos desde 1973.

Si bien este hospital está señalado como cuarto nivel del programa de extensión de cobertura, ni en el programa ni en el hospital aparece establecida esta función, es decir no actúa como cuarto nivel del PEC.

#### INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (IMSS)

Esta institución se implantó en Yucatán en 1951, pero comenzó a desarrollar realmente sus actividades a partir de 1958, y su desarrollo en Yucatán expresa la situación diferencial de los sectores ocupacionales, aunque con algunas salvedades. Hasta 1957 prácticamente no había derechohabientes ni asegurados de esta institución en Yucatán, lo cual no supone que hasta entonces no hubiera sectores de trabajadores que en forma autónoma, o ligados al estado, hubieran desarrollado sistemas de coberturas médicas particulares. Ya indicamos que el propio estado yucateco a principios de la década de 1930 había planteado la necesidad de la seguridad social; también señalamos que los trabajadores ferrocarrileros habían generado los mejores sistemas de atención a la salud, que en Yucatán supuso la construcción de un hospital general; a su vez, la concepción cardenista del ejido integral había llevado a la implementación de los Servicios Rurales Cooperativos.

Ahora bien, en 1958 el IMSS inicia sus actividades de asistencia médica y de prestaciones que excluían casi por completo a los trabajadores rurales, observando (ver cuadro XXVIII en Apéndice) que entre 1958 y

1971 se da un crecimiento anual regular en el número tanto de asegurados como de derechohabientes. Del mismo cuadro se desprende que a partir de 1963 se incorporan por primera vez asegurados que no son del régimen ordinario, los cuales, durante 1964, 1965 y 1966 llegan a sumar unos 250 miembros; número que desciende después a un promedio anual de 50. Es decir que prácticamente hasta 1971 la totalidad de los derechohabientes pertenece al régimen ordinario que casi no implica población rural. Pero a partir de 1972 se triplica el número de asegurados y el de derechohabientes, debido sobre todo a la incorporación de los ejidatarios henequeneros, mientras que los asegurados y derechohabientes del régimen urbano seguirán incrementándose a un ritmo similar al del período anterior. Pero aclarando que los trabajadores rurales, recibirán menores prestaciones que los que pertenecen al régimen ordinario, ya que este cubre asistencia médica, incluida atención quirúrgica, embarazo y parto, así como prestaciones sociales que cubren gastos de matrimonio, de lactancia, de educación de los hijos y de funerales, pudiendo además obtener subsidios en dinero, así como prestaciones monetarias por incapacidad, pensión por invalidez, vejez, cesantía y muerte. Mientras el régimen rural solo cubre atención médica, maternidad y atención quirúrgica, además de pensiones por invalidez o incapacidad cuando éstas son totales y permanentes. Según datos de López Acuña para 1975 y a nivel de todo el país, el costo-egreso por derechohabiente del régimen ordinario es para el IMSS de 903 pesos, mientras que el de campo es de 450 pesos (LÓPEZ ACUÑA, 1980: 212). Estos datos señalan la orientación real y diferencial de esta institución de seguridad social.

El IMSS se hizo cargo de la población ejidataria del área henequenera a partir de 1972 por disposición directa del gobierno federal, por varias razones, entre ellas el hecho de que los Servicios Rurales que hasta entonces daban servicio a la población ejidataria, funcionaban con un alto déficit de atención que agregaba nuevas áreas de conflicto a la situación de crisis permanente en que se encontraban los trabajadores henequeneros. Y ello pese a que el campesinado henequenero contribuía casi con el 40% del dinero que sostenía el funcionamiento de los Servicios Rurales, ya que aportaban alrededor de 5.000.000 de pesos anuales, mientras la SSA aportaba 7.660.000 de pesos al año. Pese a esta notable contribución, el funcionamiento del servicio era notoriamente deficitario, lo cual denunciaba el secretario general de la Liga de Comunidades Agrarias de Yucatán, según quien

Los servicios médicos del medio rural están en pésimas condiciones y desorganizados. El 70% del presupuesto se dedica a gastos administrativos. De los 24 vehículos con que cuentan los servicios médicos para los hombres del agro solo uno está en buen estado, otro regular y 22 descompuestos. Los médicos dan una consulta cada dos minutos. Los puestos de asistencia no funcionan. Se trata mal a los campesinos. En el Hospital 20 de noviembre de Salubridad se destinan 2.80 pesos al día para tres comidas de cada enfermo. No hay oxígeno, ni sangre en el banco. Inclusive siempre falta agua caliente. No hay nada (MEJIDO, 1973: 64).

La incorporación masiva del IMSS a Yucatán constituyó una medida política, ya que, si bien se relaciona objetivamente con las condiciones negativas de la atención médica a los ejidatarios, supone, al igual que la reorganización generada en los Servicios Rurales Cooperativos en 1955, la creación de alternativas formuladas por el estado federal para intentar controlar la crisis yucateca. Pero además tuvo un objetivo médico/demográfico, dado que a través del IMSS se implementó gran parte del programa de planificación familiar en Yucatán.

Como señalamos, es en 1972 cuando esta institución da un salto cualitativo tanto en la incorporación de derechohabientes como en sus inversiones en salud en la entidad, de tal manera que los derechohabientes pasan de ser 109.146 en 1971 a ser 330.444 en 1972, por lo cual el 46,19% de la población económicamente activa de Yucatán es en 1972 asegurada o derechohabiente del IMSS. Y este proceso seguirá incrementándose hasta tener en 1978 una cobertura para 46.421 individuos, de los cuales 109.907 son asegurados y 357.654 derechohabientes. De los asegurados 49.489 pertenecen al régimen ordinario y el resto al esquema modificado.

El incremento de derechohabientes fue acompañado en 1972 por la instalación de un hospital de especialidades con sede en Mérida, y de 33 clínicas de campo y 10 hospitales/clínicas de campo. Durante este período el IMSS pasó a ser en Yucatán la institución más y mejor equipada, ya que, en número de consultorios, de camas, de unidades de rayos X, de laboratorios, de salas de parto, de bancos de sangre, esta institución será la de mayor equipamiento en los tres niveles de atención. Así, por ejemplo, son las unidades del IMSS las que tienen el mayor número de camas de internación, ya que el 31% de sus unidades aplicativas cuentan con ellas, y posee más del 50% de los quirófanos de la entidad (13). Estos recursos, al igual que los recursos humanos, están concentrados en la región I (ver cuadro 50).

Al analizar el desarrollo de los recursos humanos se observa un notable incremento en todas las categorías ocupacionales, que pasan de 615 en 1971 a 2.386 en 1977. Este proceso se genera a partir de 1972 y opera sobre todo en el personal médico. Al igual que el ISSSTE, el IMSS se diferencia significativamente de la SSA por el porcentaje del personal médico respecto a los otros sectores ocupacionales. En 1971 este personal representaba el 24,39%, en el IMSS, mientras que en la SSA constituía solo el 15,64%, y en 1977 las relaciones respectivas son 20,69% y 15,10%. En 1978 esta proporción se incrementa todavía más, ya que el personal médico constituye en el IMSS el 30,66%. Esta composición de los recursos humanos está evidenciando, mucho más que en el caso de los Servicios Coordinados, una orientación asistencial basada en los médicos.

El IMSS constituye actualmente la institución con mayor presupuesto; con datos a 1977 su presupuesto es seis veces mayor que el manejado por la SSA, subrayando que entre 1970 y 1977 se ha generado un aumento sin precedentes del presupuesto de esta institución, que se inicia en 1972 y se mantiene hasta la actualidad. Así, de un presupuesto de 64.705.000 de pesos en 1970, el IMSS pasa a manejar en 1977 497.000.000 de pesos. Además, es la única institución en la que el porcentaje de egresos referidos a gastos personales ha descendido en términos comparativos, ya que pasó del 64,2% en 1970 al 58,18% en 1977. Esta tendencia debe compararse con la del ISSSTE, donde el porcentaje correspondiente a sueldos pasa del 48,2% en 1970 al 82% en 1977, y con la de la SSA, que pasa del 75% en 1970 al 89% en 1977. Esta diferenciación debe ser referida a la posibilidad que tiene el Seguro Social de invertir en equipamientos, lo cual le da una potencialidad asistencial superior al resto de las instituciones del sector salud.

Tal potencialidad se observa en el notable incremento en la datación de la morbilidad, ya que en 1977 el 92% de toda la información procesada sobre enfermedades corresponde al IMSS, lo cual evidencia no solo la expansión biomédica, sino el incremento de la demanda atención por parte de la población. Pero todo este proceso se da en términos de una enorme desigualdad regional, dado que en 1977 el 96,59% de los 399.003 derecho habientes radica en la región I, el 1,52% en la región II y el 1,89% en la zona III.



**INSTITUTO DE SERVICIOS Y SEGURIDAD SOCIAL PARA LOS TRABAJADORES  
DEL ESTADO (ISSSTE)**

Esta institución desarrolla actividades en Yucatán desde 1960, y su cobertura en 1978 es de 61.959 derechohabientes a partir de 9.061 trabajadores asegurados, ya que el resto son familiares directos, pensionistas y familiares de pensionistas. Esta cifra solo representa el 6.28% de la población del estado, por lo cual la significación de esta institución es muy secundaria a nivel local. Esto puede percibirse al comparar la cantidad de derechohabientes de esta institución y del IMSS (véase cuadro 45); no obstante, al igual que en esta última institución, el número de usuarios se ha incrementado de manera notable en la década de 1970, y en particular entre 1976 y 1978.

Al igual que en las otras instituciones estudiadas, tanto las unidades aplicativas como los recursos materiales, humanos y financieros se concentran en la región I, y básicamente en Mérida y Progreso, donde se encuentra el 87.14% del personal médico y la totalidad del personal profesional no médico y de los paramédicos. En las otras regiones se distribuye el resto de los médicos, con un 5.72% del total en la región II, y 7.14% en la región III.

**Cuadro 45. Población amparada por el IMSS y el ISSSTE en Yucatán,  
1965, 1970, 1975/1976, 1978**

	IMSS	SSSTE
1965	74.017	13.353
1970	94.116	16.808
1975/1976	428.858	39.176
1978	469.421	61.964

Fuente: Delegaciones Regionales; Programación y Presupuesto.

**Cuadro 46. IMSS: Asegurados según tipo de ocupación (1978).**

Agricultura, ganadería, silvicultura, pesca	62.170
Transformación	15.961
Construcción	404
Comercio	8.428
Transporte, almacenamiento, comunicación	4.463
Otros	18.481
Total	109.907

Fuente: Monografía de Yucatán y Delegación Regional del IMSS.

Correlativamente, y al igual que el IMSS, aunque en menor proporción, la mayoría de los derechohabientes se concentra en la región I (77,19%), pero en el caso del ISSSTE la región II aparece con un porcentaje relativamente alto de asegurados (17,02%), mientras que en la III solo hay un 5,79%. El desarrollo del ISSSTE en Yucatán se caracterizó porque, luego de su implementación inicial a través de ocho unidades aplicativas, se generó un estancamiento que solo se alteró a finales de la década de 1960, cuando el número de unidades se elevó a 13. El incremento ulterior de los derechohabientes dio lugar al aumento de unidades, sobre todo a partir de 1974, de tal manera que en 1977 las unidades aplicativas sumaban 17, desagregadas en trece puestos periféricos, dos clínicas y dos hospitales, uno de éstos subrogado.

En relación con los recursos materiales, solo pueden hacerse referencias específicas al hospital que esta institución posee en Mérida, que funciona con un mínimo de equipamiento para cubrir las necesidades de sus derechohabientes. Ninguna de las otras unidades propias cuenta con medios de hospitalización u otro tipo de recurso básico.

**Cuadro 47. Volumen de consultas, ingresos hospitalarios y recetas del IMSS.**

	1970	1975	1 977
Consultas	543.482	1.176.114	1.376.484
Ingresos hospitalarios	9.432	28.385	30.470
Ingresos ginecoobst.	4.287	8.081	8.786
Otros ingresos	5.145	20.304	21.684
Recetas expedidas	472.608	872.402	999.020

Fuente: Anuarios estadísticos del IMSS (1970) y (1975).

**Cuadro 48. Distribución de derechohabientes del IMSS y del ISSSTE por regiones, 1977.**

Región	IMSS		ISSSTE	
	Núm.	%	Núm.	%
1	385 415	96.59	30 371	77.19
2	6 048	1. >2	2 278	5.79
3	7 540	1.89	6 698	17.02
Total	399 003	100	39 347	100

Fuentes: SCY y Monografías del Estado de Yucatán.

**Cuadro 49. Relación derechohabientel médico por regiones, 1977.**

Región	IMSS	/SSSTE
1	1459.90	497.89
2	1 209.60	569.50
3	0	1 339.60

Fuente: SCY, Jefatura del IMSS, Jefatura del ISSSTE.

**Cuadro 50. Distribución regional de recursos humanos del IMSS y del ISSSTE, 1977.**

Recursos Humanos	Región I		Región II		Región III	
	IMSS	ISSSTE	IMSS	ISSSTE	IMSS	ISSSTE
Médicos	98,15%	87,45%	1,85%	5,5%	0%	7,14%
Recursos Humanos de laboratorios clínicos y rayos X	92,86%	100%	7,14%	0%	0%	0%
Enfermeras	98,32%	100%	1,68%	0%	0%	0%

Fuentes: SCY, Jefaturas del IMSS y del ISSSTE. (En enfermeras se incluyen tanto enfermeras diplomadas como auxiliares de enfermería.)

**Cuadro 51. Distribución de los recursos humanos y físicos del sector privado, 1977.**

Región	Médicos		Q.F.B.		Clínicas y maternidad		Rayos X		Laborat. a. clinic.		Farmacia	
1	322	83,7%	36	92,3%	31	86,1%	8	80%	36	92,3%	171	89%
2	34	8,8%	2	5,1%	4	11,1%	2	20%	2	5,1%	8	4,2%
3	29	7,5%	1	2,6%	1	2,8%	-	-	1	2,6%	13	6,8%
Totales	385	100%	39	100%	36	100%	10	100%	39	100%	192	100%

Fuentes: SCY; Monografías del Estado de Yucatán.

Los recursos financieros, al igual que en todas las instituciones, aunque en mayor proporción, se dedican a cubrir gastos de personal (el 82%). Respecto a los recursos humanos se percibe una total inversión de las relaciones de adecuación favorable entre personal médico y paramédico; los médicos suman 70, mientras que las enfermeras son 71 (25 graduadas y 46 auxiliares), lo cual constituye un indicador no sólo de la orientación de la institución, sino también de las limitaciones que la estructura ocupacional impone a la propia atención médica, que es el objetivo prácticamente único que en los hechos el ISSSTE se ha trazado en Yucatán en lo referente a los problemas de salud de sus usuarios. El personal médico es subrogado en su totalidad en las regiones II y III, no existiendo realmente tareas de control y supervisión del mismo. La mayoría del personal institucional se concentra en el hospital, ya que en los puestos periféricos y clínicas sólo hay 19 médicos, 2 enfermeras graduadas y 10 auxiliares de enfermería.

Esta distribución diferencial de recursos, que señala que nuevamente los mismos se concentran en Mérida, se verifica en el porcentaje de consultas dadas en 1977 en esta ciudad (71%) y en los puestos periféricos (29%).

Ya señalamos que esta institución tiende a no codificar su información; que no maneja ningún programa general ni programa ninguna de sus actividades; que desconoce, y parece no interesarle el panorama epidemiológico de sus derechohabientes, y que de hecho constituye uno de los más fuertes apoyos indirectos a la medicina privada, a través de la subrogación de servicios que realiza con médicos privados en la mayoría de sus unidades aplicativas. En lo referente al presupuesto, el ISSSTE, al igual que el IMSS, ha incrementado en más de ocho veces sus recursos financieros entre 1970 y 1977.

## INSTITUTO NACIONAL INDIGENISTA (INI)

El INI cuenta en la actualidad con tres centros coordinadores, ubicados en Peto, Valladolid y Sotuta. Se ha construido otro en Maxcanú , pero aún no está en funcionamiento. Los tres primeros fueron creados en 1960, 1971 y 1976, respectivamente. Los recursos de salud de que estos centros disponen son los siguientes: un consultorio médico en cada centro, cuatro médicos (dos en Valladolid y uno en cada uno de los otros centros) y 28 auxiliares de salud (8 en Valladolid, 14 en Peto y 6 en Sotuta). Los auxiliares funcionan con características similares a las de los auxiliares del plan de extensión de cobertura. Si bien no se han hecho evaluaciones de las actividades de estos centros, deben admitirse graves deficiencias en la atención, lo cual se pone de manifiesto en la cobertura real de estos servicios. Uno de los problemas que parece afectar más a esta producción es la duplicidad de funciones en el personal médico, que en gran parte es al mismo tiempo médico del INI y de la SSA, lo cual va en detrimento de sus actividades en la primera institución. Además, en general no se establece una diferenciación en la práctica, lo cual se profundiza con el desarrollo actual del PEC. De hecho los auxiliares realizan las primeras actividades asistenciales y derivan a los pacientes que requieren un nivel más complejo de atención a los centros de salud de la SSA.

## MEDICINA PRIVADA

Con respecto a las actividades de la medicina privada sólo pudimos obtener a nivel estatal datos sobre la cantidad y distribución de los recursos humanos y materiales .

En el cuadro 52 observamos que, al igual que en las otras instituciones, los recursos humanos y materiales están concentrados en la región I. Se estima que más del 83 % de los médicos privados, el 87 % de los químicos farmacobiólogos y el 83 % de los odontólogos están localizados en esa región y principalmente en la ciudad de Mérida. En relación con las clínicas y maternidad, observamos que el 86 % se encuentra en la región I (29 en Mérida y dos en Progreso), el 11 % en la región II (cuatro en Valladolid) y el 3% en la región III (en Peto). En el caso de los gabinetes de rayos X la relación es similar: el 80% en la región I (todos en Mérida), y el restante 20 % en Valladolid; la región III no posee este equipamiento. En lo que

toca a los laboratorios de análisis clínicos la concentración es aún mayor: el 92,3 % en la región norte (34 en Mérida y dos en Progreso), el 5,1 % en la región II (uno en Valladolid y uno en Tizimin) y el 2,6 % en la región sur (uno en Tekax). Esta notable desigualdad vuelve a presentarse en la distribución de las farmacias; de las 192 existentes el 89 % está en la región I (el 83,52 % en Mérida), el 4,2 % en la región II, y el 6,8 % en la región sur.

**Cuadro 52. Recursos materiales y humanos de la medicina privada, Yucatán, 1978.**

Recursos	Totales	I	II	III
Recursos humanos:				
Médicos	385	322	34	29
Odontólogos	58	48	6	4
Químicos farmacobiólogos	39	36	2	1
Enfermeras tituladas	21	21	-	-
Enfermeras auxiliares	289	?	?	?
Recursos materiales:				
Clínicas y maternidades	36	31	4	1
Gabinete rayos X	10	8	2	-
Laboratorio análisis clínicos	39	36	2	1
Farmacias	192	171	8	13

Fuente: SCY 1978.

Ahora bien, estos datos se refieren a médicos que trabajan en forma privada exclusiva o parcialmente, y esto no acontece así en los hechos, ya que por lo menos en la región m todos los médicos estatales desempeñan actividad médica privada y, como hemos analizado para Ticul, para la comunidad y para los médicos ésta es la que aparece como la actividad principal.

Otro importante hecho a subrayar es que una parte de los médicos privados trabaja para instituciones particulares en calidad de profesionales dependientes, incluyendo tanto a los médicos. que trabajan para clínicas y sanatorios como a los que subrogan sus servicios a instituciones bancarias, comerciales e industriales. La mayoría de estos profesionales (alrededor de 180) se localizan en la ciudad de Mérida. Esta descripción evidencia no sólo la complementariedad público-privado, sino la integración en la práctica médica de las categorías de profesional «libre», profesional dependiente privado y profesional dependiente público, en las cuales está integrada la mayoría de los médicos yucatecos.

Si analizamos estos datos conjuntamente con los ya descritos para las instituciones públicas, observamos que en ambas los recursos aparecen concentrados en la región I. Además, del conjunto de recursos, los que hacen a la atención médica directa sin apoyo de una infraestructura más compleja son los que tienen una mayor distribución en las regiones II y III. Es importante señalar que en estas dos regiones casi las únicas instituciones de hospitalización son de la SSA; en la región I, incluida Mérida, son las instituciones estatales las que poseen el mayor número de camas, y en gran medida tanto los hospitales de los centros de salud de la SSA como el Hospital O'Horan funcionan como complementarios de la medicina privada.

Ya hemos observado el temprano y notable desarrollo comparativo de la práctica médica privada en Yucatán. A través de nuestro análisis específico de Ticul trataremos de demostrar la hegemonía de la misma aun en medianas localidades donde existen servicios estatales. Esta actividad médica se desarrolla prácticamente sin control por parte de la SSA. Según el director de los Servicios Coordinados de Yucatán no hay en la entidad personal suficiente para supervisar el funcionamiento de las clínicas médicas, ya que sólo existe un funcionario encargado de dicho control (Uno-másuno, 11-11-1980). De hecho nunca se han supervisado las actividades de la práctica médica privada.

El último recurso a considerar, y que incluimos en recursos privados por comodidad descriptiva, es el de Alcohólicos Anónimos. Esta institución constituye el principal recurso para uno de los problemas que en general se reconoce como de mayor gravedad en Yucatán. Si bien hay dos hospitales especializados, con recursos de atención e internación (175 camas de hospitalización entre ambos) las condiciones de atención actual así como sus posibilidades potenciales son muy bajas. AA, con sus 122 grupos distribuidos por todo el estado (50 en la ciudad de Mérida), y sus cuatro mil miembros, aproximadamente, representa, por su envergadura y eficacia, el real recurso de salud contra el alcoholismo existente en las localidades.

Esto se percibe con claridad al observar el número de consultas totales, y no meramente para problemas de alcoholismo, que se llevan a cabo en los dos hospitales psiquiátricos de Mérida: 1.115 en el Hospital Psiquiátrico, y 3.360 en el Neuropsiquiátrico (datos a 1978). Señalemos que estas cifras se corresponden con las características organizativas de estas instituciones, que en el caso del hospital con mayor posibilidad de internación ni siquiera lleva registro estadístico de los padecimientos atendidos. Este

hospital de 150 camas constituye un mero «depósito» para enfermos mentales. Indiquemos además lo que es obvio; mientras AA opera en las tres regiones, las instituciones psiquiátricas, al estar localizadas en la región I, establecen una limitación a sus acciones, quedando de hecho desprotegida la población en lo que se refiere a las enfermedades mentales.

De la descripción del desarrollo de los recursos de la medicina llamada científica, observamos su continua expansión, que lleva a que directa e indirectamente se constituya en el recurso dominante en Yucatán . Este proceso no sólo se da a través de la expansión de la atención médica, sino también de actividades de promoción, de saneamiento, de comercialización de medicamentos, que establecen la presencia constante aunque discontinua de estas prácticas. De nuestros datos surge que el desarrollo de los recursos en Yucatán sigue siendo superior al del resto del país prácticamente en todos los rubros, y sobre todo en lo referido a la atención médica. Esto, que fue analizado ya para diversos recursos materiales y humanos, señalaba no obstante en 1970 una tendencia a la disminución en lo que respecta a los recursos paramédicos y una continuidad de los recursos médicos, lo que subsiste por lo menos hasta 1978. No obstante, Yucatán sigue manteniendo una relación médico/habitante superior a la de la mayoría de los estados (véanse cuadros 53 y 54).

Debe subrayarse que en Yucatán estas condiciones generales se concentran en la región I; tal concentración de recursos privados y públicos, sobre todo en Mérida, hacen de la ciudad y la región una de las áreas de mayor equipamiento comparativo de México. Esta concentración obedece a factores económicos e ideológicopolíticos y, en segundo lugar, técnicos. Este desarrollo desigual regional se complementa además en la desigual distribución y utilización de los recursos institucionales. En términos comparativos y dado el número de derechohabientes, es el ISSSTE la institución con mayor potencialidad financiera, lo cual no se refleja en absoluto en el equipamiento, en la organización ni en el volumen del conjunto de las actividades. En orden de capacidad financiera, en relación del número de derechohabientes le sigue el IMSS, quedando la SSA con una capacidad muy inferior en función de su cobertura teórica, y el INI como la institución de menores recursos. Esta capacidad desigual se verifica en el desarrollo desigual del equipamiento básico, así como en la orientación de los recursos. Mientras la SSA destina el 89% de su presupuesto a servicios personales (salario) el IMSS y el ISSSTE dedican el 58,18% y el 82%. Esta situación se traduce necesariamente en un déficit de equipamiento por parte de la SSA: en el IMSS hay 14 unidades de rayos X y 14 de laboratorio, frente a tres y una, respectivamente, en la SSA.



**Cuadro 53. Número de médicos y de habitantes por médico, 1950-1976**

Años	Número de médicos		Núm. de habitantes por médico	
	México	Yucatán	México	Yucatán
1950	14.221	416	1.813	1.297
1960	20.590	518	1.696	1.020
1970	34.107	730	1.414	1.038
1976	34.326	1.000*	1.405	1.020

\* Dato calculado a partir de fuentes locales. Fuentes: Armas Domínguez y Flores 1961; Maldonado Huerta 1965; Román y Carrillo 1967; Secretaría de la Presidencia 1970; Programación y Presupuesto 1979; Estudio del Sector Salud y Seguridad Social 1979.

Nota: Las diferentes fuentes señalan datos contradictorios, sobre todo para el período 1961-1970. Así para 1965 Román y Carrillo (1967) indica 446 médicos, mientras que para 1970 la Secretaría de la Presidencia menciona también 446 médicos, Collado Ardón y Garza Torres (1977) 496 y Programación y Presupuesto (1979) 730. Consideramos que lo correcto, en función de la tendencia, de los datos obtenidos por nosotros en 1978 y del Estudio del Sector Salud 1979, es la última cifra.

**Cuadro 54. Personal médico y paramédico en Yucatán, 1976**

	México	Yucatán
Personal médico	34.326	730
Habitantes por médico	1.405	1038
Personal paramédico	65.792	1.095
Habitantes por personal paramédico	730	69

Fuente: Programación y Presupuesto 1979.

Esta desigualdad se manifiesta de manera muy aguda en lo que se refiere a una de las problemáticas más graves del estado, la mortalidad perinatal. Ya habíamos señalado que la SSA redujo el número de salas de parto; si observamos en su conjunto los recursos del IMSS, del ISSTE y del Hospital O'Horan, vemos no sólo que estas instituciones cuentan con 51 unidades de atención sino que además las mismas se hallan concentradas en la región I. Deben tomarse en cuenta también las unidades privadas, que como vimos están localizadas en un 86 % en esta región. Esto evidencia la desprotección de las regiones II y III y, sobre todo, la desprotección de los sectores de menores recursos, así como la promoción indirecta de las actividades de las parteras empíricas.

Lo mismo puede decirse respecto de un servicio básico para actividades de traslado, supervisión y acción comunitaria: los transportes. De nuestros datos surge que casi todas las ambulancias están concentradas

en la región I, y también ocurre lo mismo con los vehículos de apoyo, que en su mayoría son de la SSA y del IMSS. Es decir que tanto las posibilidades de traslado de pacientes como de traslado a las comunidades quedan prácticamente reducidas a esta región.

Respecto a las camas de internación también se da una distribución diferencial según regiones. Es importante subrayar que esta distribución diferencial, tanto en éste como en otros recursos, se presenta pese a que Yucatán cuenta con un mejor equipamiento comparativo. Ya vimos que este estado tiene, durante la década de 1970, una relación camas/habitantes superior a la media nacional; mientras en 1977 es de 1,5 camas por mil habitantes, en Yucatán es de 2,1, con lo cual constituye la cuarta entidad con mejor equipamiento proporcional. Si hacemos un análisis interno de la distribución de estas camas observamos que la SSA posee el 26 % y los servicios estatales el 28%, es decir que entre los dos suman el 54 % del total; además, la SSA es la única institución que tiene camas de internación en las regiones II y III; el IMSS posee el 30 %, los servicios privados el 11 % y el ISSSTE y la SDN un 2 % cada uno. La mejor relación en función del número de derechohabientes la tiene la SDN; le siguen el IMSS y el ISSSTE, y por último la SSA. No obstante, en Yucatán esta institución tiene una relación cama/habitante significativamente superior a la de la mayoría de los restantes estados.

Si bien Yucatán tiene una frecuencia de consulta muy superior a la media nacional —2.482 consultas por mil habitantes frente a 1.347 para la nación— dicha frecuencia es diferencial y nuevamente opera de manera negativa respecto a las regiones II y III. En esta situación es determinante no sólo el número de médicos existentes, sino la cantidad de horas reales contratadas; así, mientras los médicos del IMSS tienen un promedio de 8 horas contratadas, los de Servicios Coordinados tienen un promedio de horas contratadas que va de 4,17 en 1973 a 4,5 en 1977, lo cual supone un déficit comparativo de atención tanto respecto a estas dos instituciones como a las tres regiones analizadas.

Durante nuestro análisis hemos subrayado el notable aumento de las inversiones en el sector salud generado a partir de 1972 y que se manifiesta básicamente en el desarrollo del IMSS y del ISSSTE. Esto puede percibirse en los datos ya analizados de las tres principales instituciones para 1970-1977 y en el desarrollo del proceso de inversiones federales generado entre 1965 y 1976.

Del cuadro 55 se desprende que en 1972 se produce un notable desarrollo de las inversiones en términos absolutos y comparados, que se mantiene durante los años siguientes. Este proceso evidencia no sólo el desarrollo de determinadas instituciones, sino una nueva vuelta de tuerca de la hegemonía del poder federal en el sector salud. No es ya sólo el hecho de que el porcentaje mayor del presupuesto de la SSA dependa del gobierno federal, sino que el IMSS pasa a convertirse en la institución con mayor cobertura real y que, al igual que el ISSSTE, supone un manejo político y financiero del cual la influencia y dirección local están cada vez más marginados.

**Cuadro 55. Inversiones federales en el sector salud (parcial) entre 1965 y 1976.**

	E.U.Mexicanos		Yucatán	
	Millones de pesos	%	Millones de pesos	%
1966	738,4	100	13,5	1,83
1967	547,5	100	8,3	1,52
1968	547,0	100	9,6	1,72
1969	907,4	100	7,7	0,85
1970	1.046,0	100	?	?
1971	609,6	100	3,5	0,57
1972	1.411,7	100	197,8	14,01
1973	3.275,8	100	9,6	0,29
1974	2.760,8	100	23,7	0,86
1975	3.424,9	100	35,1	1,02
1976	3.535,5	100	38,6	1,09

Fuente: Secretaría de Programación y Presupuesto 1979.

Cuadro 56. Productos por instituciones, 1977.

Productos	IMSS	ISSSTE	Hospital O'Horan	SSA
Consultas médicas	1.376.484	242.410		
Ira vez	619.417	29.412	52.068*	271.354
Subsecuente	757.067	212.698	-	181.831
Consultas odont.	89.876	8.729	1.600	68.433
Recetas surtidas	999.020	169.712	371.325	-
Est. lab. clínico	483.084	59.420	60.133	63.269
Exámenes de rayos X	71.196	6.272	11.735	-
Citología exfoliativa	11.177	1.521	-	-
Electrocardiogramas	2.185	341	-	-
Egresos hospitalarios	3.038	2.583	5.508	4.431
Partos	8.785	633	1.111	3.080
Fisioterapia	83.892	4.646	-	-
Sabin	89.747	3.326	502	10.898
Antivariólica	-	74	-	2.485
DPT	80.174	2.138	283	13.531
Antisarampión	24.544	507	72	2.956
Toxoide tetánico	53.165	1.178	-	4.754
Antitifoidea	39.701	283	-	492
Antirrábica (trat.)	16.168	-	-	1.197
BCG	31.224	-	167	9.906
Insp. saneamiento:				
Comercio	-	-	-	23.633
Industrias	-	-	-	1.248
De servicio	-	-	-	824

\* Cifras globales incluyendo consultas de primera vez y subsecuentes. Fuentes: Departamento de administración y estadística del Hospital O'Horan, departamentos de estadística de IMSS e ISSSTE, y departamento de planificación de la SSA.

Cuadro 57. Recursos materiales por institución, 1977.

Recursos	IMSS	ISSSTE	Hospital O'Horan	SSA	Med. privada
Consultorios	246	23	17	68	-
Laboratorios	13	2	1	3	39
Unid. rayos X	13	1	2	1	10
Quirófanos	12	2	4	3	-
Salas de partos	48	1	2	14	-
Bancos de sangre	1	1	1	0	-
Urgencias	-	1	1	-	-
Camas	859	62	300	140	-
Cunas de recién nac.	160	-	6	90	-
Incubadoras	37	3	9	5	-
Locales	-	1	-	58	-
Clínicas y maternidad	-	-	-	-	36
Farmacias	47	1	-	4	192
Ambulancias	21	1	-	-	-
Vehículos	34	-	-	34	-

Fuentes: Departamentos administrativos de SSA, ISSSTE y Hospital O'Horan, y departamento de contabilidad del IMSS.

Para 1977 el presupuesto del IMSS ascendió al 75,58 % del presupuesto total de las cuatro principales instituciones del sector público local, mientras que la SSA representó el 12,31 %. Esta diferenciación establece no sólo la potencialidad de estas instituciones y el destino real de las inversiones en el sector salud, sino nuevamente la distribución regional diferencial que confina a una parte del campesinado a las condiciones asistenciales más reducidas del sector público.

Todas las instituciones reseñadas tienen un tipo de organización interna y de relación con las comunidades que podemos calificar de vertical y asimétrico. Estos criterios de organización han conducido a establecer relaciones unilaterales con la comunidad, y a inhibir su capacidad de movilización e incluso de participación.

**Cuadro 58. Distribución presupuestal por institución, 1977.**

Concepto	IMSS		ISSSTE		Hospital O'Horan		SSA	
	Valor\$	%	Valor \$	%	Valor \$	%	Valor \$	%
Gastos de personal	289.154.600,00	58,0	71.669.113,95	82,0	21.129.359,00	78,0	72.616.498,00	89,0
Gastos de operación	144.925.000,00	29,0	3.717.639,29	5,0	5.572.952,00	21,0	7.659.273,00	9,0
Gasto general	62.920.400,00	13,0	2.270.575,16	3,0	2.53.776,00	1,0	1.229.427,00	2,0
Total	497.000.000,00	100,0	77.657.328,40	100,0	26.956.117,00	100,0	81.505.198,00	100,0

Fuentes: Jefaturas locales del IMSS, ISSSTE, departamento administrativo del Hospital O'Horan y SCI 1978.

## CAPÍTULO IV

### RECURSOS Y SABERES MÉDICOS «TRADICIONALES»

Hemos dejado para este capítulo las reflexiones sobre la denominada medicina «tradicional», ya que, si bien a lo largo del texto he presentado información y análisis sobre la misma, ahora trataré de profundizarla, por lo menos, en algunos aspectos. Y uno de dichos aspectos, refiere a varias de las principales propuestas producidas por la antropología social respecto de la medicina «tradicional», a la que ha reducido a un espacio ideológico y etnográfico que ha ignorado los procesos que realmente la fundamentan en la actualidad; excluyendo, por ejemplo, la mayoría de los padecimientos de los que mueren los sujetos que utilizan la medicina tradicional, así como el papel que la biomedicina tiene en la dinámica laboral actual de los curadores tradicionales.

A partir de estos objetivos, reveremos algunas posiciones generadas por distintas corrientes teóricas antropológicas, incluidas una parte de la teoría marxista y paramarxista, respecto no solo de la medicina tradicional sino también del principal sujeto que utiliza la medicina tradicional en América Latina, es decir el campesinado; para observar la pertinencia de sus enfoques e interpretaciones respecto de un campo, que varias de esas corrientes trabajan marginalmente. Y es justamente la ignorancia, secundarización, negación, folklorización y/o exotización de la Medicina Tradicional por casi toda la antropología médica producida en Latinoamérica, incluyendo una parte del marxismo, lo que la convierte en un objeto privilegiado a través del cual generar una crítica teórica ideológica a ciertas ideologías teóricas.

*Tipología de saberes curativos «tradicionales» en Yucatán*

Antes de comenzar a analizar los saberes médicos «tradicionales», debemos ponernos de acuerdo en lo que vamos a entender por ellos. En principio, la denominación «tradicional» expresa empíricamente una diferenciación/oposición entre la medicina llamada científica y la que no es reconocida como tal; entre la medicina practicada por los médicos y la practicada por curadores no médicos; entendiéndose por médicos a las personas habilitadas para atender las enfermedades luego de haber obtenido un título profesional y/o académico a través de cursos teórico/prácticos realizados en una escuela legitimada por instancias académicas y por el estado, que a su vez lo habilita excluyentemente para ejercer dichas funciones asistenciales. A su vez, los curadores tradicionales se caracterizan por no tener ningún aprendizaje formalizado en escuelas específicas, porque su «autorización» profesional puede ser un mandato de dios, una elección personal, una herencia familiar, y que en todos los casos necesita ser convalidada por la comunidad.

Esta diferenciación puede ser leída tanto en términos tipológicos como de proceso; tipológicamente en cuanto la medicina «científica» se constituye como modelo terapéutico excluyente, y forma parte de una estructura sociopolítica, socioeconómica, socioideológica y sociocientífica que la fundamenta y que al mismo tiempo excluye, por lo menos teóricamente, a las otras prácticas curativas. La medicina científica está constituida por una serie de caracteres estructurales, entre los que destaco el biologismo, la ahistoricidad, la eficacia pragmática, el mercantilismo (E. L. MENÉNDEZ, 1978b), a los que podemos considerar metodológicamente como rasgos «internos»; pero también está caracterizada por la constitución de una serie de relaciones que la tipifican en relación con el «tipo tradicional». La biomedicina se caracteriza por desarrollarse a partir del siglo XVIII en los países que van a conformar el dominio y la hegemonía capitalista; por referir su legitimación a instituciones del estado o avaladas por él; por asociar su práctica con el desarrollo educativo de la población; por asumir «interna y externamente» los principios mecanicistas, evolucionistas y positivistas que se imponen como ideología normal de las capas burguesas hegemónicas en los países de punta, capas sociales que serán inicialmente los consumidores de los productos biomédicos.

El modelo biomédico se opondrá/diferenciará en términos metodológicos del modelo «tradicional», cuyos caracteres estructurales serían la



socializad, totalización psicosomática, ahistoricidad, eficacia psicosocial, que aparece localizado tanto estructural como ideológicamente en el medio rural, y asociado con determinados sectores sociales, en primer lugar, el campesinado indígena y no indígena y, en menor grado, con las clases bajas urbanas. Desde la biomedicina se lo identifica con la ignorancia, el atraso, y por la «resistencia» e inclusive oposición al «progreso». Pese a las diferencias, en ambos tipos hay tres elementos comunes, la ahistoricidad, la constitución de una relación asimétrica en la relación curador/paciente-comunidad, y el pragmatismo.

Ahora bien, esta propuesta tipológica es una construcción metodológica, que no corresponde a la realidad, sino que constituye un instrumento heurístico, cuyo referente necesario son los procesos históricos, como de hecho fue propuesto por M. Weber y por otros autores. Y por lo tanto la diferencia de las tipologías antropológicas que tendieron a cosificar la realidad; y que como sabemos, algo similar le ha pasado a los marxistas estructuralistas con el concepto de modo de producción, al que han cosificado hasta disolverlo, por el temor a la historicidad, como diría E. de Martino. El haber cosificado los tipos sociales como realidades, en lugar de manejarlos como modelos —es decir como construcciones metodológicas provisionales—, es lo que ha conducido a los graves errores en que ha incidido gran parte de la producción antropológica. Si estos tipos fueran dinamizados histórica y etnográficamente, hallaríamos que las oposiciones y diferencias no solo no son dicotómicas, sino que se sintetizan, rechazan o articulan según los procesos y contextos donde los apliquemos.

Los saberes biomédicos científicos se instituyen en términos de oposición a todas las otras formas curativas, básicamente a partir de mediados del siglo XVIII, ya que hasta entonces las prácticas científicas no eran dominantes a nivel ideológico ni a nivel sociodemográfico prácticamente en ninguna sociedad. Si bien existían en determinados países europeos, pero también no europeos, medicinas académicas de herencia hipocrática, arábiga, paracelciana, la misma seguía mezclada con nociones que también eran parte de los saberes populares como la teoría de los miasmas, y será sobre todo a partir del siglo XVIII que se impulse un despegue biomédico que tendrá su primera y radical concreción biomédica a finales del siglo XIX. Esta medicina tendrá inicialmente una demanda reducida, de hecho, era la menos demandada por la inmensa mayoría de la población que buscaba diversas variedades de lo que hoy conocemos como medicina tradicional.

En América se va a dar desde finales del siglo xv la instalación de la medicina «académica» que impulsaron las elites gobernantes españolas, pero sobre todo se expande la medicina tradicional que utilizaba la mayoría de los europeos que migraron, así como más tarde de los africanos traídos como esclavos, lo cual se articulará con la medicina de elite de los grupos locales conquistados, y sobre todo con la que utilizaban los sectores populares locales, no generándose oposiciones ni graves conflictos, sino un proceso sintético que adquiere una de sus más claras expresiones, por ejemplo, en el hecho de que técnicas quirúrgicas «americanas» pre-existentes a la conquista no tuvieron problemas de continuidad durante el periodo colonial (PARDAL, 1937), y mucho menos la medicina herbolaria.

Pese al dominio de principios culturales como el «escape del alma/espíritu», técnicas médicas europeas como la sangría fueron aceptadas por una parte de la población americana; pero además, se generó una articulación entre los saberes europeos y nativos dado que en ambos existían la teoría de los humores y la teoría de lo «frío y lo caliente», y más allá de que esta última fuera originaria de Europa, de América o de ambas, lo importante es que las encontramos en los saberes médicos populares pero también académicos de ambas poblaciones. Y por eso, más allá de la disputa sobre la «originalidad americana o no», lo que evidencian son las similitudes existentes entre ambas medicinas no solo a través del manejo de principios explicativos similares, sino de que en ambas las terapéuticas más utilizadas se basaban en las plantas medicinales<sup>63</sup>.

Hay que asumir que la medicina se desarrolló a través de saberes que incluían elementos biológicos, ambientales, religiosos, mágicos, y no a través de una linealidad científica que solo toma en cuenta lo biológico, lo cual podemos observar, por ejemplo, a través de las propuestas biológicas y médicas que a finales del siglo xviii y principios del xix se postulaban desde formulaciones filosóficas idealistas, principalmente en Alemania (ver RADL, 1931, y en particular VON AESH, 1953). Hasta mediados del siglo xviii no se desarrolla una línea con continuidad biomédica, aunque será durante el siglo xix, y sobre todo a finales del mismo, que dicha hegemonía se constituyó, instituyó, y marginó a las denominadas medicinas tradicionales.

63 Para una discusión sobre las categorías frío/caliente referidas a problemas de salud/enfermedad y planteadas fuera del contexto español o americano consultar GOULD-MARTIN, 1978.

Ahora bien —y esto lo recordamos aunque sea obvio— esta hegemonía ideológica y práctica no supone una amplia difusión ni un dominio masivo por parte de la biomedicina, ya que la población y especialmente la población campesina de los países capitalistas, al igual que en los países periféricos latinoamericanos, continuará usando los saberes tradicionales durante el siglo XIX, y parte del siglo XX, aunque en forma decreciente, hasta convertirse la biomedicina en la forma normalizada de atender los padecimientos, y pasando a ser las medicinas populares solo Medicina Tradicional.

En Yucatán también se dio este proceso, pero según gran parte de los antropólogos, los curadores tradicionales siguieron siendo no solo vigentes sino dominantes en este estado; pero ¿quiénes son dichos curadores? Considero que, a partir de la documentación folclórica, de los estudios antropológicos, de viejas y valiosas propuestas teóricas como las de E. Durkheim, y de nuestros propios estudios surge la siguiente tipología de los curadores tradicionales:

a) Un grupo que llamaremos técnico, constituido por parteras empíricas o comadronas, hueseros, yerbateros, culebreros; en todos estos curadores los elementos técnicos de la curación son por lo menos equivalentes a los elementos mágico/religiosos que operan en el proceso curativo. Es decir, la atención supone el manejo de habilidades cognoscitivas que pueden ser manuales o de otro tipo; y que suelen equipararse o subordinarse a los efectos mágico-religiosos.

b) Un sector que llamaremos casero, y nos referimos básicamente a la autoatención, centrada en general en los roles femeninos, y en los cuales, al igual que en el grupo anterior, las habilidades técnicas tienen una importancia por lo menos equivalente a la eficacia simbólica.

c) Un grupo que denominaremos religioso, cuya técnica curativa está basada en la eficacia simbólica, y que aparece como el representante más significativo de los saberes tradicionales, cumpliendo no solo funciones terapéuticas, sino de integración y de control cultural, ideológico y social para el grupo donde actúa. En Yucatán el *h'men* es el representante de este grupo.

d) Un grupo que denominaremos mágico, cuya capacidad curativa/enfermática está también basada en la eficacia simbólica, y cuya función básica es la de control social a través de la resolución o agudización de conflictos entre sujeto y grupos; y que en Yucatán está representada por los «brujos» o yerbateros de maldad.

Estos cuatro grupos podemos encontrarlos tanto en el campesinado europeo de los países capitalistas de punta durante la constitución del modelo médico, así como en Yucatán en el periodo que va de 1900 hasta la actualidad. Ahora bien, la expansión biomédica tenderá no solo a la exclusión de estos curadores sino, paradójicamente, a la constitución de nuevos curadores que en parte son segregados en el proceso de constitución y desarrollo de la biomedicina, en la medida que ésta no puede solucionar determinados padecimientos, aunque tampoco la medicina tradicional. Necesitamos asumir que la biomedicina durante el siglo XIX y gran parte del siglo XX tiene fuertes limitaciones curativas respecto de las enfermedades físicas y mentales, lo cual tratará de ser solucionado por la población recurriendo a medicinas «paralelas» y «alternativas», pero también «tradicionales».

Por lo cual se constituirán saberes curativos paralelos a la biomedicina, la cual establecerá un mayor o menor distanciamiento respecto de los mismos, según puedan ser incluidos dentro de sus saberes científicos. Durante el siglo XIX en países europeos, en los EEUU y en países latinoamericanos tendrán un notable desarrollo los médicos homeópatas, los quiroprácticos, las escuelas espiritistas, etc., algunos de las cuales se autodefinen como «científicas». Al enumerarlos no pretendemos identificarlos como una unidad, ni negar el origen científico de algunos como la homeopatía, sino señalar cuáles se desarrollarán al margen tanto de la medicina tradicional como de la científica, y que suelen ser denominados como medicina alternativas o paralelas. Varios de estos saberes tendrán determinado desarrollo en Yucatán, como es el caso de la medicina homeopática, ya que este estado será uno de los principales centros homeopáticos del país; mientras que los «espiritismos» se difundirán desde principios de siglo, aunque con modalidades que los identificarán con las formas tradicionales de curación<sup>64</sup>. A su vez los quiroprácticos han tenido una expansión

64 Varias fuentes evidencian la presencia de cultos espiritistas en Yucatán desde finales del siglo XIX; incluso en 1876 se publica en Mérida una revista espiritista, y algunos datos etnográficos señalan su existencia en la década de 1930. Sin embargo, en la actualidad parece haber desaparecido este tipo de cultos, ya que según ORTIZ ECHÁNIZ «se obtuvo confirmación valiosa de la existencia oficial de esta religión de culto popular en la mayoría de los Estados de la República, a excepción de Baja California Sur, Campeche, Chiapas, Nuevo León, Querétaro, Quintana Roo, Yucatán y Zacatecas» (1979: 170). Debe indicarse, no obstante, el desarrollo reciente de formas de curación que contienen algunas de las características de los cultos analizados por Ortiz, y que han sido implantados por algunas iglesias cristianas no

limitada en Yucatán, aun cuando hay algunos de fama regional, como es el caso de un quiropráctico de Tizimin. Estos nuevos saberes, algunos de los cuales se articularán con los «tradicionales», tienen, al igual que la medicina científica, un origen urbano, y algunos de ellos, pretenden asumir criterios de cientificidad en sus concepciones y aplicaciones.

Es decir, que el proceso de constitución y expansión de la medicina científica se da dentro de procesos donde sigue existiendo la medicina tradicional y se generan nuevos saberes paralelos, respecto de los cuales la biomedicina trata de diferenciarse y de excluirlos, y sobre todo de constituirse en el saber hegemónico. Este desarrollo no supone que las formas tradicionales se opongan a las dominantes, sino que sobre todo buscan convivir; lo cual entendió tempranamente E. DE MARTINO (1948, 1958), ya que una cuestión es la hegemonía biomédica y otra la eliminación de las formas y procesos subalternos. Las clases sociales subalternas, con la terminología empleada por de Martino, asumen y desarrollan sus propios saberes, junto y al margen de los saberes dominantes, y cumplen para los sectores subalternos funciones de estructuración y mantenimiento que no son necesariamente opositoras a los saberes hegemónicos. Es decir, pueden ser «opositoras», hasta cuestionadoras; pueden en algunas situaciones adquirir un contenido ideológico político de enfrentamiento activo o pasivo en términos inclusive contrahegemónicos, pero en general son complementarias del sistema dominante.

Si analizamos el proceso yucateco con los criterios señalados, podemos tal vez explicar el proceso de desarrollo complementario de las medicinas científica y «tradicional». Hasta el último cuarto del siglo XIX salvo tal vez en Mérida y en menor medida Valladolid, el resto de Yucatán aparece dominado por las medicinas tradicionales. En el medio rural, el mantenimiento de una economía de subsistencia autónoma o complementaria de la explotación de las haciendas, así como la inexistencia de recursos biomédicos, requiere de la presencia de todas las formas tradicionales señaladas, incluidas las que denominamos «religiosa» y «mágica». Más aún, a finales del siglo XIX podemos considerar a la forma «religiosa» como la forma hegemónica en las áreas rurales, dada la asociación de este tipo de

---

católicas. Este constituye un proceso continuo en Yucatan, donde se dieron síntesis de cultos y prácticas en los cuales se integraban elementos espiritistas. En 1927 el delegado sanitario federal intentó clausurar una farmacia en la cual el boticario despachaba recetas escritas en sánscrito por un espiritualista.

curador con la producción maicera, ya que es quien realiza los rituales agrarios, contribuyendo a la integración y continuidad cultural de los grupos mayas, máxime que también tiene a cargo los rituales matrimoniales, y los que tienen que ver con determinados padecimientos considerados graves o por lo menos difíciles. Considero que este papel debe haberse reforzado de manera notable durante el período de la guerra de castas, pero tanto las consecuencias de dicha guerra como, sobre todo, el desarrollo de la producción henequenera, el desplazamiento del maíz, y la expansión biomédica socavarán la hegemonía de estos curadores dentro de las áreas rurales.

En el análisis de los servicios de salud, hemos señalado que hasta la década de 1930, la hegemonía biomédica se da en los medios urbanos y sobre todo en Mérida, y en segundo lugar en toda la región norte, siendo muy escaso en las regiones II y III. A su vez indicamos un proceso de pérdida relativa de la importancia de los *h'men* en cuanto a los procesos curativos y su circunscripción a los rituales agrarios, y correlativamente el mantenimiento de los otros curadores tradicionales, especialmente de las parteras empíricas.

Ahora bien ¿qué tipo de padecimientos trataban los curadores tradicionales y que datos tenemos sobre dichos padecimientos? En capítulos anteriores hemos señalado cuales son las enfermedades que más inciden en Yucatán, sobre todo en términos de mortalidad, pero dado que dichos datos son generados por médicos solo refieren a enfermedades alopáticas. Y si bien sabemos, que una parte de estas enfermedades corresponden también a padecimientos tradicionales, sin embargo, no tenemos un equivalente que nos informe sobre las tasas de mortalidad por enfermedades tradicionales. Es decir, mientras los médicos nos dan información cualitativa y estadística de las enfermedades, los antropólogos solo nos dan información cualitativa, en la cual pueden llegar a consignar que los niños se mueren más de mal de ojo que de susto, pero no mucho más.

Mientras la información médica considera básicos y determinantes ciertos padecimientos infectocontagiosos, los antropólogos enfatizan y codifican una serie de enfermedades «tradicionales» en las cuales pueden ser reconocidas sobre todo algunas enfermedades infecto/contagiosas, pero no todas ni tampoco con caracteres diferenciales. Nuestra revisión indica que durante este lapso las principales enfermedades de que se muere la población yucateca en su conjunto son gastroenteritis y otras diarreas, las enfermedades respiratorias agudas, el paludismo, la desnutrición,

y las causas perinatales. Y, por lo menos una parte de estas enfermedades, son las que trata no solo la biomedicina sino la medicina tradicional.

Redfield y Villa Rojas, dos antropólogos que tendrán una notable influencia en la orientación teórico/ideológica de los trabajos antropológicos en general, y de antropología médica en particular, hacen referencia a los estudios médicos liderados por Shattuck, señalando que éstos, entre otras actividades, hicieron un examen médico de 379 individuos de Chan Kom y de otras localidades vecinas básicamente indígenas, y que la morbilidad observada fue similar a la del resto de la península. Excepto la influenza, que fue epidémica cuando se hizo el examen, las principales enfermedades reconocidas fueron sobre todo los desórdenes gastrointestinales, y luego artritis, tracoma, tuberculosis, bronquitis crónica, pelagra, scabiasis. La malaria estuvo probablemente presente, pero no fue claramente reconocida, y no se diagnosticó sífilis y solo un caso de gonorrea.

Pero pese a dar cuenta de este panorama epidemiológico, -y es lo quiero destacar- sin embargo, las descripciones y análisis de estos dos antropólogos se harán exclusivamente en términos de prácticas y concepciones curativas «tradicionales». Esto resulta aún más curioso porque Redfield y Villa Rojas dicen que

Actualmente en Chan Kom el saber local no es la única guía para el tratamiento médico. Para los enfermos se ha vuelto común visitar la clínica gratuita mantenida por la Fundación Carnegie en Chichen Itza, la cual fue cerrada en 1932. Todo el mundo está dispuesto a recurrir a la clínica; más aún, los miembros familiarizados con el estilo urbano hacen un uso considerable de las medicinas (REDFIELD y VILLAROJAS, 1934: 17)

Y agregan:

De todos modos no hay ninguna persona en la comunidad que no aplique la medicina tradicional, y que no recurra al *h'men* para diagnósticos y si el caso es desesperado; solo los más sofisticados van a Chichen si el caso es muy grave. Estos, primero tratan el caso con la medicina moderna y si no funciona entonces van al curandero (1934: 17)

Estos antropólogos, como la mayoría de los que posteriormente estudiaron Yucatán y otras áreas mexicanas y guatemaltecas, focalizan el «polo» de la medicina tradicional, no considerando en sus análisis datos descriptos por ellos que indican la presencia de enfermedades alopáticas y de médicos en las comunidades estudiadas. Si bien señalan la facilidad con que el campesino incorpora las nuevas formas de asistencia médica

y el uso de fármacos, así como la presencia creciente de las enfermedades «no tradicionales», y una carrera del enfermo que incluye al médico y los fármacos, sin embargo, no describen ni analizan estos procesos ni lo que implican en términos culturales y económico/políticos. Inclusive Villa Rojas en una conferencia dada en 1979 sobre enfermedad entre los mayas de Yucatán, continúa analizando la situación yucateca a partir de la medicina tradicional, y aunque admite que lo «moderno» debe incluirse, toda su plática estuvo orientada hacia categorías etiológicas y terapéuticas «tradicionales».

Es decir, que estos antropólogos saben de qué padecimientos alopáticos y tradicionales se enferman los yucatecos, pero pareciera que la población yucateca solo se muere de gastroenteritis o de problemas perinatales, pero no de brujería ni de mal de ojo ni de parto, pues solo tenemos datos de mortalidad referidos a enfermedades alopáticas. Si bien los antropólogos pueden hacer referencias a mortalidad por enfermedades tradicionales, no contamos con descripciones y análisis a través de los cuales observemos cuando los niños se mueren o no se mueren de mal de ojo, y el papel que el curador tradicional tiene en dicho proceso.

El peso de esta orientación nos lleva a preguntarnos ¿cuáles son las enfermedades tradicionales y en qué consisten? Si por tradicional pensamos exclusivamente en una medicina que continua los saberes precortesianos, recordemos que prácticamente ninguno de los padecimientos que tuvieron una incidencia determinante en términos de mortalidad en Yucatán durante todo el período analizado, puede ser considerado «tradicional». Ni los tipos de gastroenteritis, ni las enfermedades agudas del aparato respiratorio, ni el paludismo, ni la desnutrición endémica, ni el sarampión, ni la viruela, ni la tos ferina, ni la lepra, ni casi ninguna de las enfermedades dominantes en la década de 1930 son originarias de Yucatán. Salvo la fiebre amarilla y alguna variedad de tifus, ya controladas en el decenio anterior, todas las enfermedades que actualmente presentan la mayor incidencia de morbilidad y mortalidad son de origen europeo o africano o de reconocimiento reciente.

Personalmente considero que la mayoría de los antropólogos no han reflexionado demasiado sobre este hecho; lo han anotado, lo han utilizado como denuncia del etnocidio de los grupos nativos, pero pasaron de largo en cuanto a su significado cultural, ideológico y político, y no solo en relación con la problemática de la enfermedad. ¿Qué significa en términos teóricos, que las concepciones y las prácticas nativas se hicieron



y desarrollaron sobre enfermedades que generan las más altas tasas de mortalidad y morbilidad, pero que son producto de la invasión europea? ¿Cómo se articulan las nuevas enfermedades, no solo con la esfera productiva, sino con la redefinición de los núcleos ideológicos en torno a los cuales se constituyen la hegemonía y el control de los sectores dominantes, y que además son parte de la cotidianeidad de los conjuntos sociales subalternos? Podrían plantearse varias preguntas como éstas que nos obligan a reflexionar, no solo sobre el significado sino sobre la eficacia con que la medicina tradicional ha enfrentado estas enfermedades. Pero, sin embargo, la mayoría de los analistas se ha dedicado a una «disputa por los orígenes», y sobre todo a la descripción de las concepciones etiológicas y de las terapéuticas que utiliza la medicina tradicional para la explicación y tratamiento de las enfermedades; aunque casi nunca analizadas en términos de mortalidad, ni de la eficacia que dichas terapéuticas tradicionales tienen para reducir las tasas de mortalidad que afectan a la población que atienden los curadores tradicionales.

Si aceptamos que casi todas las enfermedades, y especialmente las que más inciden en la mortalidad de los yucatecos, son «nuevas» en Yucatán, debemos suponer que su introducción debió generar críticos procesos demográficos, económicos e ideológicos en la población, entre los cuales los más importantes serían: *a)* la inexistencia de defensas y resistencias «biológicas» específicas en la población, en la cual no hay un proceso de «inmunización natural» ante los nuevos padecimientos; *b)* la inexistencia de interpretaciones diagnósticas propias; *c)* la inexistencia de terapéuticas específicas; recordemos que parte de los cuadros no podían ser integrados al conocimiento «técnico» y mágico «tradicional»; *d)* la conmoción no solo demográfica, sino ideológica y económica, frente a las nuevas consecuencias de las enfermedades que generaron una catástrofe demográfica; *e)* la crisis de la eficacia terapéutica tradicional y la función de los curadores «tradicionales», dado el fenomenal incremento de las tasas de mortalidad, frente a las cuales fueron ineficaces las terapias nativas, y por supuesto las europeas; *f)* el efecto contrastante de una menor muerte en los europeos que en los nativos, dada las resistencias «naturales» adquiridas por los primeros en sus países de origen. Así como una lectura de estos procesos en términos de hegemonía/subalternidad.

Ante esta situación, que por otra parte opera en un contexto de dominación y explotación, debió generarse en la población maya un proceso de reconstitución ideológico/cultural respecto de los procesos de *s/e/a-p*

basado en la apropiación de los saberes terapéuticos europeos, y que no encuentro desarrollado en los antropólogos que estudian las enfermedades tradicionales.

La implantación de la dominación política e ideológica por los conquistadores europeos se realizó a través del papel letal que tuvo la conquista en el ámbito de los procesos de *s/e/a-p*, dado que las enfermedades traídas por los europeos diezmaron a la población nativa, y dichas enfermedades y mortalidades comenzaron a formar parte de la cotidianeidad de los yucatecos. Frente a estas enfermedades se utilizaron los saberes nativos y los de los conquistadores caracterizados ambos por su escasa eficacia para enfrentar las enfermedades infectocontagiosas, pero también por las similitudes que existían entre los saberes médicos locales y los traídos por los españoles.

Y al respecto debe recordarse otra vez lo obvio, es decir que los saberes médicos de los colonizadores a nivel de curadores especializados y de la población en general, no manejaban —al igual que la población y curadores yucatecos— concepciones virales ni bacterianas sobre la causalidad y transmisión de las enfermedades infectocontagiosas. Y por el contrario sus concepciones etiológicas humorales y climáticas, así como sus saberes curativos, especialmente los herbolarios tenían más similitudes que diferencias. Y sobre estos procesos iniciales, se irán generando desarrollos que implican, por ejemplo, el impacto decisivo de las creencias y rituales católicos que tuvieron una enorme expansión y penetración articulándose con los rituales mayas en las ceremonias básicas desde las agrarias hasta las matrimoniales pasando por las fiestas de diferente tipo, que incluyó en todas ellas la presencia de un producto nuevo, el alcohol, que se convertirá no solo en parte intrínseca de todos esos rituales, sino también de la identidad yucateca. Y sobre estos procesos, durante los siglos siguientes se incluirán las nuevas formas propias y paralelas que irán surgiendo incluidos el espiritismo, la homeopatía, y más recientemente las formas denominadas «nueva era», todas las cuales se crean y desarrollan en medios urbanos.

Por lo tanto, la medicina «tradicional» actual es algo «nuevo», y solo la dinámica del proceso de apropiación, pero al mismo tiempo de exclusión, lo convierte en «tradicional»; y gran parte de esa dinámica es generada por la expansión biomédica. En gran medida la medicina tradicional, entendida como tradicional, es producto del desarrollo de la biomedicina; por lo cual, tanto la biomedicina como la medicina tradicional actuales son productos de cambios históricosociales, donde lo tradicional actual no

solo se va redefiniendo a partir de la biomedicina, sino que va apropiándose de saberes biomédicos. Y es respecto de este proceso, que necesitamos analizar tanto las interpretaciones de los antropólogos culturalistas como de algunos autores marxistas y/o paramarxistas que, no tan curiosamente, coinciden en sus apreciaciones.

Ya señalamos que la antropología cultural focaliza «lo tradicional», sin definir teóricamente este término, sino a través de tipologías dicotómicas; también indicamos que esta focalización «conceptual» se realiza aun contra la evidencia de los propios datos, y que la misma opera más en los epígonos redfilianos que en el propio creador de esta tipología. En consecuencia, considero necesario partir de los análisis del propio Redfield, quien en su nueva «visita» a Yucatán, concretamente a Chan Kom, en 1948, señala que en esta localidad hay ahora más conocimiento de la medicina moderna que en 1931. En 1948 los remedios de patente, incluidos los inyectables, son conocidos y «ampliamente usados», pero reconociendo que los remedios tradicionales son los que más se siguen usando, dándose una complementación entre medicinas «modernas» y «tradicionales». En su estudio evidencia de hecho la existencia de una carrera del enfermo, que supone varios tratamientos sucesivos, que pueden comenzar indiferenciadamente por el médico, *h'men* o el yerbatero.

En la década de 1960 varios antropólogos trabajaron en Yucatán, y algunos en el municipio de Ticul; dos de ellos han publicado sendos trabajos sobre Ticul y Pustunich, y uno de los estudios (no publicado), el de Thompson, trata en particular la problemática de la enfermedad en Ticul. El mismo constituye un análisis de las categorías de enfermedad observadas a través de un curandero. Este trabajo de THOMPSON (1966) expresa a nuestro juicio paradigmáticamente la orientación del enfoque antropológico, y no solo por haber utilizado un solo informante. Si bien su metodología nos puede parecer limitada, debe reconocerse que si él quería observar a fondo cuáles eran las categorías etiológicas y terapéuticas que opera un curandero, consideramos más pertinente un estudio en intensidad como el realizado por Thompson que una encuesta generalmente superficial. No, lo negativo de esta orientación radica en que a partir de «un» curandero, y sin verificar mínimamente en la comunidad sus aseveraciones, pretende generar una revisión de clasificaciones hechas con anterioridad «para las enfermedades», y proponer a su vez su generalización. Es decir, una cosa son las categorías manejadas por un curandero, y

otra que estas categorías sean las mismas usadas por la comunidad y de la misma manera, cuando Thompson hizo su trabajo de campo.

Y ello cuando en una de esas comunidades existen médicos permanentes desde 1920, y que por lo menos había cuatro médicos entre públicos y privados y un centro de salud cuando realizó su investigación. Por eso es interesante consignar que, de los datos presentados por Thompson, surge que de las 106 enfermedades que clasifica el curandero, solo dos casos requieren para su curación medicinas de patente, y que en otras dos enfermedades puede recurrirse a la cirugía.

La orientación de Thompson en el análisis de la problemática sobre la enfermedad en Ticul está organizada de tal manera que, aun cuando en su trabajo sobre «el cambio social en Ticul» intenta una superación del funcionalismo tipológico, a la hora del análisis de los procesos de s/e/a-p sigue imponiéndose una tipología basada en la polaridad tradicional/moderno. Su análisis de las categorías manejadas por un curandero, y la extrapolación teórica a la interpretación del conjunto de las enfermedades, funcionan a partir de supuestos no explicitados, pero que orientan constantemente su interpretación y conclusiones. A Thompson no se le ocurrió estudiar, además del curandero, a un médico y sobre todo a la población, para observar, como lo hizo con el «curador tradicional», cuáles eran las categorías diagnósticas y terapéuticas que surgían de su trabajo médico con la población, y especialmente las que surgían de la propia población. Su enfoque se redujo a trabajar con un curador tradicional, en lugar de hacerlo con todos los implicados en el proceso de s/e/a-p. Es decir, para tener un panorama 'real' de los procesos de s/e/a-p, incluidas las cosmovisiones, debería haber trabajado con los curadores tradicionales, con los biomédicos y con los diferentes sectores sociales de la población.

Ni Redfield ni Villa Rojas, ni Thompson se ocupan sistemáticamente del conjunto de las enfermedades, y menos aún de los diferentes curadores y de los diferentes sectores sociales que operan en las comunidades estudiadas; solo dan cuenta de las que les interesan, es decir de las «tradicionales». Lo interesante es que, pese a esta escisión de la realidad que realizan, pretenden hablar sobre las concepciones dominantes respecto de la enfermedad, de las cuales han eliminado no solo las enfermedades alopáticas, sino el papel y los significados de la presencia biomédica. La medicina científica y las enfermedades alopáticas pueden ser nombradas en estos estudios, pero no se las describe ni se las analiza, ya que los estudios antropológicos solo parecen interesados por las enfermedades y los curadores tradicionales.

Este enfoque está presente en casi todos los antropólogos norteamericanos, y también mexicanos, que trataron los procesos de salud/enfermedad/atención-prevención entre las décadas de 1920 y 1940; y tal vez una de las propuestas más dinámica surge de los primeros trabajos de Redfield sobre Yucatán, como ya lo hemos señalado. Pero reconociendo que si bien sus propuestas descriptivas e interpretativas constituyen las aproximaciones más interesantes generadas por los antropólogos culturalistas que trabajaron en dicho estado durante este lapso, dichas propuestas se diluyen en las obras posteriores del mismo Redfield y de otros autores, ya que adquieren, intencionalmente o no, una perspectiva tipológica que tiende a congelar los procesos a través de su focalización en el tipo tradicional, y más allá de que en lugar de tipo hablen de cosmovisiones, a las que justamente manejan deshistorizadamente.

Necesitamos no obstante reconocer que varios antropólogos norteamericanos que trabajaron en Yucatán, como por ejemplo GOLDKING (1965) y STRICKON (1965), desarrollan enfoques diferentes, aunque referidos casi exclusivamente a problemáticas económicas, lo cual nos lleva a preguntarnos ¿por qué los interesados por los universos simbólicos tienden a excluir o subordinar los procesos económicos/políticos y viceversa?<sup>65</sup>

Esta carencia de dinámica procesal, de cosificación tipologizada, de polarización temática la hallamos frecuentemente en las aseveraciones de Redfield y Villa Rojas, pero también de Elendorf para quien los nativos de Chan Kom, pese a las enseñanzas que recibieron sobre la concepción

65 Considero que en el análisis de la enfermedad y del desarrollo de algunas formas religiosas observadas en Yucatán, es donde Redfield alcanza su mayor nivel de profundidad analítica. Sus ulteriores propuestas teóricas aparecen muy tipologizadas o «comunalizadas» y, en lo referente al análisis de situaciones concretas, su obra supone un retroceso respecto de su libro sobre Yucatán. Así, mientras en este trabajo se percibe un dominio de una concepción procesal como ocurre con su análisis del curanderismo femenino; sin embargo, en su reestudio de Chan Kom no solo pasan a primer plano concepciones psicologistas, sino que su análisis se deshistoriza. Esto se pone de manifiesto, primero en su interpretación del éxito de dicha comunidad, lo cual atribuyó a «la competencia de sus dirigentes», y segundo, a que en el análisis de dicho éxito Redfield no toma en cuenta las condiciones de desigualdad socioeconómica existentes en la comunidad y a nivel provincial. De tal manera que no solo no analizó Chan Kom, ni Yucatán, en términos de estratos sociales, sino que no tomó en cuenta que dicho estado estaba atravesando, cuando él lo estudió, uno de los períodos de mayor auge económico. Desde estas perspectivas, Chan Kom representa un retroceso teórico y etnográfico respecto de Yucatán, pero más que criticar sus textos ulteriores, ahora me interesa recuperar la capacidad analítica que Redfield evidencia en su libro sobre Yucatán.

microbiana de las enfermedades y sobre los procesos vitamínicos, no han integrado dichas concepciones: «Los microbios nunca han existido y las vitaminas son solo fantasías de los sabios» (ELENDRORF, 1973:139). Y lo mismo sostiene Redfield luego de su visita a Chan Kom en 1948: «Por más que ha habido enseñanza y difusión de la teoría de las infecciones, en 1948 no oí nada sobre esto de la gente. La concepción sobre los “malos aires” y “lo frío y lo caliente” siguen siendo tan frecuentes como en 1931».

No cuestiono estas aseveraciones de Elendorf y de Redfield respecto a que la gente de Chan Kom, —o de Pustunich, o de Axil— no maneje una concepción microbiana de las enfermedades; más aún, nos parece coherente que así ocurra, ya que pienso que en esos años la mayoría de las personas de los diferentes estratos sociales yucatecos, tal vez hablaran de microbios, pero sin manejar la teoría microbiana, como ocurría también en otros estratos sociales y en contextos urbanos y no solo rurales. Además, tampoco cuestiono que la población siga explicando toda una serie de padecimientos a través de las categorías de «lo frío y lo caliente»; lo que me pregunto es como dicha población, relaciona estas interpretaciones con los «otros» padecimientos, que son de los que más mueren los yucatecos; como las relacionan con la presencia de médicos, de farmacias, de campañas antipalúdicas, y con un creciente uso de medicamentos, como reconoce el mismo Redfield.

Pero especialmente me interesa observar como los antropólogos interpretan estos procesos, ya que, en sus etnografías varios, por lo menos, mencionan la presencia biomédica, de farmacias y de enfermedades alopáticas, inclusive respecto de las trayectorias de enfermedades. Y así todos los trabajos antropológicos que conocemos para medios rurales y urbanos yucatecos, señalan que la mayoría de las enfermedades son debidas a una «causa natural», e indican a los «aires» como la causa principal. Esto lo señalan Redfield, Villa Rojas y Thompson, pero también Press, quien estudiando Pustunich en 1963-1964, señala la importancia de esas causas «naturales», pero señalando que, cuando alguien se enferma, la primera acción consiste en administrar remedios caseros y/o de patente, y agregando que en Pustunich todas las personas conocen el uso medicinal de hierbas, y que todos están también familiarizados con las aspirinas, antiácidos y otras drogas que se venden sin prescripción; ya que todas las tiendas de esta pequeña localidad venden medicinas. Pero agregando algo más: cuando una persona se enferma lo primero que se hace es la automedicación con medicina de patente. Y gran parte de esto había sido señalado

por Redfield, quien en 1948 ya hacía referencia al uso de la penicilina y a la venta de fármacos de patente. Pero pese a este uso de fármacos «científicos», según Press, la gente sigue acudiendo más al yerbatero que al médico de Pustunich, aun cuando esto depende del tipo y la gravedad del padecimiento. Y por lo tanto ¿cómo operan en estos procesos «tradicionales» y «modernos» las categorías frío/caliente, los aires y los fármacos?

Ahora bien, ¿cómo interpretar estos datos? Considero que en los procesos señalados intervienen diferentes factores y actores sociales, que si no los relacionamos pueden aparecer ininteligibles y confusos. Los factores a que hacemos referencia fueron ya señalados en parte, y otros están implícitos, pero no analizados, pero trataré de estructurarlos en una explicación. Ya mencionamos que la mayoría de las enfermedades caracterizadas por su alta mortalidad habían sido importadas durante la trayectoria colonizadora, y que debió operar un proceso de síntesis externo/interno en la población nativa que siguió desarrollándose durante todo el proceso colonial e «independiente», pero que comenzó a modificarse más fuertemente a finales del siglo XIX, que es cuando comienza la expansión biomédica, que establece un cambio radical entre la biomedicina y las medicinas tradicionales<sup>66</sup>.

A partir de entonces, las actividades biomédicas de diferente tipo se expandirán constante e intermitentemente; y este desarrollo y presencia de la medicina «moderna», se caracteriza por su cada vez mayor distanciamiento científico con los saberes populares, y por su mayor eficacia comparativa evidenciada en la erradicación de la fiebre amarilla y de la viruela, y en el abatimiento notable del paludismo, tres de las enfermedades de mayor letalidad en Yucatán. Esta eficacia aparece encarnada en la presencia médica, en la medicina de patente, y en determinadas acciones de saneamiento. Pero parte de estas presencias son también ausencias como ya lo hemos señalado en el caso de los médicos; y solo el medicamento tendrá una presencia continua. Como vimos, los médicos están concentrados en Mérida y en las localidades urbanas más grandes; además tienen determi-

66 Lo señalado no ignora que, por lo menos, desde la expansión colonial, siempre hubo diferencias radicales entre el saber médico y el popular respecto de los procesos de s/e/a-p, pero estas distancias eran más sociales que culturales, ya que por ejemplo todavía durante el siglo XIX los médicos manejaban la teoría de los miasmas que se articulaba con la teoría de los aires que dominaba el saber popular. Será durante el siglo XX que la diferenciación se radicalice.

nada movilidad institucional o en función del mercado, mientras los medicamentos estarán disponibles en los centros de salud, en las farmacias, en las tiendas y, cuando los hay, también en el consultorio de los médicos y de los auxiliares des alud. Esta presencia, unida a la eficacia, será uno de los factores determinantes de la influencia cada vez más acentuada de la medicina científica<sup>67</sup>.

De los medicamentos, serán además los inyectables los que aparecerán como la expresión más notable de la eficacia, ya que como han señalado varios antropólogos para México, y especialmente ERASMUS (1961), la población nativa no rechaza las inyecciones, por el contrario, dentro de determinados contextos, las solicita. Y así Press nos relata que, ante un foco epidémico de influenza, una persona fue a solicitar al maestro de Pustunich que la inyectara, y al otro día la gente hacía cola para demandar lo mismo<sup>68</sup>.

¿Cómo relacionar estos procesos con el señalamiento de los antropólogos, y también de los médicos, de que la gente no solo desconoce la teoría microbiana, sino que, luego de que se la enseñan, sigue sin entenderla? ¿Cómo relacionar estas afirmaciones con la frecuente compra de vitaminas por sujetos que desconocen lo que son químicamente las vitaminas pero que se caracterizan por estar desnutridos, por padecer enfermedades carenciales? ¿Cómo explicar que en este tipo de comunidades que al médico? Podríamos hacernos toda otra serie de preguntas similares, pero considero que la más significativa sigue siendo ¿cómo explicar el dominio en comunidades yucatecas de una concepción de la etiología de las enfermedades basada en los «aires» y en lo «frío y caliente», cuando los habitantes de dichas comunidades se están muriendo de enfermedades alopáticas, y existe una creciente demanda de la medicina científica, ya sea a través de los fármacos o de la atención médica?

La concepción tipologista y centrada en el polo «tradicional» no le permitió a los antropólogos ver algo que ellos mismos habían documenta-

67 En estudios realizados en comunidades de varios estados mexicanos observamos que una parte de la población guardaba las recetas médicas, así como los medicamentos ya utilizados, para volver a utilizarlos o comprarlos sin necesidad de ir al médico.

68 Pero ya para la década de 1940, Redfield nos indicaba cómo en una pequeña comunidad como Chan Kom, de todas las «innovaciones» incorporadas por la misión cultural que funcionó de 1944 a 1945, solo fueron apropiadas por la población unas pocas, entre las que estaba la práctica de aplicar inyecciones.



do, es decir la función sintética de la ideología y la internalización práctica y experiencial de la misma. Es decir, estos antropólogos solo buscaron lo tradicional, pues para ellos era lo que dominaba la vida —¿o tal vez las cosmovisiones? De las comunidades campesinas en lugar de observar lo que la gente actuaba en su vida cotidiana. Y esto lo hicieron Redfield, lo sigue haciendo Villa Rojas (plática ya citada de este autor en 1979), lo hace Thompson, y lo hicieron Adams, Rubel, y la mayoría de los antropólogos dedicados a la antropología médica, y también a las otras antropologías. La teoría ideologizada de la enfermedad excluye una parte de los saberes populares sobre la enfermedad y su atención, y por eso necesitamos asumir que el problema que estamos analizando no corresponde a la realidad estudiada, sino que en gran medida fue creada por los antropólogos mediante su forma de estudiar los procesos de s/e/a-p.

Pero, además, una parte, por lo menos de los antropólogos, aunque no lo estudiaban, se manejaban con estereotipos respecto del polo urbano/desarrollado, que legitimaba sus a priori respecto de los campesinados. Ya que, si estos analistas les preguntaran por la teoría microbiana a obreros o a representantes de la pequeña burguesía, es decir dueños de abarrotes, choferes de taxis; o incluso a sectores de clase media y alta, ya sean amas de casa, esposas de terratenientes o industriales y a los mismos terratenientes e industriales. ¿Acaso lograrían que les explicaran la teoría microbiana o infecciosa? ¿Acaso, aparte de hablarnos de su importancia, podrían decir algo más sobre las vitaminas? ¿Acaso podrían dar alguna información sobre cómo se procesa una medicina determinada dentro de su organismo, o del organismo de sus hijos? ¿Si Redfield, Villa Rojas, o Thompson, hubieran estudiado otros sectores sociales de Yucatán, tal vez se hubieran dado cuenta de que, además de estar presente en por lo menos una parte de ellos, la teoría de «los aires» y de «lo frío y lo caliente»; dichos sectores tampoco hubieran podido dar cuenta de lo que los antropólogos y los médicos le exigen a este campesinado. Pero para estos autores lo urbano, ajeno a su composición clasista, aparece asociado mecánicamente con un determinado tipo de información y racionalidad definida a priori, que tal como está planteada no existe ni en la cotidianeidad de lo urbano ni en la cotidianeidad de lo rural.

Esta concepción en el estudio de «los otros» ha sido dominante en los diferentes enfoques sociológicos y antropológicos; frecuentemente los autores que han analizado los procesos de s/e/a-p para Mesoamérica han

caído en una suerte de etnocentrismo cientificista, y así por ejemplo R. ADAMS: concluye que

El Magdaleño [Guatemala] no es ignorante en lo que respecta a las enfermedades: es decir, no hay ningún vacío al cual, con suficiente insistencia y esfuerzo de boca no se puedan insertar ideas científicas. Hay un fondo de conocimientos muy definido en lo relativo a las enfermedades y a las maneras propias de tratarlas. El conocimiento médico científico difiere de este conjunto local de conocimientos en dos importantes aspectos: contenido y cantidad. Las categorías específicas de contenido y las relaciones entre estas categorías difieren de las de la ciencia médica occidental. En cantidad el Magdaleño tiene menos categorías conceptuales en las cuales se puedan canalizar sus percepciones; en consecuencia, diversos eventos perceptibles se pueden clasificar en una sola categoría (1952: 17).

Esta manera de pensar de Adams ha sido lo «normal», inconscientemente normal, en muchos analistas, ya que comparan el saber de sectores subalternos con el conocimiento científico biomédico, pero sin darse cuenta del sesgo no solo metodológico sino ideológico que ello implica. ¿Dónde están las investigaciones o los datos que en las décadas de 1940 y 1950 demostraran que la población urbana o rural de Estados Unidos tenía un conocimiento «teórico» de las categorías y procesos que maneja la práctica médica denominada científica?<sup>69</sup> ¿Dónde están las investigaciones que demuestren cuáles son las categorías que manejan los médicos en su práctica, que no es lo mismo que hablar de medicina científica?

No pretendemos negar la diferencia ni el uso de más o de menos categorías; lo que nos planteamos es ¿con respecto a quiénes, a qué conjuntos poblacionales se emiten estos juicios de valor? El mismo Adams, refiriéndose al uso de aspirinas y otros medicamentos, señala:

Ignoramos desde hace cuánto tiempo las poblaciones de Magdaleño han estado usando las curas compradas en boticas, ni desde cuándo han visitado a los doctores, utilizando las curaciones ofrecidas por el profesional médico. Sin embargo, es seguro que muy pocas de estas curas han sido del todo integradas a la cultura. Entre las últimas curas usadas se cuentan ciertas medicinas de patente que pueden comprarse sin receta (ADAMS, 1952:69).

69 Según G. J. McCall (1966), determinadas prácticas adivinatorias y brujeriles que tenían que ver con la salud, el amor, el éxito económico y el poder interpersonal, y que eran practicadas por ciertos curadores, suponían que en 1940 éstos obtuvieran, solo en la ciudad de Nueva York, cerca de un millón de dólares anuales de ingresos. Además, en Chicago, Detroit, Filadelfia y otras ciudades obtenían ingresos similares.

Al autor le fue imposible obtener una explicación en términos racionales relativa al uso de ninguna de las píldoras, ya que el informante no pudo establecer las razones, manifestando simplemente que había encontrado que eran efectivas. Tanto las investigaciones como el proceso cotidiano y el sentido común indican justamente eso: que las comunidades se han apropiado en gran medida de las medicinas de patente por su eficacia comparativa. Pero, y es lo sustantivo, ¿Qué significa la afirmación de Adams de que estas medicinas «no han sido integradas del todo a la cultura»?

Dos trabajos asesorados por nosotros y realizados sobre estratos medios de la ciudad de México, evidenciaron, por lo menos para la población estudiada, que los usuarios de medicamentos, aun tratándose de personas de alta frecuencia de concurrencia al médico, tienen muy poca o ninguna noción sobre el proceso que el medicamento tiene en ellos ni sobre la composición química del mismo. Lo que reconocen es un principio causa/efecto, y su propia experiencia sobre la eficacia del medicamento; ya que es sobre todo la eficacia del fármaco la que determina su uso y la reiteración del mismo. Estas personas construyeron una síntesis, en parte inducida, de la etiología de la enfermedad y del efecto del medicamento, en la cual pueden conjugarse concepciones mágicas y «científicas» que avalan la utilización, pero cuyo fundamento básico está en la eficacia, y además en una eficacia respaldada por el poder/saber médico.

Considero que en el campesinado —y en el conjunto de los sectores sociales— yucateco se ha producido un proceso similar; la eficacia de los fármacos tanto a nivel humano, ambiental, como tal vez también animal, los conduce a un uso cada vez más frecuente de los mismos, más allá de que conozca los mecanismos bioquímicos a través de los cuales se logra la eficacia. Ahora bien, ¿cómo articulan los campesinos yucatecos la existencia de enfermedades tradicionales y alopáticas? ¿Cómo relacionan y justifican el uso de tratamientos tradicionales y biomédicos?

De la lectura de varios trabajos antropológicos parece desprenderse que en la cabeza del campesinado yucateco se da una escisión según la cual hay enfermedades de los médicos, y enfermedades de los curadores tradicionales, y si bien algo de esto hay a nivel manifiesto, ello no explica porque los sujetos y grupos pasan tan rápidamente de un tipo de terapéutica tradicional a una biomédica y viceversa según lo hemos podido constatar en Yucatán y en otras partes de México. Los antropólogos se han pasado buscando las pautas ideales con qué pensarían y actuarían los

grupos indígenas, y las encontraron en la medicina tradicional, pensando que el uso de la biomedicina no correspondía a las pautas propias de los campesinados indígenas. Como dirían los antiguos funcionalistas, habría una total discrepancia entre la norma ideal y la norma real; pero, si esto es así; ¿cómo explican lo que ocurre en las prácticas de estos grupos, que incluyen ambos tipos de atención, a veces simultáneamente? Ni esto es así, como consideramos haberlo demostrado para Ticul, ni por otra parte los antropólogos explicaron lo que ocurría, sino que solo explicaron lo que buscaron, lo cual solo era una parte de la vida cotidiana de los grupos que estudiaron.

Por lo tanto, no hay discrepancias entre las pautas ideales (dominio de la medicina tradicional) y las pautas reales (usos de la biomedicina y de la medicina tradicional) respecto de los procesos de *s/e/a-p* en los sectores sociales subalternos yucatecos, ya que, por lo menos, ciertos aspectos biomédicos ya forman parte de las pautas ideales, como es el de considerar que la medicina de «especialidades» constituye la mejor medicina. Lo cual no ignora que los conceptos tradicionales sigan siendo los más utilizados, pero que operan cada vez más articulados y subordinados a concepciones extraídas de la medicina científica. Es decir —como diría LINTON (1945)— lo que tenemos que buscar no solo son las pautas reales y las ideales, sino sobre todo las pautas construidas, que es donde observamos los constantes procesos de articulación que los sujetos y grupos desarrollan en sus vidas cotidianas. En todo este proceso la eficacia real y simbólica de los fármacos y la experiencia directa e indirecta con la práctica médica, serán determinantes para este proceso de sintetización ideológica, que, y lo subrayo, no solo se da en los sectores sociales subalternos, sino también en los curadores tradicionales que los atienden.

Nuestro análisis no niega que en otros contextos mexicanos ocurran procesos diferentes a los que hemos encontrado en Yucatán; lo que proponemos es, sin embargo, tratar de observar lo que no se suele observar. Es decir, observar lo que los sujetos y grupos realizan en su vida cotidiana, y no solo preguntarles sobre los datos que nos interesa a nosotros obtener, dado que esto último nos puede conducir a producir etnografías que tienen poco que ver con gran parte de los hechos de la vida cotidiana. Y así, por ejemplo, la producción antropológica para Yucatán nos presentó un papel dominante de los curadores y de las enfermedades tradicionales -incluidos los *h'men-* que no puede explicar no solo la reducción constante de los mismos, sino el notable abatimiento de las tasas de mortalidad ge-

neral y etaria; y comparativamente en poco tiempo. De sus «diagnósticos» de comunidad, realmente no podía esperarse una reducción como la que se produjo en las tasas de mortalidad, ya que sus énfasis en las «enfermedades tradicionales», en las concepciones etiológicas tradicionales, en la incompreensión popular de la teoría infecciosa y en la preferencia por terapéuticas tradicionales, proponía una realidad que excluía los factores y procesos que más incidieron en el abatimiento de los daños.

Sin embargo, los procesos de abatimiento de la mortalidad general, de la mortalidad infantil, de la mortalidad preescolar, se producen en Yucatán tanto cuando ellos estudiaron sus comunidades como antes y también después. La perspectiva con que la mayoría de los antropólogos estudiaron la medicina tradicional y su significado, no guarda relación con una parte de los datos que los mismos antropólogos señalaban, ni tampoco con la información que las ciencias antropológicas y otras disciplinas generaban respecto de los procesos económico/ocupacionales referidos, por ejemplo, a la producción maicera. Para estos antropólogos, inclusive en la actualidad, la enfermedad y la curación aparecen estructuralmente ligadas al ciclo económico e ideológico del maíz, en términos de una pretendida autonomía «cultural» que excluye tanto interpretaciones como procesos ajenos a dicho ciclo productivo/religioso. En consecuencia, para ellos siguieron siendo dominantes las enfermedades tradicionales, los terapeutas tradicionales, y sobre todo el principal operador ideológico, el *h'men*, quien también es la figura clave ideológica para asegurar la producción de maíz, dado que es quien realiza los principales rituales agrarios. Y esto, pese a la retracción cada vez mayor de la producción de maíz, y pese a la constante penetración biomédica, como lo hemos analizado previamente.

Esto no implica desconocer que los procesos ideológicos y productivos estructurados en torno al maíz constituyan aún factores importantes en la cotidianeidad del campesinado, sobre todo de las regiones II y III. Pero las descripciones y análisis necesitan demostrar este papel, así como buscar que representaron y representan en términos ideológico/culturales y no solo político/ideológico el henequén, la ganadería, o en su momento el azúcar. La persistencia en el papel actual del maíz tiene que ver más con melancolías culturales antropológicas, que con los procesos que están ocurriendo en la península, como lo planteó Goldking, quien ya en 1965, cuestionaba la imagen central de la «cultura del maíz».

De nuestros datos surge que la importancia económica del maíz es muy limitada en la región norte, que es la más densamente poblada de

Yucatán; sobre todo si la comparamos con la importancia del henequén, la ganadería, los procesos de transformación y comercialización. Pero, la pérdida de importancia del maíz no solo se da en esta región, dado el retroceso en la superficie de áreas sembradas con maíz en las regiones II y III, donde inclusive algunas de las tierras con mayor rendimiento maicero se dedican ahora a la citricultura y a la ganadería. Más aún, determinadas medidas económico-políticas indujeron directa e indirectamente a los campesinos al abandono definitivo o temporal de la producción de granos.

Y una de las principales medidas que contribuyó a reducir la producción maicera, fue el estímulo económico diferencial que se aplicó a partir de la década de 1930 a la producción henequenera y a la maicera. Y así entre 1936 y 1939, de los 16.67.370 pesos prestados por el Banco Ejidal a los ejidatarios yucatecos, 16.264.463 fueron para los ejidatarios henequeneros y 411.907 para los maiceros; es decir, que solo el 2,47% del dinero prestado fue a dar a manos de los campesinos dedicados a la producción de maíz. Fue esta política diferencial la que, en pocos años, y luego de ser aplicada la reforma agraria, condujo a que el número de campesinos de la zona henequenera pasara de 25 mil a 35 mil. «La facilidad con que el Banco Ejidal derramaba este dinero provocó una inmigración o desplazamiento de campesinos y no campesinos hacia la zona henequenera aumentando y más que duplicando su población e incluyendo en ella como ejidatarios hasta quienes jamás lo habían sido» (GOB. ESTADO DE YUCATÁN, 1941, 11:69).

Pero este proceso es parte de un proceso que, como vimos previamente, se desarrolla desde mediados del siglo XIX; ya mencionamos que bajo el porfiriato parte de las tierras más productivas, las del Puuc, fueron dedicadas al henequén; que bajo los gobiernos «socialistas» la «vuelta a la producción maicera» constituyó básicamente una consigna político-ideológica, ya que la producción henequenera siguió siendo la clave de la situación económica; que la ulterior implementación de planes de apoyo a la producción agropecuaria volvería a dejar de lado a la producción de granos. Pero además, si bien se mantuvo la producción para el autoconsumo, la misma puede costear cada vez menos las necesidades, por más pequeñas que fueran, de una sociedad cada vez más mercantilizada, y donde la mayoría de los productos básicos deben ser comprados.

Por ende, el retroceso de las áreas maiceras es la consecuencia lógica de un largo proceso económico/político que afecta inclusive hasta a las áreas más «aisladas». Y así Villa Rojas, al comparar los volúmenes de producción de maíz entre 1936 y 1977 en un área aislada de Quintana Roo

reconocía el notable decremento de la producción maicera; debido según este autor a que «El trabajo de la milpa resulta ahora poco atractivo, no solo por el esfuerzo que requiere, sino también por el escaso rendimiento que significa; sobre este punto fue la queja más frecuente que escuchamos. Ahora esta zona sufre de déficit de maíz» (VILLA ROJAS, 1977: 899).

Es a partir de la pérdida de importancia económica de la producción maicera, que deben ser analizados los procesos ideológicos/culturales articulados en torno a ella, ya que, por ejemplo, la reducción de las funciones de «operadores» tradicionales como el *h'men*, debe ser relacionada con la reducción de actividades rituales en las ceremonias agrarias, que además el *h'men* comparte cada vez más con sacerdotes católicos. Si bien los *h'men* persisten, lo hacen a partir no solo de ver reducidas sus funciones y actividades, sino de compartirlas con otros «operadores», ya sean sacerdotes católicos, pero también médicos y yerbateros. No solo se lleva a los enfermos graves al médico o se les reza una novena, sino que los rituales agrarios llevados a cabo por los *h'men*, y que constituían el principal mecanismo ritual de continuidad ideológica, deben compartirse cada vez más con la bendición sacerdotal de las milpas.

Esta situación se viene constituyendo en función del conjunto de los procesos analizados y se expresa claramente en los procesos de s/e/a-p, y al parecer los únicos que no se dieron cuenta de que estaba ocurriendo esta transformación fueron los antropólogos, o por lo menos la mayoría de los que trabajaron en el área. Elendorf relata un suceso que a nuestro entender expresa en toda su magnitud lo que estamos analizando. Esta autora filmó en la década de 1970 la vida cotidiana de Chan Kom, pero no filmó ciertas ceremonias por el carácter sagrado de las mismas, pero ocurrió que

El hijo de don Trini me dijo: «Ahora que ha filmado usted la vida del pueblo debería filmar el Cha-Chaac». Contesté que no creía que pudiera estar presente y menos filmar el Cha-Chaac. «Regrese», me dijeron, «solo el Museo del Hombre francés lo ha filmado y nos gustaría que usted también lo hiciera» (ELENDRORF, 1973: 129).

Necesitamos asumir que las sociedades no solo cambian económicamente, sino que también cambian sus representaciones y prácticas tanto económicas como ideológico/culturales, y no por una determinación estructura/superestructura, sino porque los sujetos no pueden vivir solo de melancolías, o permanecer adheridos a sus sistemas de creencias, aun cuando las sigan usando. Por lo cual, necesitamos observar los «viejos»

saberes, detectar los nuevos, y analizar las articulaciones y orientación de los mismos, pese a que los sujetos y grupos ya no sean lo que queríamos que fuesen.

*Estructura y funcionamiento de los saberes curativos «tradicionales».*  
*Crítica al modelo antropológico.*

Ya he señalado los principales tipos de curadores tradicionales que operaron en Yucatán, y ahora trataré de caracterizar algunos aspectos de su situación actual. Respecto del número de curadores tradicionales que actúan en Yucatán, las cifras son dudosas; según el censo que se hizo en 1975 para detectar personas dedicadas a estas actividades, había 390 parteras empíricas y 217 curanderos de diferente tipo. Pese a lo dudoso de estos datos, ya que, por ejemplo, los Servicios Coordinados estiman que en 1979 había 315 parteras; no obstante, tienen una mayor confiabilidad que otros, ya que fueron recabados de informantes locales, que suelen conocer realmente el número y tipo de curadores, sobre todo en un medio como el yucateco, en el cual no se los persigue. Pese a ello considero que estas cifras están por debajo de lo que realmente ocurre en Yucatán, sobre todo en relación a yerbateros y *h'men*. Y así, por ejemplo, en Ticul vemos que en 1977/1978 hay quince curadores tradicionales, y en varias pequeñas comunidades como Pustunich, Tixcalcupul, Mama, se encontraron cinco, cinco y tres de estos curadores, respectivamente.

Ahora, si bien reconocemos que sobre todo en pequeñas localidades rurales hay un mayor número de curadores tradicionales que los informados por el censo señalado, e inclusive en comunidades medianas como Oxuczacab, hay una mayor concentración sobre todo de *h'men* que tienen influencia regional; sin embargo tanto de los datos generales para Yucatán, como de lo observado en Pustunich, Ticul y otras comunidades, podemos concluir que, salvo el caso de las parteras, se reduce constantemente el número de todos los otros curadores tradicionales.

Por lo cual, desde la perspectiva del volumen de trabajo, de la demanda específica de la población, de la relación con los servicios oficiales de salud, son las parteras empíricas las que tienen mayor demanda por parte de la población, y a su vez son más utilizadas por los servicios públicos de salud. Según datos de los Servicios Coordinados de Salud, más del 70% de los partos realizados en la entidad son atendidos por las parteras empíricas. A través de observaciones realizadas en varias localidades, pudimos



comprobar que la partera es el único recurso existente para atender el embarazo/parto, y que además son utilizadas por las autoridades de salud a través del programa de parteras empíricas controladas. Lo cual fue también impulsado por el PEC, reforzando aún más el papel de esta curadora, ya que pasó a ser reconocida y demandada no solo por la comunidad sino también por las autoridades sanitarias.

Debemos subrayar que la importancia de la partera no se reduce a las áreas rurales, en las cuales su cobertura alcanza el 95 % de los partos, sino que también opera en las áreas urbanas. Y así, una encuesta realizada en la localidad urbana de Tizimin indicó que, de los 49 partos habidos de enero a octubre de 1976 en la población encuestada, el 75,5 % fue atendido por parteras empíricas, el 14,3% por médicos privados y el 10,2 % por el personal de los Servicios Coordinados o del IMSS. Si bien esta notable actividad de las parteras empíricas debe ser relacionada con la existencia o no de recursos médicos, no obstante, son otros factores los que también explican esta demanda por parte de la población yucateca.

De los datos no generalizables, obtenidos en comunidades de las tres regiones, observamos que la mayoría de las parteras son mayores de 30 años, analfabetas o con bajo nivel de alfabetización, y pertenecen a los estratos bajos de la sociedad. Ahora bien, ¿Por qué prefieren los yucatecos a las parteras empíricas? Consideramos que no hay una sola causa, como ya lo señalamos, sino que diversos factores se potencian para que la partera sea el recurso más elegido. Esta elección se hace todavía más notable cuando no solo los médicos, sino también una parte de las usuarias reconocen los déficits de la atención de las parteras empíricas. De nuestras entrevistas en pequeñas y medianas localidades hemos podido concluir que las principales razones aducidas por las usuarias son que la partera se traslada a su vivienda, ya que durante el período de parto y del posparto se instala en la misma; la embarazada no necesita movilizarse hacia la institución médica oficial o privada. En general, el parto se presenta como un hecho que debe ser realizado en la vivienda de la parturienta, lo cual se relaciona con razones de seguridad cultural, social y psicológica que le proporcionan su casa, sus familiares y la compañía permanente de la partera, quien durante este lapso ayuda a la parturienta en los quehaceres domésticos (comida, lavado de ropa, atención al niño).

Desde esta perspectiva, es muy importante el trabajo que las parteras realizan sobre ciertos «miedos» culturales generados por el nacimiento del hijo, y que refieren al nacimiento de niños hechizados. Y por último, la preferencia por el hogar como lugar del parto se debe a que el esposo

tiene un papel activo e imprescindible durante el mismo, lo cual no opera en el parto médico, ya que el esposo queda excluido del mismo. Junto con estas causales, incide también el costo de la atención del embarazo/parto, ya que es menor que el de los médicos oficiales y privados.

De esta información surge que las parteras empíricas cumplen una cuádruple función que hasta ahora no es reemplazada por la medicina científica: a) función ritual de control de la ansiedad psicológica institucionalizada culturalmente; b) función económica, dado su bajo costo comparativo; c) función de ayuda en actividades cotidianas durante el puerperio; y d) la posibilidad de seguir manteniendo costumbres básicas -la presencia del esposo- que son excluidas por la atención biomédica. Junto a estas funciones que expresan los usuarios, hay otros dos hechos que promueven esta preferencia, la inexistencia de servicios biomédicos en las comunidades pequeñas, y ciertas características negativas de estos servicios en las comunidades en los que existen.

La tarea de la partera empírica requiere relativa destreza técnica, pero según la mayoría de los médicos entrevistados el trabajo de la misma se caracteriza por serias deficiencias, que se reflejan en la alta tasa de mortalidad perinatal. No obstante, éste sigue siendo el recurso más utilizado por la población; y es por ello que los Servicios Públicos de Salud tratan de captarlas, readiestrarlas y supervisarlas por lo menos en términos formales. Desde la década de 1920 se han generado diversos intentos de utilización de las parteras empíricas por el Sector Salud oficial; y así en 1926 se inició el adiestramiento de parteras empíricas en el medio rural mexicano; en 1931 el Departamento de Salubridad adiestró a parteras en algunas zonas rurales; y desde 1937 los Servicios Médicos Rurales Cooperativos, cuyas actividades involucran sobre todo a Yucatán, realizan teóricamente control de las parteras empíricas. En 1954, dentro del Programa de Bienestar Social Rural, también se llevó a cabo un curso de preparación de parteras empíricas. Más tarde se desarrollaron otras actividades similares, que habrían de cristalizar en el programa de 1974 (SSA 1974) que se aplicó en todo el país; y así entre 1973 y 1974 fueron adiestradas en Yucatán 151 parteras, siendo readiestradas 132 en 1975.

Esta intermitente intervención del Sector Salud ha ido influyendo en el trabajo de las parteras, y es cada vez más frecuente que las parteras controladas, pero también las que no lo están, utilicen medicinas de patente, gestógenos, alcohol e incrementen las medidas de higiene. Un porcentaje cada vez mayor de parteras deriva los partos «difíciles» a los servicios mé-

dicos, e inclusive algunas tienen preferencias por determinados médicos, que suelen ser los que más respetan su actividad.

Actualmente las actividades de la partera empírica son bastante específicas, funcionales y reconocidas, pero no ocurre lo mismo con los otros curadores tradicionales. Si bien aún se mantienen líneas diferenciales entre los *h'men*, los yerbateros y los que realizan hechicerías, se ha ido dando un proceso de fusión e indiferenciación, que tiende a nuestro juicio a la eliminación funcional de algunos de estos curadores en cuanto a reconocer en ellos una identidad propia y específica. Los *h'men*, los antiguos curadores hegemónicos, no tienen en la actualidad un área de competencia exclusivamente propia, ya que como señalamos perdieron o necesitan compartir algunas de sus actividades básicas. Y esto lo podemos constatar a través de un caso del cual tenemos datos con continuidad en el tiempo, como es el de Pustunich, donde observamos que prácticamente todas las actividades importantes de los rituales agrarios están saturadas de concepciones y rituales católicos. Según el *h'men* que trabajaba en esta localidad cuando la estudió de Press (1963/1964), el ritual agrario que él practica es «para darle gracias a Dios», los guardianes sobrenaturales de la milpa están controlados por San Miguel Arcángel, el altar ritual contiene una cruz cristiana e incienso; y en sus cánticos el *h'men* hace continuas referencias a Cristo, la Virgen y varios santos.

Esta saturación de elementos no mayas (?) en el ritual agrario tradicional se relaciona con las concepciones vigentes en el campesinado yucateco, en el cual, según Press, son más dominantes las concepciones cristianas que las mayas «tradicionales».

En verdad el milpero está menos familiarizado con los contenidos teológicos y la «raison d'être» de los rituales mayas, que con los católicos. Sabe muy poco de las deidades de la milpa, más allá de su número y de ciertos conocimientos reducidos; y además hay muy pocos pobladores que están familiarizados con las frases rituales utilizadas en la propiciación de las deidades mayas (PRESS, 1975: 188).

Más aún, para Press la mayoría de los habitantes de Pustunich practica y participa en los rituales agrarios, incluso en los más importantes, como el señalado Cha Chaac, pero duda realmente de su eficacia. Los datos manejados por nosotros para Pustunich en 1977 corroboran en parte el análisis de Press.

Respecto a los yerbateros, éstos continúan con sus prácticas básicamente curativas, constituyendo una alternativa para la curación, pero cuya importancia tiende a disminuir, siendo importante destacar que ya en la década de 1960 el yerbatero Justo Belén de Pustunich señalaba que los padecimientos específicos que pueden curar los yerbateros representan el 15% del total; que los médicos curan específicamente otro 15%, y que el resto es patrimonio de ambos curadores. Es decir reconoce el extenso uso de los médicos en un pequeño pueblo que no tenía médico, aunque si existían a pocos kilómetros en la ciudad de Ticul La mayoría de los yerbateros tienden a referir el origen de la enfermedad a causas «naturales», preferentemente «aires», y utilizan para sus curaciones hierbas, masajes, sangrías y medicina de patente; más aún, algunos curadores, al igual que las parteras empíricas, suelen tener y vender tanto medicamentos de patente como los preparados por ellos mismos. La presencia de la medicina de patente en sus prescripciones tiende a ser cada vez mayor, y estas ventas suponen no solo aspirinas, antiácidos y sulfamidas, sino también, y en cantidad creciente, drogas de acción psicoterapéutica. Justo Belén recetaba frecuentemente Ecuamil, Evalén, fenobarbital, y, además -como otros curadores tradicionales- consideraba que los desórdenes psiquiátricos era patrimonio terapéutico de los yerbateros. Señalando que numerosos yerbateros o sus familiares tienen tiendas en las cuales venden medicamentos.

Además de estas actividades terapéuticas, algunos yerbateros practican rituales agrarios, salvo en el *Cha Chaac*; es decir que su trabajo tiende a fusionarse con el del *h'men*, puesto que su principal actividad ha ido siendo absorbida por el personal de salud. Y si bien disminuye su número, como lo hemos evidenciado en Ticul y Pustunich, no obstante, siguen subsistiendo debido a la persistencia de ciertos padecimientos tradicionales, a que sus servicios son más baratos, y a que para sobrevivir utilizan cada vez más técnicas biomédicas, básicamente fármacos.

El papel terapéutico de los *h'men* y de los yerbateros aparece condicionado por los siguientes procesos: *a*) la pérdida de especificidad de varias de las enfermedades «tradicionales» que, en la medida en que van siendo explicadas y tratadas biomédicamente, tienden a disminuir su incidencia, y en algunos casos a desaparecer; *b*) la debilidad o gravedad de la enfermedad, que determina la elección del curador; un padecimiento grave no suele llevarse al yerbatero, aunque si al *h'men* o al médico; *c*) la presencia permanente de médicos o del personal paramédico en la localidad y, en menor grado, en una comunidad cercana; y *d*) el no reconocimiento ni

atención por parte de la medicina científica de toda una serie de padecimientos «tradicionales» y «no tradicionales» de los cuales no se hace cargo; nos referimos básicamente a los «hechizos», a las situaciones de ansiedad generadas por el proceso de parto y a los «nervios».

Como sabemos, durante años tanto los estereotipos de la salud pública y la medicina en general, como las concepciones teóricas e ideológicas de los antropólogos latinoamericanos tendieron a negar la presencia de las problemáticas de salud mental en las comunidades indígenas. Orientaciones ideológicas condujeron a ignorar esta problemática, pese a que, por ejemplo, se reconoció tempranamente la incidencia de alcoholismo, pero se lo pensó-salvo excepciones- en términos de hábitos inducidos culturalmente. La Antropología Latinoamericana, incluida la mexicana no solo no estudió, sino que negó la existencia de problemáticas de salud mental, pese a la existencia de síndromes culturalmente delimitados en las poblaciones nativas que remitían a problemas de salud mental, pero que no manejaron como tales.

En mi caso, descubrí la importancia epidemiológica de esta problemática en medios rurales a través de los datos codificados por las clínicas rurales del IMSS, cuya expansión, recordemos, se dio desde la segunda mitad de la década de los 70'. Fueron estos datos referidos sobre todo a ansiedades y miedos de mujeres diagnosticados por los médicos de estas clínicas, los que me condujeron a buscar textos etnográficos sobre estos problemas en comunidades mexicanas, que no encontré, salvo para alcoholismo, pero que no era observado como problema de salud mental. No obstante, la frecuencia del alcoholismo masculino y femenino, e inclusive el aumento del consumo de drogas, fueron señalados tempranamente por científicos sociales, pero no lo estaban las ritualizaciones institucionales de la ansiedad frente al parto, así como el padecimiento de los «nervios, que constituyen» problemáticas que hemos podido detectar en varias comunidades rurales a través de la obtención directa de datos etnográficos. Pero, además, a partir de entrevistas a personal de salud y de los registros de consulta de los servicios médicos del IMSS, pudimos confirmar -como ya señalé- en Yucatán y en otros estados, la notable presencia de cuadros psicopatológicos. En algunas clínicas de campo del IMSS, las demandas de atención de la población respecto a los «nervios» no solo aparecen entre las diez primeras causas de morbilidad, sino también entre las primeras diez causas de urgencias, especialmente en el caso de mujeres.

Esta demanda solo es atendida parcialmente, o no es atendida, o no es reconocida por parte de las instituciones públicas de salud; y en consecuencia a la población le quedan como recursos la medicina privada, los curadores tradicionales y, en el caso de una «enfermedad» como el alcoholismo, Alcohólicos Anónimos. Es decir que la «medicina tradicional» aparece como uno de los principales recursos y frecuentemente como el único que las comunidades tienen para atender sus «enfermedades mentales», pero no porque no demanden otro tipo de recursos y/o por tener otras concepciones etiológicas de estas enfermedades que las conduzcan ideológicamente a preferir formas terapéuticas «tradicionales», sino por la falta de oferta de servicios médicos o psicológicos específicos. La notable demanda de los servicios del IMSS para este tipo de padecimientos, el importante desarrollo de Alcohólicos Anónimos, así como la observación sistemática de los pacientes que acuden a los centros de salud, por lo menos los estudiados por nosotros, así lo evidencian.

Un último tipo de curador tradicional lo constituye el «brujo» o «yerbatero de maldad», y si bien su presencia fue detectada en varias comunidades, es el tipo de curador sobre el cual la información es más imprecisa. En comunidades visitadas por nosotros o en otras donde hay estudios específicos, dichos curadores no existen, son muy pocos, o solo se hacen referencias a localidades en las que posiblemente se encuentren. Recordemos que, desde una perspectiva teórica antropológica, el fenómeno de la presencia y desarrollo de la brujería interesa por dos principales razones. Primero, porque la existencia de la misma ha sido señalada para casi todas las zonas mayas; y segundo, porque Redfield planteaba la posibilidad estructural del desarrollo de la brujería, como consecuencia de la pérdida de funcionalidad de las prácticas médico/mágicas hegemónicas, es decir, las de los *h'men*. Curiosamente, en el área específica donde se constituyó esta teoría no encontramos el desarrollo esperado; los datos con que contamos, si bien señalan su presencia, no suponen que la misma sea importante, ni que cumpla funciones básicas para la comunidad.

En las comunidades en las cuales se han desarrollado estudios durante las décadas de 1960 y 1970 la brujería tiene presencia real o virtual, pero no aparece importante para generar y/o eliminar «hechizos» y otros padecimientos, ni tampoco para el control social e ideológico comunitario. Esto ha sido sobre todo señalado por Press, quien informa que en Pustunich no ha conocido personas que hayan sido embrujadas, por lo menos en los últimos años; y que, si bien la brujería puede constituir un

tópico de conversación interesante para los pobladores, no solo no es frecuente, sino que no genera ni miedo ni ansiedad. Concluyendo que hasta los propios yerbateros le han hablado del tema con un trasfondo jocoso; lo cual no ha sido detectado por nosotros, ya que por lo menos en Ticul y también en Pustunich, nuestros informantes reconocen la presencia de brujos, brujerías y hechizados.

En varias comunidades se nos señaló a los «brujos» como los curadores más opuestos a la medicina científica; y según los datos de que disponemos para Ticul algunos de estos «brujos» no solo realizan rituales para generar enfermedad u otros «daños» y para «curarlos», sino que también se dedican a curar a la población en forma similar a los yerbateros. Dada su baja incidencia, no hemos podido, establecer la función específica de estos curadores con claridad. Para Press, estos curadores no cumplen ninguna funcionalidad en la medida que las comunidades yucatecas ya no viven la realidad como amenazante. La gente de Pustunich, por lo menos, no cuestiona la movilidad social ni la acumulación económica, y desde esta perspectiva la brujería no emergería como un factor de control social para reducir o anular las desigualdades socioeconómicas. Pero no obstante las personas entrevistadas siguen reconociendo y temiendo las hechicerías, como ya lo señalé.

Sintetizando, considero que actualmente los curadores tradicionales tienen sobre todo una orientación instrumental y pragmática frente a los padecimientos, ya que utilizan todos los medios que han llegado a conocer como medicinas de patente y, por supuesto, sobadas, yerbas, lavados, plegarias. Y por eso pienso que la respuesta a cuál es la funcionalidad de los diferentes curadores, debe ser estudiada de conjunto dado que ellos -salvo en cierta medida las parteras empíricas - han ido redefiniendo sus actividades a través de un proceso donde se complementan, tanto en un plano real como imaginario, con la biomedicina. Más aún, gran parte de su trabajo constituye una reacción/adecuación -o si prefiere transacciones- a la expansión biomédica.

A partir de la bibliografía consultada y de nuestros propios datos, considero que las principales causas de la persistencia de estos curadores serían, —además de la existencia/no existencia de servicios biomédicos—, las siguientes: *a)* realizan actividades específicas curativas y/o asistenciales, como algunas de las señaladas para los *h'men*, los yerbateros y sobre todo las parteras; *b)* aseguran una continuidad ideológico/cultural que permite mantener conjuntamente una estructuración de la sociedad, re-

duciendo el conflicto entre el nivel de la carencia y el de la necesidad; *c)* aseguran una continuidad ideológico/cultural que permite la eficacia simbólica curativa y no curativa, en función del primer aspecto señalado; y *d)* aseguran la continuidad ideológico/cultural respecto de funciones de control social, que son cada vez menos relevantes. En Ticul, Pustunich, y tal vez en todo Yucatán, operan las cuatro funciones, pero sobre todo la primera, a través de un curandero polivalente cada vez más influenciado por la biomedicina, y con un papel cada vez menor respecto del control y continuidad sociocultural.<sup>70</sup>

En Yucatán, y ya lo hemos señalado, numerosos trabajos indican un desfase ideológico entre lo real y lo imaginario, que daría una autonomía notable a lo imaginario. Pero esto no parece ser así en la actualidad, más que en la teoría de algunos antropólogos que en 1979 siguen insistiendo en ello, aunque sin demostrarlo. Una cuestión es tratar de asegurar la continuidad ideológica/cultural que todo grupo social se propone consciente/no consciente/inconscientemente, y otra sostener que esta continuidad ideológica/cultural se asegura y produce de manera básica en el plano de lo imaginario. Esta orientación, aun cuando no se expresa explícitamente en la teoría, se expresa con frecuencia en el procesamiento y las conclusiones de numerosos análisis. La eficacia simbólica supone, para funcionar, la continuidad ideológica/cultural y estructural, pero no una continuidad inalterable, cuyo esquema implícito de referencia es la integración total del grupo comunitario. En Yucatán la «continuidad» ideológico/cultural y estructural opera discontinuamente, pero además la eficacia simbólica se expresa cada vez más a través de formas generadas «fuera» de la sociedad local.

Señalemos que este «fuera» lo formulamos en términos básicamente metodológicos, en la medida en que los nuevos procesos son apropiados a nivel local para aplicar una «nueva» eficacia simbólica, que asegure tanto la continuidad ideológica/cultural en el nivel imaginario como sobre todo una eficacia simbólica y no simbólica que solucione o palie los padeci-

70 La medicina tradicional no ha sido perseguida legalmente en Yucatán; solo tengo referencia de un caso datado en 1947, en el cual fueron detenidos por ejercicio ilegal de la medicina una serie de curanderos en Teabo, Cenotillo, Tecoh, Peto, Tzacucab y Panabá, es decir básicamente en las regiones III y II (citado por GONZÁLEZ NAVARRO, 1974). En nuestro trabajo de campo no hubo ninguna referencia respecto de la ilegalidad y/o percepción de los curadores tradicionales.



mientos de las poblaciones. Pero, tengo la impresión que una gran parte de la antropología actual sigue manejándose con concepciones más tradicionales que las de las comunidades a las que siguen cosificando a través de sus interpretaciones; dominando una concepción que continúa empeñada en negar la historicidad de los procesos, la relación continuidad/discontinuidad, la renovación de las eficacias simbólicas.

Lo señalado podemos observarlo a través del análisis de una enfermedad «tradicional», el mal de ojo, que en Yucatán es tratado inicialmente a nivel casero, o a través del yerbatero si se complica, y solo en última instancia con un médico que lo trata como enfermedad alopática. Como sabemos, este padecimiento opera en toda América Latina, y gran parte de la curación es atribuible a un proceso de eficacia simbólica; proceso que ha sido por uno de los antropólogos norteamericanos que más han influido en México y en otros países de la región:

Para curar enfermedades causadas por el mal de ojo o brujería es necesario, en primer lugar, determinar si el individuo responsable del efecto es miembro del grupo interno o grupo solidario al cual pertenece el individuo afectado. Si, en el caso del mal de ojo, el individuo «fuerte» es miembro del grupo de la víctima, es decir, un miembro de la familia o de la comunidad cerrada, con frecuencia la actividad de curación requerirá su participación directa. De manera semejante, si el brujo es miembro del grupo interno se espera su participación en la eliminación del hechizo. Sin embargo, en ambos casos, si el agente causal no es miembro del grupo interno, la curación excluirá al individuo y buscará específicamente evitarlo. La lógica que subyace a esta diferenciación reside en el hecho de que la solidaridad de un grupo interno depende por completo de la concesión de poder que se hacen mutuamente los miembros del grupo. Esta reciprocidad interdependiente es decisiva para la continuidad y la integridad del grupo. Tiene menos importancia el hecho de que algunas causan un mal a otros miembros del grupo que la que tendría la exclusión del agente causal, ya que esto debilitaría la integridad del grupo. Es así como el poder que se han concedido mutuamente los miembros del grupo crean una estructura de grupo que actúa para retener al miembro ofensor, presionándolo para que corrija el daño causado (ADAMS, 1978: 64-65).

En este enfoque hay que destacar varios elementos en función de lo que estamos analizando; unos, de tipo etnográfico, y otros básicamente teóricos; por lo cual vamos a analizar primero los datos para poder manejar la información de tal manera que nos permita una más adecuada elaboración teórica. Recordemos que, en Yucatán, según nuestros datos y los que surgen de la información bibliográfica, una embarazada, un borracho

o un hambriento, pero también un hombre cansado y acalorado por su trabajo pueden generar el mal de ojo, casi exclusivamente a niños pequeños. Al igual que lo señalado por Adams, el ojeador puede ser miembro del grupo o no, y puede ser involucrado en el tratamiento del mal de ojo, pero señalando que en Ticul muchas personas llevan directamente al niño al curandero. Pero, además, en las comunidades yucatecas como Ticul, y en menor grado como Pustunich, existen diferenciaciones en términos de sectores y de estratos sociales o por lo menos de niveles económicos, que suponen una relación asimétrica entre los mismos, y ello desde perspectivas tanto económicas como ideológicas y sociales. Pero no obstante en estos sectores y estratos tanto intra como interestratos existe el mal de ojo, y se aplican las mismas estrategias de curación.

Considero que las características del ojeado y del ojeador necesitan ser tomados en consideración, para entender de qué eficacia simbólica estamos hablando. Los más frecuentes ojeadores en las comunidades estudiadas se caracterizan, como lo señalamos, por ser varones en estado de ebriedad o de hambre, y mujeres embarazadas, que en los dos primeros casos (ebriedad, hambre) constituyen estados no deseados; mientras que el embarazo avanzado aparece relacionado con posibles muertes de la mamá y/o del niño recién nacido, que generan estados de ansiedad institucionalizada culturalmente en la mamá, y que tiene que controlar la partera. Señalemos, además, que estos estados son frecuentes en las comunidades yucatecas, dadas las altas tasas de fecundidad y natalidad, la alta frecuencia de alcoholismo, y el problema endémico de desnutrición; y que además son sujetos en estos estados los que van a generar el mal de ojo en niños pequeños caracterizados culturalmente por su «debilidad», y por ello expuestos a frecuentes enfermedades y a una muerte temprana.

Más aún, el mal de ojo opera sobre todo en ciertas épocas del año, que son las que coinciden con el periodo de carencia de alimentos durante varios meses en las familias campesinas, y cuando se incrementan las tasas de mortalidad infantil; y que también «coincide» con el mayor número de consultas médicas. Es decir que tanto la imposición del mal de ojo, imposición que tiene que ver con la envidia y el deseo como estructuras culturales; como la operación simbólica de cura, no solo deben ser remitidas a la integración del pequeño grupo/comunidad como propone Adams, sino a las condiciones económicas relacionadas con el hambre, con las altas tasas de mortalidad infantil, con las limitaciones de las técnicas terapéuticas locales y con la necesidad de construir eficacias simbólicas, que en el caso

del mal de ojo evidenciaban sin embargo escasa eficacia dadas las altas tasas de mortalidad infantil relacionada con los síntomas que caracterizan a esta enfermedad tradicional.

Si bien todo indica que por diferentes causas (proceso de urbanización, expansión biomédica, reducción fuerte de la mortalidad neonatal, etc.), se reduce cada vez más la presencia del mal de ojo, sin embargo la amenaza del mismo puede persistir durante un tiempo en sociedades actuales, inclusive a nivel urbano como observamos en la mayoría de los países latinoamericanos, incluidos los de mayor urbanización como puede ser Argentina. Aun cuando en casi todos se observa un proceso de disminución de este padecimiento relacionado con los factores señalados, y especialmente con la reducción de la mortalidad perinatal, y con una menor incidencia de las mortalidades por enfermedades gastrointestinales y respiratorias agudas.

Pero, además, Adams no analiza ni explica un aspecto central de la «curación» del mal de ojo, y me refiero al hecho de que el tratamiento se hace sobre un niño pequeño que no entiende el proceso que está ocurriendo, y sin embargo ese niño es «curado». La relación de reciprocidad, por lo tanto no se da entre ojeador/ojeado, pero tampoco entre curador/ojeado, sino que en todo caso se da respecto de la familia —casi siempre con la mamá del ojeado—, y estos procesos relacionales no son analizados ni explicados por Adams, dado que son excluidos de su etnografía.

Esta tendencia a excluir ciertas relaciones sociales básicas respecto de los procesos analizados es bastante frecuente, y no solo en este autor; lo cual podemos observar también en su manera de pensar los poderes locales, ya que parece ignorar que en la actualidad, la mayoría de los poderes locales refieren a poderes y hegemonías no locales como le hemos evidenciado a lo largo de este texto, sobre todo al tratar problemáticas económico/políticas. Domina en este autor un enfoque tipológico que niega los procesos históricos, y que, en el caso del mal de ojo, tiende a colocar sus explicaciones en la integración sociocultural comunitaria

Adams sostiene a nivel teórico una concepción «endogámica» de la eficacia simbólica, que ni el mismo Lévi-Strauss se atrevería a formular tan cerradamente; eficacia que relaciona con la naturaleza recíproca del poder a nivel comunitario. La concepción «endogámica» de la eficacia simbólica no resiste la prueba de los hechos, ya que la misma opera en muy diferentes sectores y contextos sociales donde han desaparecido o se han modificado las reciprocidades de tipo comunitaria, han emergido otras,

y, sobre todo, las reciprocidades locales están siendo sobredeterminadas por fuerzas y relaciones sociales no comunitarias. Ya LÉVI-STRAUSS (1968) había planteado varios de estos aspectos en su estudio sobre la función de la eficacia simbólica en el shamanismo y en la cura psicoanalítica; pero asumiendo que esta eficacia simbólica actualmente no solo opera en los curadores tradicionales al tratar el mal de ojo, o en los psicoanalistas al tratar neurosis, sino que puede operar en los actos biomédicos en forma directa o indirecta

Por lo cual volvemos a encontrarnos en Adams, con la concepción antropológica siempre «superada» y siempre retomada que piensa la comunidad como aislada y autónoma; comunidades que por lo menos en Yucatán ya no existen. Concepción que podemos encontrar en su último libro en el cual señala que

La lógica que subyace a esta diferenciación reside en el hecho que la solidaridad de un grupo interno depende por completo de la concesión de poder que se hacen mutuamente los miembros del grupo. Esta reciprocidad interdependiente es decisiva para la continuidad o integridad del grupo. Es así como el poder que se han concedido mutuamente miembros del grupo crea una estructura de grupo [que presiona al ofensor] para que corrija el daño (ADAMS, 1978: 65).

Así que para Adams es el «grupo interno» el que concede el poder por «completo»; y sus miembros se lo conceden mutuamente. He aquí una concepción que dominó la antropología cultural de las décadas de 1940 y 1950 y que vuelve a aparecer, con referencias específicas al control social de la comunidad. Esta concepción supone ignorar no solo los planteamientos marxistas —y recordemos que el trabajo de Adams tiene varias acotaciones toscamente antimarxistas— y weberianos del poder, sino décadas de estudios en los cuales se ha establecido la imposibilidad de considerar el problema del poder solo a partir de las condiciones endógenas, por lo menos en las comunidades actuales. Lo cual es evidente en el caso de las comunidades yucatecas que hemos estudiado.

En el caso de Yucatán, como lo hemos analizado, se evidencia que el poder político, el poder económico, el poder curativo, no proceden exclusivamente de la comunidad, ni están basados en una mutua «concesión» y reciprocidad. El poder económico y político dentro de las comunidades se ha estructurado en Yucatán, por lo menos desde finales del siglo XIX, desde fuera de la comunidad, y los mecanismos de acumulación y de con-

trol no aparecen determinados localmente. Más aún, el proceso yucateco tiende cada vez más a una concentración de todos los poderes, incluido el ideológico en determinados sectores y actores sociales que «delegan» parte del poder en actores sociales locales. Esto es sumamente transparente en Ticul y en Pustunich a nivel económico/político donde los poderes locales aparecen supeditados a las decisiones tomadas en Mérida o en México DF, lo cual-y lo subrayo- no niega los juegos políticos locales. Pero este proceso podemos también observarlo en los procesos de s/e/a-p, inclusive a través del principal curador, es decir del *h'men*.

Como sabemos, este curador ha sido el principal articulador económico/curativo en Yucatán; ha sido el curador de más alto prestigio, y el que maneja ritualmente los principales aspectos de la identidad maya comparado con cualquier otro. Pero ocurre, como ya vimos, que está disminuyendo el número de *h'men*; que ya no es el curador de más alto prestigio, sino que lo es el médico especialista; que ya, por lo menos, algunos *h'men*, utilizan fármacos biomédicos; que si bien siguen operando rituales agrarios, éstos deben ser compartidos con operadores católicos. Más aún, si tomamos el curador tradicional que sigue teniendo mayor demanda, es decir la partera empírica, observamos que aparece cada vez más «controlada» por la biomedicina.

Ahora bien, lo que estamos señalando surge de datos etnográficos e históricos que contradicen lo que es sostenido por gran parte de los antropólogos que suelen ignorar las tendencias de los operadores de la medicina tradicional que estamos señalando, y no digamos los datos sobre mortalidad infantil o mortalidad preescolar, sino que además siguen ignorando el papel de la biomedicina en la vida cotidiana de los grupos mayas. Ignorando, inclusive su papel en aspectos culturales centrales ya que, por ejemplo, no han reflexionado -por más que algunos se dedican a estudiar *shamanism*-, que el médico especialista ha ido reemplazando en la estimación popular al *h'men*; así como tampoco han analizado el hecho de que mientras el médico no utiliza técnicas terapéuticas mayas, los curadores tradicionales incluido el *h'men*, utilizan cada vez más fármacos médicos. Es decir que prácticas médicas, además de los médicos, han ido reemplazando al principal operador cultural maya.

La información que presentamos emerge con relativa facilidad en el trabajo de campo, y sin embargo no aparece presente en muchas etnografías, por lo cual necesitamos preguntarnos ¿por qué? Considero que esto es debido a la fuerte tendencia a buscar lo «tradicional» maya, la fuerza de

lo comunitario, ignorando o reduciendo el papel de los procesos de cambio; lo que genera una deformación parcial de la realidad, sesgando la etnografía producida. Es decir, que se deshistorizan los procesos, y buscando tal vez «proteger de la modernidad» a los grupos mayas subalternos, lo que realmente se genera es un encubrimiento, un enmascaramiento de las dinámicas del «poder real», incluido el poder curativo. Una vez más, teorías «microgrupales» complementadas con «teorías ecológico/termodinámicas» funcionan para negar donde está realmente el poder.

Las consideraciones que estamos haciendo hallan su expresión más clara en los procesos de *s/e/a-p* que operan, por ejemplo, en Ticul y Pustunich, y no solo según nuestros estudios sino de la investigación realizada por Press en Pustunich, donde un yerbatero local le comentó que el mal de ojo o los aires malos no existen en sí, sino que constituyen creencias personales y del grupo familiar al que se pertenece. Es decir, que, en una comunidad de menos de mil habitantes, un curador tradicional asume la existencia de diferencias a nivel personal/familiar respecto del mal de ojo, pasando la reciprocidad a un segundo nivel. Si bien esta tendencia yo la había documentado en Argentina a nivel urbano, lo interesante es que Press la documenta para una pequeña comunidad yucateca, aun cuando no debemos generalizarla ni siquiera a Pustunich.

El ejercicio de los saberes «tradicionales» no puede ser entendido, por lo menos desde la década de 1920 para la cual ya tenemos información aceptable, sin referirlo a los saberes biomédicos, lo cual se percibe con claridad al analizar la carrera del enfermo. Ya hemos visto en estudios realizados desde la década de 1930' cómo se imbricaban las diferentes prácticas curativas en la cotidianeidad de los tratamientos de las enfermedades. Vimos cómo el enfermo va a diferentes tipos de curadores y utiliza un amplio espectro de terapéuticas; y esta situación se profundiza aún más en los decenios siguientes, aun en pequeñas comunidades como Chan Kom, Pustunich o Xoy. Así Press plantea para Pustunich las siguientes alternativas sucesivas de atención médica: curadores tradicionales locales/médico de Ticul/maestro de escuela de Pustunich. A su vez Elendorf en su estudio de Chan Kom señala varios casos en los que la carrera del enfermo supone el pasaje del curandero al médico; mientras Rivera dice de Xoy, un pueblo de 400 habitantes:

Por lo común un habitante de Xoy recurre a los curanderos en primer lugar en caso de indisposición ligera o enfermedades no graves. Si observa que no se alivia y la enfermedad avanza, consulta al médico más cercano, sin interrumpir-

pir por ello el tratamiento prescrito por el curandero del pueblo. Un enfermo insatisfecho verá a todos los médicos de Peto, antes de declararse incurable, y partir hacia el hospital de Mérida (RIVERA, 1976: 146-147).

En Ticul opera una carrera del enfermo similar, aunque más influenciada por la biomedicina, y señalando que el proceso no supone la exclusión de unas prácticas por otras, sino que se da un proceso que llamamos transaccional. Si bien hemos planteado la existencia de un proceso de dominación y hegemonía médica centrado en Mérida, no ignoramos la dinámica de los procesos locales que se dan en Ticul con cierta autonomía relativa. De tal manera que si bien los ticuleños están cada vez más influenciados por la medicina científica que tiene su máximo referente local en los especialistas y hospitales de Mérida; sin embargo, los médicos de Ticul necesitan transaccionar con la población local. Estos médicos actúan a partir de la eficacia comparativa de la biomedicina, pero en las relaciones con los pacientes necesitan «aceptar» ciertas demandas y usos para poder seguir siendo demandados. Y así los pacientes pueden forzar al médico a recetar cierto tipo de remedio, que el médico llegará a aceptar, en la medida que convenga a sus intereses económicos. O los pacientes pueden llevar a la consulta médica sus padecimientos tradicionales, que unos facultativos rechazarán mientras otros pueden trabajar con ellos reconociendo su nombre tradicional, o convirtiéndolos en padecimientos alopáticos.

Analizados los diferentes tipos de curadores tradicionales, resta por tratar la autoatención, de la cual es parte la automedicación, y que constituye el primer nivel real de atención a nivel de las familias, y en general de los pequeños grupos de carácter permanente. La autoatención, incluida la automedicación, ha sido ignorada hasta hace poco tanto por la biomedicina como por los estudios antropológicos y sociológicos; y si bien recientemente ha sido objeto de estudios por parte de científicos sociales y de médicos<sup>71</sup>, fue generalmente analizada a través de enfoques parciales y con escaso trabajo etnográfico. La mayoría de los textos médicos la ven como

71 De los materiales consultados, considero como más importantes los de BOLTANSKI (1977), P. BUSH y D. RABIN (1976); los artículos publicados en Comercio Exterior vol. 27, N° 8 (1977), M. L. GROSS (1968), R. JONES (1979), T. J. LITMAN (1974), M. OSTERWEIS, P. BUSCH y A. ZUKERMAN (1979) y VARIOS (1965). Recomendamos para México los textos de M. BARQUIN *et alii* (1977), M. BRIONES *et alii* (1979) y J. ESCALERAS *et alii* (1978). No conozco trabajos sociológicos y antropológicos mexicanos sobre automedicación ni autoatención.

una «supervivencia» de prácticas «tradicionales» consideradas unánimemente como negativas, y en general no contamos con datos sistematizados sobre autoatención para México. En general la autoadministración se la relaciona con el crecimiento de la industria químico/farmacéutica, y con el incremento de expendios de medicamentos (farmacias, vendedores ambulantes, tiendas en general), y se ha construido una imagen estigmatizada que en gran medida ha sido generada por el personal de salud.

La lectura de los materiales sobre auto atención (y automedicación) nos indica, por una parte, el escaso número de estudios sobre este proceso en contraste con la enorme y creciente masa de estudios sobre la industria químico/farmacéutica; y por otra considerarla como una actividad dominada por pautas y significados «tradicionales» negativos. El primer hecho evidencia conjuntamente el interés por una de las principales industrias y motores del capitalismo actual, y al mismo tiempo la tendencia a reducir la automedicación a una problemática económica sin referencia a los mecanismos sociales e ideológicos microsociales, sin los cuales no podría reproducirse no solo la autoatención sino los diferentes grupos sociales (E. L. MENÉNDEZ, 1979c). Es decir, se reduce el incremento de la automedicación actual a la influencia de la industria químico/farmacéutica, excluyendo las necesidades y motivaciones de los que la practican individual y colectivamente.

Respecto del segundo aspecto, constituye en primera instancia un estereotipo ideológico que tiende a opacar y negar el desarrollo de procesos en los cuales el propio personal de salud está estructuralmente involucrado. Considero que de nuestro trabajo se desprende que los procesos de automedicación, aun en pequeñas comunidades, están cada vez más centrados en la utilización de medicinas de patente, y que dichas prácticas de automedicación se articula en la práctica curativa cotidiana con las «automedicaciones» tradicionales, pero donde va cobrando hegemonía la automedicación con medicinas de patente. Muchos comentaristas biomédicos reducen la automedicación al uso de antibióticos o de otros fármacos de tipo biomédico, como si tomar una infusión de tila o de manzanilla no constituyera también actividades de autoatención.

Como señalamos, la autoatención constituye el primer nivel de atención de cualquier comunidad; y esto ha sido siempre así y en cualquier sociedad, hasta donde llega la documentación comparada y el sentido común. Toda sociedad, incluidas las sociedades de organización menos compleja en términos económico/políticos, es decir las denominadas socieda-



des «etnográficas», han generado funciones y roles identificables referidos a la autoatención. Por lo cual considero que siempre ha existido autoatención, dado que los pequeños grupos, y sobre todo el grupo familiar, necesitan por muy diversas razones desarrollar procesos de autoatención para resolver en la forma más inmediata posible sus problemas de enfermedad, estableciendo roles específicos que se hacen cargo de la autoatención al interior del grupo familiar. Desde esta perspectiva, y lo aclaro, la automedicación solo constituye una de las actividades del proceso de autoatención.

Ahora bien, según las opiniones del Sector Salud mexicano la automedicación habría aumentado, lo cual no sabemos pues no existe información comparativa, aunque lo que sí ha ocurrido es que se ha incrementado constantemente la automedicación con fármacos; incremento que el Sector Salud atribuye exclusivamente a la población, a la que critica constantemente. Más aún, considero que es la principal crítica de los médicos hacia el comportamiento de la población, lo que en parte ha llevado a que tanto el personal de salud como la población piensen actualmente la automedicación solo en términos de fármacos biomédicos. Sin embargo, considero que los gobiernos, la biomedicina y la industria químico/farmacéutica impulsan varios procesos que tienen consecuencias conflictivas, pero que sobre todo se caracterizan por incrementar constantemente la producción y/o consumo de medicamentos

Estos procesos operan según las características económico-políticas dominantes en los diversos países capitalistas y no capitalistas, pero más allá de las diferencias existentes, la información señala que en todos los países se desarrolla la automedicación con fármacos. Y que esta expansión farmacológica si bien es impulsada por factores económico/políticos asociadas a la lucha contra las enfermedades, halla en los pequeños grupos estructurados el principal mecanismo de reproducción social. Considero que todo pequeño grupo, y especialmente el familiar, necesita generar actividades y pautas de autoatención, generar funciones y roles curadores en algunos de sus miembros, y mantener dichos roles y funciones, así como articularlos con las funciones y roles de los curadores tradicionales y biomédicos.

Dichos procesos se darían en los diferentes contextos y a nivel de todos los estratos sociales, considerando que existen factores económicos, sociales, culturales, ideológicos y biomédicos que inciden en los mismos. Los factores económicos han sido referidos en general a tres principales instancias, la producción de medicamentos, el tipo de cobertura médica y

la situación económica de los consumidores. La primera instancia ha sido considerada como la determinante básica, aun cuando casi no se hayan realizado investigaciones que la relacionen con los procesos sociales y microsociales, ya que se han limitado a insistir en su fenomenal expansión, y su extraordinario éxito en medicalizar los comportamientos. Respecto a la segunda instancia, se ha también insistido que la extensión de las coberturas médicas privadas y oficiales tiende a impulsar un consumo diversificado de medicamentos, convirtiéndose el médico en el legitimador de los nuevos medicamentos que se lanzan al mercado.

Por otra parte, se ha sostenido, sin haber realizado investigaciones especiales, que a más bajo nivel socioeconómico mayor frecuencia de automedicación; es decir que esta práctica correspondería en gran medida a los estratos bajos de la población, que al no tener dinero para ir al médico recurren a la automedicación. Ahora bien, aunque estos estratos, generalmente sin cobertura real en los países de capitalismo dependiente, se automedican, ello no supone excluir de este proceso a los otros estratos sociales. Lo que establece la situación socioeconómica no es la frecuencia ni la cantidad de automedicación, sino la orientación y la posibilidad de la misma. Todos los estratos sociales se automedican, lo que difiere son las condiciones sociales e ideológicas de la automedicación, además de las condiciones económicas. Evitar la consulta médica no solo tiene que ver con evitar el gasto de la consulta, sino con el «ahorro» de otros gastos, referidos con frecuencia al tiempo personal.

Esta situación es reconocida pragmáticamente por los médicos que obtienen una parte de sus ingresos de la venta directa o indirecta de los medicamentos. El precio de la consulta médica, sobre todo del médico general, ha aumentado muy poco en relación con lo que han aumentado los medicamentos. Como hemos observado en comunidades yucatecas, muchos médicos venden los remedios directamente en sus consultorios, mientras otros los venden en sus farmacias o en las de sus parientes. En algunos países en que esta posibilidad está legalmente prohibida, puede llegar a solucionarse a través de mecanismos que aseguran al médico un porcentaje en la participación de la venta de medicamentos.

Los factores sociales que inciden en el desarrollo de la autoatención son varios, pero consideramos básicamente dos; el primero tiene que ver con que todo grupo necesita desarrollar un conocimiento mínimo y práctico para resolver situaciones cotidianas de enfermedad, tanto en sentido curativo inmediato como para poder definir situaciones ulteriores de

atención externa. Los grupos sociales, como parte de conjuntos más amplios, generan roles que se encargan del diagnóstico y de la atención, y que se ocuparán también de la «derivación» a un curador tradicional o a un médico. Este rol-en el caso del grupo familiar- se adjudica a la persona que se ocupa del hogar, y pasa a ser una actividad similar a la de preparar la comida, cuidar los hijos o lavar la ropa, por lo cual será la mujer la encargada de desarrollar las principales acciones de autoatención. Lo que señalamos es casi obvio, pero la negación y estigmatización de la automedicación, así como la identificación de la curación casi exclusivamente con el saber biomédico, requiere que hagamos visible lo obvio, y que además reinterpretemos su papel como decisivo.

El segundo refiere a toda una serie de procesos coyunturales, de los cuales uno de los de mayor importancia es el uso del tiempo relacionado o no con factores económicos/ocupacionales. De tal manera que el tiempo de traslado a un servicio médico, incluido los gastos de traslado; los tiempos de espera en la consulta de los servicios médicos oficiales, los tiempos dedicados al trabajo hogareño o fuera de casa, favorecen la autoatención, constituyendo uno de los principales factores sociales de reproducción de la misma.

El factor médico institucional está estrechamente relacionado con el ideológico, así que los analizaremos de conjunto, y al hablar de factores institucionales nos referimos, por ejemplo, a la influencia que tiene la relación médica/paciente, tanto en el ámbito de la medicina privada como oficial en los procesos de autoatención. Partimos del supuesto de que los médicos y el personal de salud en forma directa e indirecta juegan un rol importante en el proceso de automedicación, ya que son los que recetan y «enseñan» al paciente. Es a través de ellos, en forma directa e indirecta, que la población aprende a través de su propio cuerpo el uso de los medicamentos; aprende a saber cuáles son más eficaces, así como a establecer valores de calidad del mismo en función del precio de la consulta y del medicamento.

El factor cultural es obvio; la autoatención forma parte del sistema cultural ya existente, sobre el cual se incluye/integra la automedicación con fármacos. Y el conjunto de estos señalamientos nos conducen al último de los factores, ya que las diferentes formas de atención biomédica no solo comunican procesos biomédicos, sino también procesos ideológicos. Y dos de los principales procesos ideológicos que han sido reconocidos por

la mayoría de los analistas son la eficacia de la farmacopea moderna y la desacreditación de las «formas médicas populares». Según BOLTANSKI,

Parecería que el reconocimiento unánime de la legitimidad del saber médico oficial creado y defendido por las instituciones científicas, que también poseen el monopolio de su difusión resultado del adoctrinamiento escolar que nunca se presenta con tanta claridad como cuando este saber es ignorado o transgredido, al menos en apariencia, por las prácticas médicas familiares, obligó a los miembros de las clases populares a despojarse de un conjunto de conocimientos y recetas: la medicina popular que, sin pertenecerles con pleno derecho ni constituir una pura creación del pensamiento popular, les resultaba sin embargo bastante familiar como para producir un discurso ordenado, aunque escueto, acerca de la enfermedad, explicarla, comprenderla y por eso mismo dominarla integrándola al universo de las cosas cotidianas y conocidas de antemano (1977: 38).

Este reconocimiento está basado tanto en la eficacia comparativa del fármaco como en la inferiorización complementaria del recurso «tradicional», de tal manera que, a partir de su contacto directo o indirecto con la biomedicina, el paciente se apropiará de una parte de los recursos del saber médico. BOLTANSKI, a partir de datos obtenidos para Francia a través de una encuesta aplicada a nivel nacional, señala que la población, incluidos básicamente los estratos bajos rurales, «lejos de practicar una medicina paralela, las madres administran a sus hijos remedios que el médico ha prescrito anteriormente para curar enfermedades similares» (1977:27). Y esta apropiación es realizada por la población en función de sus necesidades y, según BOLTANSKI, dadas sus limitaciones ya que son

Incapaces de producir un discurso médico que pueda traducir el facultativo o incluso reproducirlo textualmente, los miembros de las clases populares construyen con el discurso del médico un discurso distinto en el cual expresan mediante el empleo de reinterpretaciones, sus representaciones de la enfermedad (1977: 90).

El médico transmite al paciente, o mejor dicho le indica, una serie de datos técnicos, respecto de los cuales «el paciente realiza por su cuenta una selección en el discurso autocensurado del médico y retiene solo los términos que reconoce aunque ignore su significación científica» (BOLTANSKI, 1977:94). Agregando el autor,

Puesto que el pensamiento popular no puede asimilar y utilizar más que lo ya conocido, las nuevas categorías que toma prestadas a la ciencia, así como

las palabras que la sustentan, quedan inmediatamente sumergidas en las categorías más antiguas y más generales, esas de las cuales los miembros de las clases populares hacen un uso consciente y que le resultan familiares. Por consiguiente, puede parecer que el pensamiento popular se enriquece o se transforma, sin que realmente se modifique su material conceptual básico (1977: 113-114).

En este texto aparecen planteados, junto con señalamientos correctos, otros que suponen a nuestro entender un serio desliz teórico, y sobre todo ideológico en la medida en que se propone una concepción estática y casi exclusivamente imitativa de los procesos sociales «populares». El modelo interpretativo de Boltanski no va más allá de las formulaciones conceptuales de las teorías de la modernización -incluida la aculturación- y de algunos aportes de la psicología social norteamericana. Su interpretación de la apropiación y «reinterpretación» popular es prácticamente la misma que, por ejemplo, la formulada por Holland y por Harman para grupos étnicos chiapanecos, por mencionar dos autores que analizamos en este trabajo. La única diferencia es que estos antropólogos se refieren a los tzetzel y tzotziles, mientras Boltanski lo hace respecto de diferentes estratos ocupacionales rurales y urbanos franceses.

En ambos análisis el objetivo básico de la «apropiación» sería la eficacia biomédica, reformulada a través de las categorías «tradicionales», que casi no se verían afectadas por este proceso. Estas propuestas, que luego discutiremos, fueron planteadas, en su forma teórica más acabada por E. de Martino al sostener la existencia de un «horizonte mágico» —terminología usada básicamente por los fenomenólogos de la religión—, que se opone al «horizonte histórico», o por lo menos que intenta «resguardar» a los sectores «tradicionales» de los procesos que viven como amenazantes. Pero de Martino señalaba que este horizonte emerge en cualquier sociedad, planteando en su discusión del prelogismo de Lévi-Bruhl, una crítica a la cosificación y polarización de los dos horizontes, y señalando que en toda situación de riesgo pueden desarrollarse mecanismos de deshistorización para enfrentar el riesgo y asegurar la continuidad del grupo. Por lo cual, si bien dicha deshistorización opera básicamente en aquellas sociedades en que la posibilidad de controlar el riesgo es mucho menor, -sean dichos riesgos la hambruna, una plaga de langostas o la mortalidad infantil-, también puede operar en sociedades de capitalismo desarrollado. Pero, además, para el etnólogo italiano, esta deshistorización no supone el «no cambio», y menos la perennidad de las categorías; y es justamente en

estos aspectos donde una gran parte de los culturalistas, incluido un no culturalista como Boltanski, evidencian sus limitaciones no solo interpretativas sino etnográficas.

Las sociedades que no cuentan con los recursos para enfrentar los riesgos cotidianos y/o cíclicos se aferran a su propia cultura como mecanismo de continuidad, y por eso en gran medida siguen pensando en términos de enfermedades y de medicina tradicional, pero una de las cuestiones que observamos en el caso de las comunidades yucatecas, es que dichas enfermedades tradicionales conviven cada vez más con enfermedades alopáticas, y más aún son las enfermedades alopáticas las que se van convirtiendo en sus preocupaciones centrales, y por eso demandan cada vez menos curadores tradicionales, y cada vez más recursos biomédicos. Es decir, vemos que cambian las categorías y cambian los recursos, por lo menos respecto de las enfermedades y la atención de las mismas.

Pero ocurre que gran parte de los antropólogos siguen describiendo estas comunidades como si lo que más demandaran fueran los curadores tradicionales; como si la gente se enfermara solo de enfermedades tradicionales, y como si los sujetos y grupos solo pensarán exclusivamente en términos de categorías tradicionales. No negamos que en determinados contextos ciertas categorías se modifiquen escasa y lentamente, pero para asumir esto necesitamos desarrollar investigaciones simultáneamente etnográficas e históricas que permitan observar dichos procesos.

Tampoco negamos la existencia de los procesos de imitación que propone Boltanski, aunque considero que la mayoría son de apropiación; y menos negamos que el proceso de apropiación pueda implicar procesos de empobrecimiento y de esquematización de los saberes médicos por parte de los sectores subalternos. Pero este proceso no solo se da en estos sectores, sino que lo observamos en los procesos de aprendizaje del personal de salud, incluidos los médicos. La apropiación práctica del conocimiento «científico» se da en estos profesionales -y cada vez más- a través de un empobrecimiento, de una esquematización de saber generado científicamente, donde lo dominante es una vez más el principio de la eficacia. Se aprenden básicamente procedimientos en los cuales los procesos que incluyen dichos procedimientos son cada vez más ignorados, o se los conoce superficialmente (E. L. MENÉNDEZ, 1979c).

Este proceso se observa también en las enfermeras, nutricionistas, agentes sanitarios o auxiliares de salud; constituyendo un proceso casi inevitable, dado el constante y fenomenal incremento y complejización

del conocimiento científico biomédico, que el médico general, el personal paramédico, pero también los especialistas no pueden dominar en su totalidad, y por lo tanto «empobrecen» y «esquematizan» lo generado por la producción científica. Y este proceso, guardando obviamente las diferencias, se da también en la población, y por supuesto de manera heterogénea según sea el tipo de sociedad o de sector social que estemos analizando. Ya que, por ejemplo, en Ticul, una parte del personal paramédico y del administrativo no solo habla maya, sino que utiliza los saberes médicos tradicionales; pero, además, en varias comunidades no solo los curadores tradicionales por cuenta propia, sino los curadores tradicionales que operan como auxiliares en casas de salud y las parteras empíricas utilizan y recetan fármacos, y por lo tanto ¿cuáles serán las características del proceso de apropiación del saber biomédico que se da en ellos?

Por lo cual, los procesos de aprendizaje popular son más diversificados y complejos que los que pretenden algunos analistas, y no pueden reducirse a la imitación, ni tampoco a la inmutabilidad cultural, lo cual puede observarse especialmente a través de los procesos de autoatención, basados en gran medida en la experiencia de eficacia de las técnicas terapéuticas utilizadas, sean tradicionales o biomédicas. Este pragmatismo de la población ha sido reconocido por los médicos, que admiten cada vez más que sus pacientes de todos los estratos sociales llegan a consulta con algún tipo de automedicación. Más aún, algunos pocos médicos reconocen que el abatimiento de algunos de los principales daños a la salud, como es el caso de las infecciones respiratorias agudas, se debe parcialmente a la automedicación.

Considero que los agentes principales del cambio en los patrones de automedicación de las comunidades yucatecas, que van del dominio de las yerbas y otras terapéuticas tradicionales ya señaladas, al predominio creciente de la medicina de patente, son el personal de salud, los vendedores de medicamentos biomédicos (farmacéuticos, tiendas, vendedores ambulantes) y la evidencia de la eficacia comparativa que tienen para la comunidad. Lo notable es que los médicos no se han dado cuenta o no han querido asumir, que ellos son uno de los principales inductores de la automedicación. Su concepción negativa de la población rural en particular, les impide acceder a esta evidencia, ya que para los médicos y el personal de salud en general, dicha población aparece como no educada, «atrasada», «supersticiosa», resistente al cambio, negando las modificaciones que están operando en el comportamiento de la misma; insistiendo que la gente

no hace caso a sus prescripciones, y sobre todo no asumiendo no solo los cambios ocurridos, es decir el notable incremento del consumo de fármacos, sino que los sujetos y grupos aprenden muchos más de la eficacia práctica, que de los mensajes formales. Y el campesinado, como ocurre con la mayoría de los otros sectores sociales, se apropió de la principal práctica médica-recetar fármacos —y no tanto de sus mensajes formales.

Esta dificultad ideológica para percibir —o tal vez para no asumir— los procesos que se estaban haciendo evidente a través de la autoatención, no solo se dio en el personal de salud, y sobre todo en los médicos, sino también en gran parte de los antropólogos latinoamericanos y norteamericanos, donde parte de los primeros subrayan constantemente el peso de la continuidad y de la identidad cultural, mientras que otra parte de estos antropólogos y la mayoría de los antropólogos norteamericanos piensan los cambios en términos de un gradualismo aculturativo. La mayoría de estos estudiosos no estaban preparados teórica ni ideológicamente para aceptar la velocidad del cambio en los patrones de automedicación que se generaron, sobre todo en las clases subalternas. Sin embargo, como hemos señalado reiteradamente, los datos etnográficos evidenciaban este desarrollo ya que estudios antropológicos lo documentaban desde la década de 1930, e inclusive Redfield y otros analistas documentaron, en el decenio siguiente, la aplicación de penicilina en Yucatán, dado que México fue el tercer país en usar este antibiótico utilizándolo intensamente en áreas rurales y urbanas, y no solo a través del personal de salud. Y así, por ejemplo, Press para la década de los 60 nos informa que los maestros rurales de pequeñas comunidades yucatecas aplicaban penicilina a la población; que ésta solicitaba estos medicamentos y que «los médicos se los daban al por mayor».

Considero que, en gran medida, los sectores subalternos yucatecos reconocieron y demandaron cada vez más servicios biomédicos, debido a la eficacia evidenciada por los mismos en, por ejemplo, la lucha antipalúdica, y por otro en la notable eficacia de los antibióticos<sup>72</sup>, de tal manera que no es solo por eficacia simbólica que el campesinado de Yucatán incrementó el uso de medicamentos, sino por las consecuencias objetivas en la

72 Para una elaboración crítica de esta problemática, en la cual el médico aparece como uno de los principales inductores de la medicamentación y, en consecuencia, como el eje de la actividad «demostradora» de la industria farmacéutica, consultar E. L. MENÉNDEZ (1979b).



reducción de varios de los principales problemas de salud.. Como dicen ARENSBERG y NEIHOFF en 1971:

El aldeano de todo el mundo como el pobre de las grandes urbes, es gente pragmática. En verdad ha tenido que serlo para sobrevivir. Sin embargo, el meollo válido del pragmatismo estriba en el escepticismo. La persona que es práctica tiene que ver resultados antes de creer en el valor de algo. Esta es la base para la demostración o la técnica de exhibir de un modo pragmático las ventajas de una idea o práctica (citado por SIMONI Y BALL, 1977).

Y no cabe duda que la población yucateca tuvo una evidencia pragmática de la eficacia de los medicamentos para enfermedades «tradicionalmente» mortales como fueron las afecciones respiratorias agudas.

La experiencia y las consecuencias de la misma fue uno de los factores que más han incidido en el reconocimiento positivo de algunos procesos por parte de los sectores subalternos de Yucatan, siendo algunos de ellos las obras de saneamiento, la distribución de la tierra, el desarrollo de los transportes, y la existencia de medicamentos. Lo cual, además, ellos comparan con los fracasos y falacias de otros programas y actividades, cuyas consecuencias fueron negativas o meramente formales. Esta evaluación por parte de estos sectores sociales no supone, que éstos desarrollen demandas organizadas de tipo político, y menos que confronten a los grupos de poder, sino que tratan de transaccionar para obtener algunos pequeños, pero muy importantes, beneficios para ellos.

Nuestro análisis trata de demostrar el proceso de transformación que observamos en la medicina tradicional, así como la expansión de la medicina científica, y es por ello que no nos preguntamos, como la mayoría de los autores, ¿por qué «sobreviven» las prácticas tradicionales?, sino ¿por qué la biomedicina es cada vez más hegemónica, y por lo tanto cuál es el papel de la medicina tradicional? Cierta número de autores sigue analizando este tipo de interrogantes en términos de la oposición/exclusión tradicional/moderna; y así FINKLER señala que,

Visto el problema desde el punto de vista analítico, existen varias hipótesis en la literatura médica que tratan de explicar las razones por las cuales las personas buscan a los curanderos empíricos. En primer lugar y esto reviste gran importancia, el paciente es visto (por los curanderos) como un ser total integrado, a la vez como un ente social y biológico. En segundo lugar, tanto los curanderos como los pacientes tienen su origen en el mismo estrato social. En tercer lugar los síntomas populares son tomados en serio por los curande-

ros. Finalmente las personas que acuden al curandero buscan no solo curarse de sus males, sino también desean obtener consejos acerca de sus problemas personales (1977:447).

Todos estos elementos suponen que la enfermedad es «algo más» que enfermedad, por lo cual la terapéutica tradicional operaría como una metacuración. Pero, además, según Finkler, estas terapéuticas están amenazadas, en la medida en que las prácticas médicas científicas tienden a generar un monopolio excluyente de toda práctica alternativa. En estas consideraciones existen elementos correctos e incorrectos, que necesitamos analizar en función de lo que ocurre en Yucatán. En principio ¿Qué querrán decir los autores cuando concluyen que el paciente es considerado por el curador tradicional como un ser integral, como un ser social y biológico?, y sobre todo ¿qué consecuencias tiene esta concepción si se documentan, por ejemplo, altísimas tasas de mortalidad infantil? Es decir, considerar en forma integral al sujeto ¿cómo ha incidido positivamente en las tasas de mortalidad y la esperanza de vida de los sujetos? Y respecto de estas preguntas no tenemos respuestas, pues no constituyen interrogantes de las investigaciones de estos autores.

Pero además ¿Qué querrán decir estos autores en términos analíticos cuando señalan que la gente se atiende con curanderos porque estos pertenecen a su mismo estrato social, pero sin con esto explicar porque entonces desaparecen los curanderos tradicionales, y aun en pequeñas comunidades la gente demanda la instalación de hospitales en sus comunidades?

Ahora bien, lo que estamos planteando respecto de la expansión biomédica no niega la persistencia de la medicina tradicional ni el surgimiento de medicinas alternativas, inclusive en los EEUU que es el país con el mayor gasto biomédico per cápita a nivel mundial. En dicho país, las escuelas espiritistas, la quiropráctica y los diferentes tipos de tratamientos para padecimientos mentales llevados a cabo no solo por médicos sino por psicólogos, trabajadores sociales, sociólogos y representantes de diferentes iglesias, son una evidencia constante de esta situación. Lo que no significa negar la expansión biomédica, sino reconocer que los sujetos y grupos necesitan generar formas de atención para viejos y nuevos problemas, que la biomedicina no soluciona, o soluciona parcialmente.

No cabe duda que como venimos insistiendo la biomedicina se expande, pero necesitamos asumir que dicha expansión es en gran medida indirecta por lo menos en ciertas zonas de Yucatán; es decir se da a través

de la automedicación que realizan los sujetos y grupos sociales cotidianamente, lo que de paso genera una constante reacción biomédica contra la misma. Dicho proceso está, obviamente relacionado estrechamente con la expansión y rol de los servicios médicos, y también con el desarrollo de la industria químico/farmacéutica. Justamente, uno de los indicadores más notorios del «triunfo de la medicina», está en el incremento constante de la automedicación con fármacos, pero dicho proceso a su vez amenaza económicamente, y en términos de poder a los médicos, al colocar la decisión de automedicarse en las personas; aunque no amenaza, sino que favorece el desarrollo de la industria químico/farmacéutica.

Para concluir este apartado, revisaré algunas interpretaciones antropológicas respecto de los procesos de *s/e/a-p*, que trataron de superar las propuestas dominantes entre 1930 y 1950. Ya he analizado las características y contradicciones de las propuestas que la Antropología generó durante dichas décadas, y que seguirá persistiendo casi hasta la actualidad. Y así, por ejemplo, a principios de los 50 R. ADAMS (1952, 1978) afirmaba que la comunidad guatemalteca por él estudiada prefería a los curanderos antes que, a los médicos, y en sus conclusiones comparativas hacía extensiva esta conclusión a gran parte de Mesoamérica, incluyendo a Yucatán. Según Adams las causas básicas de esta preferencia eran tres, que los médicos no reconocen muchas de las enfermedades «tradicionales» con alta incidencia local; que no explican a los pacientes la manera en que se produce la curación, y que los doctores representan un sistema de vida que no es compartido por los campesinos. Estos y otros argumentos similares (KELLY *et alii* 1956), que por la misma época elaboraban antropólogos dedicados a los problemas de salud, se convirtieron en la explicación dominante del «rechazo» de las comunidades campesinas a la medicina «moderna».

Sin embargo, estas explicaciones contrastaban con lo que estaba ocurriendo, por lo menos, en algunas áreas rurales de los países latinoamericanos, incluido México, ya que se observaba un constante descenso en el número de curadores tradicionales, lo cual es reconocido en la década de los 70, por uno de los principales expertos en medicina tradicional mexicana, ya que FOSTER (1974, 1978) asume que donde existen servicios médicos modernos, estos pasan a ser los preferidos por la población rural. Lo cual es refrendado para México por SIMONI y BALL, quienes concluyen que «la investigación más reciente indica que los pobres de América La-

tina atraviesan por una etapa de cambio gradual de preferencia hacia la medicina científica, apartándose de aquella de carácter popular» (1977: 7).

Pero estas reconsideraciones recientes ya estaban claramente establecidas en muchas de las áreas en las que los antropólogos latinoamericanos solo encontraban/buscaban medicina tradicional y curadores tradicionales como objetos de estudio. Ya señalamos reiteradamente cómo Redfield y otros autores que trabajaron sobre la realidad yucateca observaron que la «medicina moderna» constituía una opción cada vez más creciente inclusive en pequeñas comunidades, y esto por lo menos desde la década de 1930. Varias investigaciones realizadas en diferentes áreas mexicanas en los tres decenios siguientes evidenciarán lo mismo, e inclusive narraron conflictos surgidos en torno a la instalación de un centro de salud, como lo hizo O. LEWIS (1955) en 1944, quien documentó la aceptación de la comunidad de Tepoztlán de la medicina moderna, y cómo el «rechazo» a la misma se generó por las manipulaciones realizadas por grupos locales en función de sus intereses económicos y políticos. Estos factores económicos/políticos, justamente no eran descriptos ni analizados por la mayoría de los antropólogos especializados en antropología médica, sino que se centraban en los procesos socioculturales reducidos al ámbito comunitario.

Esta concepción antropológica negaba en su explicación teórica lo que describía en sus propios trabajos de campo, y así, por ejemplo, KELLY (1955), al estudiar Tuxtla (Veracruz), reconocía que la medicina moderna «ha conseguido echar firmes raíces». Pero estas consideraciones solo van integrándose al modelo antropológico de manera muy lenta y limitada, y así HOLLAND, al estudiar la comunidad de Larrainzar en Chiapas, establece que:

Muy pocas medicinas y servicios médicos son accesibles en Larrainzar. Las pocas que están al alcance, están generalmente fuera de las posibilidades económicas de los indios y son solo para beneficio de los ladinos. De ahí que a pesar de la presencia de la medicina moderna el sistema tradicional de curación de los indígenas haya sentido muy poco su impacto (1963: 301).

Sin embargo, el mismo autor señala que en dicho poblado hay quince tiendas que venden varios tipos de fármacos; que en tres o cuatro de ellas se venden antibióticos, tónicos, vitaminas y linimentos, y que además hay doce personas que aplican inyecciones, agregando: «Estas personas y las que venden medicinas son las únicas representantes de tiempo completo

de la medicina moderna en el pueblo, y ninguna de ellas tiene algo más que un entrenamiento rudimentario para tener ese papel» (1963: 301).

Y justamente esta presencia de la biomedicina sin médicos y a través de fármacos que venden y aplican la gente de la propia comunidad es lo que importa subrayar; asumiendo además que por lo menos uno de los nuevos tipos de fármacos supone el desarrollo de habilidades técnicas, establece una concepción topográfica del cuerpo humano a través de la cual se combate la enfermedad, e indica la difusión de antibióticos manejados por los legos, y me estoy refiriendo obviamente a las inyecciones.

Pero, además, cuando Holland pasa a analizar una comunidad en la cual se ha instalado una clínica del INI, encuentra que de los 172 pacientes interrogados el 40% fue directamente a la clínica cuando se enfermó, sin haber recurrido previamente al curandero. De dicho universo, el 48% afirmó que la medicina moderna era más eficaz que la tradicional; otro 48% aceptó las dos alternativas como válidas y solo un 4% planteó que la medicina moderna era inferior a la tradicional. Pero además este autor explica así este proceso de aceptación de la biomedicina:

Su aproximación a la medicina es en extremo pragmática. Si los indios han tenido una experiencia satisfactoria con un medicamento, generalmente piden el mismo la siguiente vez que van a la clínica, sin importarles cuál sea el mal que padezcan. La mayoría de los indígenas han conseguido resultados positivos de inyecciones, píldoras y botellas de medicina y están dispuestos a aceptarlas de buena gana (1963: 226-227).

De los datos de Holland surge que un 40% de los indígenas van al médico antes que al curandero; que la mayoría ha tenido resultados positivos con los fármacos, que han comprado grandes cantidades de medicinas a los comerciantes de la ciudad más cercana y que quieren seguir comprándolas, dada su eficacia. Pero pese a estos señalamientos, Holland sigue hablando básicamente de las enfermedades y terapéuticas «sobrenaturales», y la pregunta que nos hacemos es ¿cuánto operan estas concepciones y cuál es su funcionalidad en sus acciones frente a los padecimientos? En el análisis de Holland, tal como ocurre en los trabajos antropológicos ya señalados, el énfasis sigue estando colocado en lo «tradicional», y pese a informar sobre la presencia de la biomedicina no reflexiona sobre el papel y expansión de la misma en los grupos que estudia. De tal manera que nos presenta un dominio de la concepción «del mundo» nativa respecto de los procesos de salud/enfermedad/atención, pese a su propia documentación

de la penetración biomédica. Y esto lo hace este autor, pese a señalar lo siguiente: «¿Cuando ambos sistemas eran igualmente accesibles, el enfermo frecuentemente probaba uno y después el otro, sin aparente orden de preferencia?» (HOLLAND, 1963).

Frente a estos procesos HOLLAND formula varias explicaciones, siendo la más inclusiva la que propone que «Cuando las formas de curación modernas llegan a ser aceptadas como alternativas a las prácticas tradicionales, aquéllas se funden con los principios de éstas y predominan en la medicina de transición» (1963:235). Es decir, se imponen /hegemonizan los saberes tradicionales, de tal manera que disuelven los saberes biomédicos previos, pero sin que sepamos cómo se da este proceso en comunidades donde, según el autor, el 48 % de la población interrogada reconoce que la biomedicina es más eficaz que la medicina tradicional.

Holland propone otra explicación complementaria, ya que sostiene que el tratamiento médico moderno es aceptado por las poblaciones indígenas para el tifus, la tos ferina, y otras enfermedades infectocontagiosas, aunque no para los males producidos por la brujería. Aunque a su vez señala, que las enfermedades como la tos ferina son consideradas como castigo de los dioses, y que pese a ello se utiliza la medicina moderna con resultado eficaz. ¿Cómo conciliar a los dioses con la eficacia farmacéutica?; ¿qué curan los dioses y los brujos y que los fármacos?; ¿cuáles son las enfermedades específicas que monopolizan la biomedicina y la medicina tradicional? Y formulo estos interrogantes en términos dicotómicos porque este es el modelo que opera en este tipo de enfoque donde lo dominante es el polo tradicional, en lugar de analizar la realidad como proceso dinámico que permita observar no solo cual es la tendencia que se va imponiendo en la atención de los padecimientos, sino que supone en términos de la «concepción del mundo» de los grupos estudiados, porque para HOLLAND, como para gran parte de los antropólogos, los indígenas de Larrainzar utilizan las prácticas curativas biomédicas, pero no se alterarían los principios culturales tradicionales: «Este estudio sugiere que los principios culturales que interpretan tradicionalmente las epidemias como castigos de los dioses del cielo, permanecieron prácticamente fuera del cambio, no obstante las actividades realizadas por el INI durante los últimos diez años en el campo de la medicina preventiva» (1963:268).

Según HOLLAND la terapia moderna se acepta pragmáticamente en cuanto «se piensa que constituye un tipo de magia más efectiva que la conocida» (1963:238), lo cual aseguraría la continuidad de lo tradicional,

pero sin que Holland explique qué modificaciones genera o puede generar la nueva magia. Y sobre todo sin asumir que la biomedicina es también pensada/utilizada en términos «mágicos» por la población «moderna». Como sabemos, numerosos estudios respecto de la práctica médica -como por ejemplo los referidos al «efecto placebo»- han evidenciado concepciones similares en grupos sociales no indígenas respecto de la eficacia simbólica que puede tener la biomedicina. El análisis de las relaciones de los conjuntos sociales con la técnica, con la máquina, incluida la propia práctica médica, ha cuestionado la imagen exclusivamente intelectual que se tiene de las relaciones que los sujetos y grupos «modernos» tendrían con las mismas, ya que han excluido las dimensiones simbólicas que dichos sujetos y grupos producen para comprenderlas y usarlas. Que a esas relaciones se las denomine «mágicas», aun cuando no se precise el contenido y la significación de este vocablo, es un asunto secundario; lo importante es describir y analizar el procesamiento de relaciones en las cuales el contenido no puede definirse meramente por la pretendida intelectualidad o racionalidad científica del mismo. Los estudios sobre, por ejemplo, problemas de enfermedad mental, han demostrado en el personal médico la persistencia de concepciones ideológicas que no concuerdan con la información científica existente.<sup>73</sup>

La explicación de HOLLAND al desfasaje existente entre el uso de biomedicina y la hegemonía de la medicina tradicional, está basada en una concepción según la cual los indígenas de estas pequeñas comunidades necesitan seguir manteniendo un determinado nivel de integración y de control social que asegure su continuidad como grupo, ya que «La organización social tradicional de los tzotziles se ve amenazada con la introducción de la medicina moderna» (1963:247). De tal manera que aceptar los principios de la biomedicina significaría cuestionar sus propios principios organizadores y aceptar los del grupo social que los ha dominado; es decir los ladinos.

En el análisis de Holland surgen una serie de problemáticas que constituyen en parte una continuidad con las propuestas antropológicas previas, pero que suponen la asunción de otras nuevas que paradójicamente han sido formuladas no solo por antropólogos culturalistas, sino también

73 Ver en particular los estudios producidos por los teóricos de la «sociología de la desviación», y por los anti psiquiatras. Consultar el estudio de T. SZASZ (1974) sobre la evolución de las concepciones médicas acerca de la masturbación y la esquizofrenia.

por estructuralistas y marxistas. Las principales problemáticas serían, primero, señalar la aceptación pragmática de la «medicina moderna» por parte de los grupos nativos, sin que la misma alterara la concepción del mundo indígena; y segundo, que dicho proceso tendría que ver con la necesidad de seguir manteniendo la integración cultural del grupo frente a la amenaza externa que supone la biomedicina como parte de la sociedad dominante, de tal manera que la medicina tradicional constituiría un mecanismo de oposición-o por lo menos de «resistencia»- ideológica a esa sociedad dominante.

Estos son aspectos básicos del planteo de Holland, pero antes de discutirlos revisaré los análisis de otro autor que utiliza las categorizaciones de Holland, aunque intentando una superación conceptual de las mismas. Según Harman, la contribución más importante de HOLLAND «fue haber descubierto que en las prácticas médicas entre los mayas del altiplano, la fusión y no la sustitución es el más importante proceso de cambio» (1974:246), agregando que «La integración de elementos médicos científicos a la cambiante cultura indígena se caracteriza por la aceptación de formas más occidentales reinterpretadas de acuerdo a los principios existentes basados en causas mágico religiosas de la enfermedad» (1974:48). Este autor, en su estudio de Yochib, halló una situación similar a la descrita por HOLLAND, quien sostiene que en la comunidad estudiada «Hay ya muchas fuentes de tratamiento médico accesibles a la gente. En la elección del tratamiento se toma en consideración que los practicantes con entrenamiento occidental son muy efectivos en la curación de enfermedades de causa natural, pero carecen de conocimientos para tratar las causas sobrenaturales o enfermedades específicas a los valores culturales» (1963:111).

HARMAN parte de la base de que,

En todas las sociedades se hacen transacciones en cada esfera de interacción social, transacciones que implican elecciones en la distribución de tiempo y recursos por actores apareados en papeles jerárquicos, y que pueden definirse como «aquellas secuencias de interacción que están sistemáticamente gobernadas por la reciprocidad» (Barth, 1966). En cada sociedad las transacciones ocurren entre individuos que están actuando los papeles jerárquicos recíprocos de profesionales de salud y su clientela, donde cada una de las partes determina que de la relación es valiosa; el especialista en salud ofrece tiempo y capacidad a cambio de prestigio y a veces de ganancia económica (1974: 176).

Y Harman analiza este proceso transaccional a partir de lo observado en Yochib entre 1942 y 1969; ya que en 1942 el 100 % de las transacciones



en salud se hacía con curanderos, mientras que en 1968 más del 50 % implicaba a un practicante con entrenamiento en medicina occidental.

¿Por qué se produce ese proceso? ¿Por qué se constituye en valiosa la biomedicina? ¿Cómo la estructuración de los roles jerarquizados se relaciona con los nuevos contenidos que operan en el sistema de transacciones? ¿La biomedicina modifica o no modifica los saberes locales, y qué consecuencias tiene en la integración y continuidad cultural de estos grupos? Pero, Harman, al igual que Holland, solo dan respuestas a algunas de estas preguntas; y además sigue sosteniendo que la biomedicina se expande en los grupos étnicos, pero sin que se alteren los núcleos culturales propios.

Los planteamientos de la línea Holland/Harman constituyen una superación, no solo de los planteos redfilianos y neorredfilianos, sino de los de la mayoría de los especialistas en antropología médica que trabajan en Latinoamérica, y que siguen formulando una concepción «tradicionalista», como por ejemplo ADAMS y RUBEL (1967). Pero pese a ello, estos autores solo describen y analizan la medicina tradicional, excluyendo los servicios y productos biomédicos, es decir siguen centrando sus objetivos en el polo tradicional del proceso de aculturación.

En los planteamientos de esta línea de trabajo hay dos elementos que nos interesa retomar, uno referido a la formulación de una teoría de las transacciones en el campo de la salud, y otro a la interpretación de los mecanismos de reproducción ideológica de los procesos de *s/e/a-p* como integradores endógenos, así como opositores al sistema de dominación. El concepto de transacciones tiene una significación especial en este trabajo, ya que, a través del mismo, trato de describir y explicar en parte el conjunto de relaciones que operan en la dinámica de los sectores y estratos sociales descritos para Ticul.

El concepto de transacciones intenta posibilitar la descripción de las articulaciones que, en el nivel consciente, pero también en los niveles no conscientes e inconscientes, operan en las relaciones generadas entre los estratos sociales hegemónicos y subalternos. En nuestro modelo de análisis el concepto refiere siempre a situaciones en las cuales ya está dado un juego de relaciones sociales, económicas, políticas e ideológicas, de las cuales se puede abstraer la estructura dominante en dichas relaciones. En nuestro caso la estructura dominante de las relaciones supone una situación no solo de dominación económica, política e ideológica, sino de subalternidad ideológico/cultural asumida por los propios sectores dominados.

Esta estructura puede ser pensada como mero epifenómeno ideológico que «oculta» y «opaca» la verdadera estructura profunda de los sujetos subalternos que estaría generando la «no subordinación». Si bien, por ahora, no negamos este proceso, solo señalamos que, en nuestra aproximación a Yucatán, y en particular a Ticul, observamos una estructura de dominación/subordinación que supone la autoexplotación, la autolimitación, la autoinferiorización de una de las partes, que en todos los casos es la de los estratos subalternos, y básicamente del campesinado y del sector artesanal.

Aquellos que ponderan una estructura profunda determinante suelen partir de una concepción de la estructura y actividades/acciones sociales basada en la existencia tanto de determinados «principios estructurales», como de un determinado mínimo de necesidades básicas que constituirían el límite a los procesos de dominación/subordinación señalados. Nosotros también asumimos la existencia de «principios estructurales», pero siempre referidos a los procesos sociohistóricos a través de los cuales dichos principios operan. La propuesta de la existencia de un mínimo necesario para sobrevivir y reproducirse biosocialmente, que estaría determinado por las necesidades básicas que todo grupo tendría, y que sería un posible motor de procesos de cuestionamiento y enfrentamiento a la dominación; no resiste el análisis teórico y aún menos el etnográfico. Expresa larvadas concepciones evolucionistas y «humanitarias», pero no refiere realmente a un análisis teórico de esta problemática y menos a la descripción de las condiciones concretas en las cuales los estratos subalternos han desarrollado sus «necesidades básicas».

BAUDRILLARD (1976), en su *Crítica de la economía política del signo*, señala que en el análisis de las necesidades no se debe partir de éstas, sino que debe partirse de lo que fundamenta el sistema de necesidades. Las necesidades no operan en un vacío social, cultural, económico o biológico, sino dentro de condiciones sociales históricamente determinadas que establecen sus posibilidades y orientación. Para Baudrillard el fundamento de las necesidades no reside en éstas, sino en lo que él denomina «sistema de prestaciones sociales», en el que dichas necesidades se incluyen. Sostiene este autor, que la existencia de un «mínimo vital antropológico» que determina las acciones del individuo/grupo, incluida la solución de sus necesidades primarias, secundarias y derivadas, constituye un mito. Este mínimo vital es fijado en todas las sociedades de manera residual por la urgencia fundamental de un excedente que rige todo el sistema, de

tal manera que el límite de supervivencia no es determinado desde abajo sino desde arriba. Inclusive, si los imperativos sociales lo exigen, la supervivencia será suprimida. Cuando la producción de excedente aumenta o disminuye, el límite de consumo obligado crece o decrece respecto a lo estrictamente necesario. Así el mínimo vital antropológico es un recurso ideológico que oculta la verdadera definición productiva de la supervivencia.

Las necesidades, incluidas las de salud, no deben ser entendidas en sí sino en función del sistema general que las condiciona, y del sistema de transacciones que los estratos sociales establecen en sus mutuas relaciones de dominación/subordinación y de hegemonía/subalternidad. En una comunidad pueden existir graves problemas de salud, y de hecho así ha ocurrido y ocurre en Yucatán, pero los mismos aparecen siempre mediatizados por las posibilidades y los límites que establecen los niveles de productividad económica, social e ideológica. Las tasas de mortalidad infantil reales a finales del siglo XIX eran de alrededor de 300 por 1.000 niños, pero para finales de la década de 1930 la tasa para Mérida era de más de 350 niños cada 1.000 nacidos vivos. Y es respecto de este tipo de información que debemos reflexionar cuando hablamos de necesidades básicas.

Esto nos conduce a otro supuesto, y es el que apunta a señalar que no obstante la existencia de problemas y del reconocimiento objetivo y subjetivo de los mismos por parte de la población, los conjuntos sociales no plantean ni desarrollan necesariamente estrategias cuestionadoras para la solución radical de «sus» problemas; ya que lo que los sectores subalternos formulan/adecuan con más frecuencia son sistemas de transacciones cuyas vías de desarrollo suelen ser los canales institucionales y legitimados producidos por las clases dominantes. Las transacciones tienden no solo a fundamentar el poder y la hegemonía establecidos, sino a asegurarlos a través de los mecanismos centrados en la explotación y autoexplotación de las clases subalternas.

Este tipo de transacciones no es producto de que estas clases no perciban la problemática que padecen, ni de que no tengan necesidades «básicas» según ellos, ni tampoco de la existencia de otros medios de acción, sino de una concepción ideológico/cultural fundamentada en relaciones de explotación que opta por continuar los procesos de dominación/subordinación a partir de su propia autoexplotación, y de generar mecanismos de subalternidad ideológico/culturales. No todas las clases subalternas optan por este sistema de transacciones basado en la autoexplotación; de-

pendirá de la inserción en el proceso productivo, de los contenidos ideológicos desarrollados, así como de las condiciones globales del sistema para que dichas transacciones puedan ser cambiadas por propuestas de transformación radical o progresiva.

Esto que estamos señalando no es contradictorio con lo antes formulado, sino complementario; forma parte de un proceso en el cual nuestro sistema de necesidades se estructura en función del sistema general, pero que no conduce fatal ni estructuralmente a la supeditación total al mismo. Las necesidades se actúan y pasan a formar parte de nuestras acciones, donde en cada sistema social se construye un «mínimo vital», que puede ser cuestionado a partir del modo de inserción productiva e ideológica en el sistema. Estos cuestionamientos no están determinados por las «necesidades básicas» por mínimas que sean, sino por los procesos económico/político e ideológico que pueden generarse, y a partir de los cuales se cuestiona la no satisfacción de las necesidades.

Como ya señalamos, respecto a la situación de ciertos sectores subalternos, sobre todo de los campesinos, es frecuente leer o escuchar frases como «la gente no da más», «más abajo no pueden caer en su nivel de necesidades», «los marginados y campesinos están ya en las últimas y no pueden ser contenidos por mucho tiempo más», «no sabemos cómo esta gente puede vivir», o «la bola se está armando». Y sin embargo esa gente vive, para sobrevivir en su pequeña lucha cotidiana, pero sin luchar políticamente; y por lo tanto para muchos teóricos marxistas pasan a ser casi «reaccionarios». Lo que me interesa señalar, es que pese a una situación de necesidades no satisfechas casi incomprensible de entender científica y/o moralmente, estos sectores sociales no suelen cuestionar la «matriz» que funda y establece estructuralmente el nivel de las necesidades en que viven, sino que básicamente siguen estableciendo transacciones a partir de los mínimos establecidos por los sectores sociales dominantes.

Es a partir de estos procesos, que señalamos que especialmente el campesinado y el sector artesanal yucateco en general, y ticuleño en particular, enfrentan la situación de dominación y subordinación a través de transacciones en todas las dimensiones de la estructura, desde la económica hasta la de que refiere a los procesos de s/e/a-p. En el análisis de la situación yucateca han emergido algunas de estas transacciones que hemos profundizado en el estudio especial sobre Ticul. De dicho análisis surge que en las principales dimensiones de la estructura se producen las siguientes transacciones básicas:

a) En la dimensión económica: frente a la crisis económica y ocupacional, la «solución» ha sido la carrera ocupacional, la subocupación, la emigración permanente o cíclica tanto de varones como de mujeres en edad productiva; la autolimitación en el uso y consumo de productos «básicos», que llega a constituir períodos recurrentes de hambre o subalimentación endémica; a aceptar la reducción de los ingresos, a pesar del aumento en los tiempos de trabajo; la reducción de la producción para el consumo y el aumento de la producción para el mercado; la tendencia a incrementar el trabajo fuera de la milpa, hasta terminar abandonándola.

b) En la dimensión política: frente a la dominación política de los sectores dominantes la «solución» ha sido la aceptación de las organizaciones establecidas verticalmente; la no constitución de grupos autónomos organizados política, ideológica y económicamente; la aceptación de la violencia directa o indirecta con escasa capacidad de respuestas alternativas de poder; la aceptación de las relaciones personales y clientelares como solución individual; la negación de «lo político»; aceptar el desarrollo de participaciones sociales inducidas y dirigidas por sectores sociales externos.

c) En la dimensión ideológica: frente al continuo proceso de hegemonización de las clases dominantes las «soluciones transaccionales» han conducido a la aceptación, incorporación y valorización ideológica positiva de los elementos producidos «fuera» de la localidad, y esto tanto referido a los fenómenos económico políticos globales como a las acciones y producciones cotidianas (tipo de bordado, cambios en los apellidos y nombres, tipos de prestigio, tipo de vivienda, tipo de recurso médico, etcétera). En términos ideológicos «aceptan» también la visión dicotómica de la estructuración en clases de la sociedad; la consideración de la acción política como «sucia»; la aceptación y participación pasiva de las propuestas generadas desde «afuera» de sus estratos sociales y comunidades. Estos constituyen aspectos activos para poder adecuarse, pero que favorecen la hegemonización y subalternización del campesinado.

d) La cultura, como ya lo señalamos, se nos aparece como lo rutinario y repetitivo; como lo que da seguridad social y psicológica-pero no política y económica-, y que constituye la base del aguante en término de posibilidades reales. De tal manera que la biomedicina va siendo reconocida como lo más eficaz, pero en muchos contextos lo seguro en términos de presencia sigue siendo la medicina tradicional, y por lo tanto se sigue usando. En la cultura existen núcleos de resistencia, de contrahegemonía, de alternativas, pero en la medida que no se activen, permanecen como posibilidades.

e) En la dimensión salud/enfermedad: frente a las altísimas tasas de morbilidad y de mortalidad, la aceptación de la misma y el desarrollo y uso de terapéuticas tradicionales cuya solución se da sobre todo en el campo imaginario, dada su escasa eficacia para abatir las altas tasas de mortalidad por «muertes evitables»; la aceptación de la explotación económica de la enfermedad por parte de la medicina privada; la aceptación del mal funcionamiento de los servicios de salud oficiales; la aceptación de la inclusión de la población en los programas de salud en términos subordinados; la transformación de las prácticas «tradicionales» y la pérdida de hegemonía de éstas; el uso cada vez mayor de la biomedicina, y el reconocimiento de su eficacia comparativa. El hecho de que el abatimiento de los daños surgió de actores sociales, mecanismos y productos de la sociedad dominante, y no de los propios grupos subalternos, fundamentan el desarrollo de estas transacciones.

En todas estas transacciones dominan y hegemonizan las normas y reglas determinadas desde «fuera» de las comunidades; si bien hay cuestionamientos y disidencias, las «soluciones» se dan dentro de los límites establecidos por las clases dominantes. O, mejor dicho, pueden generarse cuestionamientos, pero que no se traducen en hechos favorables salvo en determinadas situaciones económicas, y en la medida que haya grupos organizados que luchen en términos generales y particulares. De allí que grupos como los ferrocarrileros y portuarios hayan conseguido beneficios salariales y laborales superiores al resto, dado su papel en el proceso productivo, y su capacidad organizativa.

Ahora bien, la «aceptación»/«aguante» sobre todo del campesinado se desarrolla dentro de procesos a través de los cuales los gobiernos yucatecos, sobre todo a partir de 1915, han impulsado el desarrollo de servicios gratuitos que los sectores sociales subalternos reconocen como beneficiosos, y me refiero sobre todo a los servicios educativos y a los servicios de salud. Servicios que al mismo tiempo que atienden las «nuevas necesidades básicas» que la población ha ido construyendo, legitiman al sistema político dominante. Y es dentro de estos procesos, que los estratos sociales subalternos tratan de solucionar sus «nuevas» necesidades utilizando los servicios o apropiándose de algunas características de los mismos. Considero que el caso de la automedicación es paradigmático, ya que los sectores subalternos, frente a las enfermedades que sufren, tratan de apropiarse y usar autónomamente las técnicas generadas desde «fuera» y «arriba» de la comunidad, pero sin llegar por ello a cuestionar el sistema de explota-

ción, no solo en lo que se refiere a su enfermedad, sino también al sistema de explotación social y económica general.

Del esquema propuesto surge que nuestra concepción se diferencia de la interpretación que Barth y Harman dan al concepto de transacción; estos autores, si bien plantean la existencia de relaciones sociales jerarquizadas en todo sistema de transacciones, enfatizan y focalizan sus análisis en las relaciones de reciprocidad. Nosotros, a partir de las propuestas de Gramsci y de Martino, planteamos también la existencia de transacciones, pero afirmamos que las mismas están condicionadas por los mecanismos de coerción y de hegemonía en términos de desigualdad económica y de poder, los cuales se imponen al sistema de reciprocidades. Distinguimos la existencia de relaciones de reciprocidad subordinadas y no subordinadas, así como relaciones de no reciprocidad que operan respecto de los procesos de s/e/a-p. En las sociedades capitalistas las transacciones dominantes entre sectores hegemónicos y subalternos son las subordinadas en términos de reciprocidad y no reciprocidad, que se expresan en los sectores subalternos rurales de Yucatán a través de procesos de autoexplotación y autolimitación, lo cual está legitimado por las concepciones ideológicas dominantes que establecen como «normales» estas transacciones subordinadas.

Recuerdo que lo que buscamos a través de las transacciones de diferente tipo es tratar de documentar e interpretar los procesos de expansión biomédica y de persistencia de la medicina tradicional, lo que hasta ahora evidencia la constante no solo expansión sino hegemonía biomédica, y la reducción y subalternización de la segunda. Lo cual se sigue verificando a través de un estudio relativamente reciente realizado en Baca, localidad de 3 491 habitantes del norte de Yucatán, donde solo quedan dos yerbateros, lo que es debido, según uno de ellos a que

La gente ha dejado de tener confianza en sus curaciones, acudiendo siempre al médico del Centro de Salud [del cual la mayor parte de la gente del pueblo es derechohabiente de los Servicios Rurales Cooperativos-] o a cualquiera de los tres médicos particulares que imparten consulta en la localidad. Esto ha redundado en una disminución de la clientela, motivando que ambos yerbateros busquen otra ocupación que les proporcione un ingreso estable. Esta situación ha llevado cuando menos a nuestro informante a olvidar los nombres de algunas yerbas medicinales que acostumbraba a recetar. [Al conversar] con varias personas de la localidad acerca de la efectividad de las curaciones de los yerbateros, todas ellas se mostraron escépticas, principalmente los jóvenes, que en algunas ocasiones respondieron con franca burla (ARIAS GARCÍA, 1972:77).

Ahora bien, este reconocimiento corresponde al desarrollo de una oferta de servicios oficiales y privados que viene dándose en Yucatán desde finales del siglo XIX, y que como hemos descrito y analizado es comparativamente muy superior a la de la mayoría de los estados mexicanos, y que se correlaciona con una temprana demanda de este tipo de servicios por las clases subalternas. Y estos procesos podemos observarlo a través de todo el lapso analizado, y lo encontramos una vez más en forma destacada a finales de la década de 1930, cuando a raíz de una de las crisis económico/ocupacionales más severas, en los años 1937-1939 se realizaron numerosas asambleas ejidatarias en las cuales se demandó al gobierno una serie de acciones tendientes a solucionar los principales problemas de los ejidatarios henequeneros. Dichas asambleas se realizaron en Motul, Tixkokob, Izamal, Acanceh y Uman, y hubo representaciones de ejidatarios de prácticamente toda el área henequenera, que por entonces incluía también ejidos de las regiones II y III.

Las demandas que surgieron pueden ser clasificadas en cinco grupos: *a*) demandas de tipo básicamente económico, desagregadas en los siguientes ítems: que continúe la expropiación de tierras (diez demandas), aumento de salarios y/o mejoras en las percepciones de los mismos (diez demandas), mejoramiento de la infraestructura productiva (nueve), expropiación de maquinaria (siete), aumento en los días de trabajo (cinco); *b*) demandas referidas a los problemas de enfermedad: instalación o mejora de servicio médico (doce), entrega de medicamentos y botiquines (nueve), ayuda a trabajadores enfermos y agotados (cuatro); *c*) cuestionamiento de la burocracia (quince); *d*) educación: construcción de escuelas (nueve); *e*) varios: mejoramiento de vivienda, ayuda a viudas, abaratamiento de alimentos (doce). Vemos entonces cómo entre los objetivos prioritarios del campesinado aparecen en forma destacada demandas orientadas hacia la biomedicina, no detectando ninguna demanda respecto de la medicina tradicional. Más aún, durante este período fueron constantes las críticas de los ejidatarios al funcionamiento de los servicios médicos ejidales, la demanda de medicamentos baratos, y la solicitud de la ampliación de la red de consultorios.

Pese a los datos cualitativos y estadísticos que evidencian el creciente reconocimiento y uso de la biomedicina por parte de la población yucateca, la mayoría de la producción antropológica siguió utilizando orientaciones teóricas e ideológicas que se impusieron a la realidad, y que no solo enmascaraban los procesos reales, sino que imposibilitaban comprender



lo que estaba pasando con los procesos de s/e/a-p en los grupos subalternos, lo cual es reconocido por uno de los principales antropólogos norteamericanos que trabajaron en México:

Los estudios antropológicos han proporcionado gran cantidad de datos respecto a las creencias en lo que concierne al calor, frío, viento, temor y al arte de la brujería en el origen y cura de las enfermedades, pero hasta ahora muy pocas investigaciones muestran cómo estas creencias tradicionales afectan la aceptación de la medicina moderna. Es cierto que el mantenimiento de tales creencias nativas tiende a tener una influencia negativa sobre la disposición para consultar a un médico o ir a una clínica de salud, pero esta proposición es demasiado general para ser considerada de mucha utilidad (WHYTE, 1968: 197).

Esta afirmación de Whyte era y sigue siendo pertinente en 1978 para gran parte de la producción en antropología médica en Latinoamérica, dado que ésta frecuentemente sigue ignorando y/o no analizando cuáles son las principales causas de las morbilidad y mortalidad de las que se enferma y muere la mayoría de la población indígena, el papel «real» de una medicina tradicional que no pudo ni puede reducir las altísimas tasas de mortalidad existentes cuando la misma era dominante y hegemónica, así como cuál ha sido el proceso de penetración de la medicina moderna en la población, no solo en la ideología y cultura manifiesta de los actores, es decir en sus representaciones sociales, sino sobre todo en sus prácticas cotidianas para enfrentar sus problemas de salud.

Una explicación parcial de la persistencia de este enfoque, tendría que ver con que la búsqueda, descripción y análisis de la racionalidad tradicional permitirían planificar mejor las actividades de salud, ya que posibilitaría detectar los saberes y procesos que se opondrían a la penetración biomédica, para así adecuar los recursos existentes. Esta orientación, que corresponde en gran medida a la teoría de la aculturación, partió de la base de que existía un fuerte rechazo a la biomedicina por parte de los pueblos indígenas, lo cual puede ser que ocurriera en ciertos grupos y referido a ciertos aspectos, pero que no se dio en la mayoría de los grupos étnicos respecto de los cuales tenemos información, como es el caso de los mayas de Yucatán.

El modelo antropológico negó lo evidente, lo que en parte señalaron Holland y Harman; es decir, que la racionalidad tradicional no solo integró en la práctica aspectos importantes de la medicina «moderna», sino que generó una complementación tradicional/moderno en la cual la biomedicina se iba convirtiendo en la tendencia hegemónica. Esta orien-

tación antropológica fue reconocida y criticada en 1968 por uno de los principales formuladores y mantenedores del modelo tradicional, ya que FOSTER señaló

Esta inclinación profesional, además de la temprana investigación de las prácticas de salud en proceso de cambio, ha llevado al énfasis en aspectos tales como la dicotomía de la enfermedad desde el punto de vista de las clasificaciones folklóricas que la dividen en aquellas que pueden curar los médicos y las que ellos no comprenden, las barreras sociales, psicológicas y culturales que inhiben los cambios de actitud y las motivaciones que estimulan a las personas a cambiar. También se trató acerca de la importancia de trabajar con las personas de la localidad para definir necesidades y soluciones y de comprender cómo se han formado sus actitudes y cuáles son sus puntos de vista respecto del cambio (1968: 185).

Este modelo dominante que subrayaba las resistencias al cambio no pudo explicar lo que estaba ocurriendo con las tendencias de la mortalidad, con los usos de medicamentos, con la expansión de la medicina incluida la medicina privada aun en pequeñas localidades, porque los antropólogos estaban exclusivamente preocupados por la medicina tradicional. Si bien una parte de ellos utilizó la teoría de la aculturación, lo hizo sin estudiar el «polo» moderno, y menos aún el proceso de aculturación, salvo respecto de ciertos aspectos (AGUIRRE BELTRÁN, 1955). En su análisis, Foster llega a la conclusión de que la antropología no estudió los procesos constitutivos del fenómeno salud/enfermedad, proponiendo que el desarrollo de los mismos se debe básicamente a procesos individuales o centrados en las acciones del estado, y en los que la «comunidad» tuvo muy poco que ver; y si bien valida algunos aspectos del enfoque antropológico, reconoce la pérdida de credibilidad de otros:

De los comentarios acerca de cómo los niveles de salud mejorados tienen que ver muy poco con la iniciativa del pueblo, se puede inferir que los principios de la antropología y del desarrollo de la comunidad han ido a parar al cesto de los papeles. Esto no es cierto, aunque los datos aquí presentados me han hecho modificar algunos de mis puntos de vista acerca de la estrategia del cambio (FOSTER, 1968: 187).

Con estos comentarios Foster llegó a uno de los núcleos ideológicos del problema, ya que el modelo antropológico dominante manejó los conceptos de racionalidad, de cambio y de participación de la comunidad de tal manera, que le impidieron entender lo que estaba ocurriendo en la

práctica. Dichos conceptos de racionalidad, cambio y participación, que son por otra parte los que hizo suyos en el nivel ideológico una parte de la salud pública latinoamericana y que aún siguen sobreviviendo en el PEC, se basaron en un gradualismo que buscaba «proteger» del cambio considerado inevitable a los pueblos indígenas, y que llevó a los antropólogos a concentrarse en el polo tradicional, como si a partir de éste pudiera graduarse el impacto de los procesos económico/político e ideológico/culturales impulsados por la sociedad dominante. La idea de estudiar solo la racionalidad de los pueblos indígenas, y de «graduar» su relación con la medicina moderna, sin describir y analizar la racionalidad biomédica y la del capitalismo a nivel local, impidió entender no solo porque se expandía la biomedicina, sino porque los sectores subalternos actuaron y siguen actuando como lo hacen respecto de la medicina alopática.

Justamente el haber «descubierto» los límites del modelo antropológico aplicado a los procesos de salud/enfermedad; el ponderar que los cambios en las condiciones de salud, sobre todo en el abatimiento de la mortalidad, eran casi ajenos a las acciones de la propia comunidad, y estaban generados por el estado y/o por los «individuos», es lo que conduce a Foster a reducir el papel de la racionalidad comunitaria. Pero para la mayoría de los antropólogos latinoamericanos que tratan esta problemática, dicho «descubrimiento» no les replanteó nada, o se lo replanteó solo recientemente, y ello en gran medida porque para muchos de ellos los procesos de s/e/a-p constituyen un juego académico, en el cual la enfermedad, y especialmente la mortalidad como hechos, pasan a ser secundarias. Por lo cual es interesante seguir la trayectoria de este enfoque antropológico a través de la obra de Foster, ya que pese a los cuestionamientos políticos generados sobre su trabajo en el caso de la guerra de Viet Nam (ver WOLF Y JORGENSEN, 1970), no cabe duda que ha sido uno de los principales protagonistas en la constitución, mantenimiento, y crítica del modelo que estamos analizando.

Por eso es importante destacar que diez años después de los comentarios señalados, Foster formuló con agudeza una revisión crítica de la producción generada por la antropología médica practicada en Latinoamérica, ya sea por especialistas nacionales o importados. (ES NOTA 76), considerando que

Uno de los resultados más valiosos de la reunión fue el reconocimiento por parte de los antropólogos y el personal de salud de una popularización de ciertos conceptos estereotipados acerca de la medicina tradicional en la gene-

ración pasada, que puede tener efectos adversos sobre la consideración de su posible utilidad en los programas oficiales de salud (FOSTER, 1978: 6).

El autor analiza cuatro estereotipos: a) la medicina tradicional es integral, la medicina moderna solo tiene en cuenta la enfermedad; b) «En los pueblos tradicionales se observa una dicotomía de las enfermedades en dos categorías: primera, enfermedades que el médico puede curar rápidamente y segundo, las enfermedades «populares», cuya propia existencia los médicos se niegan a reconocer»; c) los sanadores tradicionales son de edad relativamente avanzada, muy respetados en todas las comunidades y por su condición deberían constituir valiosos aliados en la atención primaria de salud; d) «Los médicos que ejercen la profesión en ambientes tradicionales con frecuencia ignoran la medicina tradicional; no logran entender su vocabulario y fundamento y por eso tropiezan con dificultades al comunicarse con sus pacientes» (FOSTER, 1978: 7-8).

A estos estereotipos podríamos agregar otros dos que han surgido en el desarrollo de nuestros estudios: e) En las comunidades indígenas las enfermedades más importantes son las tradicionales, pues constituyen parte básica del núcleo ideológico de su integración sociocultural; y f) la racionalidad cultural de la comunidad y su criterio de participación son los factores básicos que operan en la relación que establecen con las enfermedades y las terapéuticas modernas.

Ya hemos analizado cómo la mayoría de estos estereotipos no solo tienen poco que ver con los procesos que realmente se dieron y se dan en las comunidades yucatecas, sino que además han conducido a formular estrategias poco o nada eficaces para las propias comunidades. Lo cual no niega que parte de los estereotipos hayan tenido un efecto paradójico, ya que como casi toda producción basada en el relativismo cultural, ha constituido una de las fuentes ideológicas de las concepciones que ven en toda comunidad «subalterna» focos potenciales de enfrentamiento a los sistemas dominantes.

*Fanon, Gramsci, De Martino y otras aventuras  
de la dialéctica de la revolución*

Estos estereotipos antropológicos que aún siguen vigentes, tienen una notoria relación teórico/ideológica con algunas propuestas formuladas desde posiciones marxistas y no marxistas referidas al papel de las clases subalternas, y especialmente del campesinado en términos de constituir o no una alternativa autónoma, o por el contrario evidenciar su papel de reproductor hegemonizado. Es decir, remitir las relaciones medicina tradicional/biomedicina, a las relaciones económico/políticas entre clases sociales, para no solo ampliar el sentido de la discusión, sino para analizarla a través de procesos y de fuerzas sociales consideradas prioritarias, en lugar de observarlas a través de una problemática generalmente considerada como secundaria y a-teórica, como lo han sido la «enfermedad tradicional» y la antropología aplicada a los procesos de salud/enfermedad. Pero además, porque esta problemática pasa a ser relacionada-como por otra parte lo estuvo siempre en las propuestas más lúcidas del funcionalismo, del culturalismo, del marxismo y del «paramarxismo», a través de autores como Foster, Aguirre Beltrán, de Martino, Fanon o Lewis-con las problemáticas del cambio a nivel general y no solo comunitario, así como con las estrategia de poder dominante, y las posibilidades de los sectores subalternos de seguir reproduciendo la sociedad dominante o constituir algún tipo de alternativa a la misma.

Y por ello, sin abandonar las discusiones específicas sobre los procesos de s/e/a-p, es que en los apartados siguientes trataré de revisar primero en términos generales, y más tarde referidas exclusivamente a Latinoamérica, algunas de las propuestas que han discutido la situaciones y relaciones de las clases subalternas, y en particular del campesinado, para observar si dichas propuestas, se correlacionan con las que surgen de los análisis de los procesos de s/e/a-p. Esta revisión es parte necesaria de nuestro enfoque, dado que en las primeras partes de este libro tracé un desarrollo de Yucatán para observar el papel de las diferentes clases sociales en términos económicos y políticos, y en mucho menor medida ideológicos y culturales, así como describí la trayectoria de los procesos de s/e/a-p incluyendo información, cuando pudimos, en términos de clases y de transacciones de clases.

La discusión de estas problemáticas puede ser desarrollada a través de dos dimensiones que se complementan, aun cuando presentan una rela-

tiva autonomía. La primera refiere al proceso de la continuidad/discontinuidad de lo «tradicional», y su papel en los procesos de cambio, inclusive los cambios de tipo «revolucionario»; y la segunda, al papel de la dimensión cultural/ideológica en la continuidad/discontinuidad de lo tradicional, tanto respecto de la población, de los líderes como de las interpretaciones académicas. De nuestro análisis surge que la medicina tradicional es parte de la vida cotidiana de las comunidades yucatecas tanto rurales como urbanas, y que la misma será cuestionada e inclusive estigmatizada ideológicamente en Yucatán durante el porfiriato, durante el periodo revolucionario y los gobiernos de los partidos socialistas, y durante el lapso posrevolucionario, en nombre del progreso y de la ciencia, con los cuales se identifican en todos los casos los sectores sociales dominantes sean o no «revolucionarios». Y durante todo este lapso, los sectores sociales subalternos yucatecos no generan una lucha, o simplemente demandas solicitando o exigiendo el apoyo estatal o de los gobiernos comunitarios respecto de la medicina tradicional, ya que cuando solicitan pasiva o activamente servicios de salud, serán siempre servicios biomédicos y nunca tradicionales.

Los que defenderán la medicina tradicional serán los antropólogos y en cierto modo los indigenistas, ya sea para reconocer la existencia de ciertas eficacias terapéuticas, ya sea para proponer políticas gradualistas de cambio, ya sea por ver en dicha medicina una de las áreas de mayor autoidentificación indígena. Y esto se mantendrá, por lo menos, desde 1920 hasta la actualidad a través de un relativismo cultural que satura todas las aproximaciones antropológicas, y que contrasta con las propuestas marxistas «oficiales», ya que en estas no aparece la discusión sobre la relación tradicionalidad/revolución salvo en la discusión sobre las «nacionalidades», y ya sabemos lo que el stalinismo logró hacer, no solo con la discusión teórica sino con las «nacionalidades»<sup>74</sup>.

74 Por supuesto, no niego la existencia de una discusión sobre el problema de las nacionalidades dentro del marxismo; la corriente austrohúngara, determinados sectores representativos de minorías étnicas dentro y fuera de la URSS, desde judíos hasta musulmanes, en particular los grupos marxistas de Bujara y Samarkanda, colocaron como eje de su proyecto marxista al problema nacional y «cultural». Una parte de esta producción iba a ser apropiada intelectualmente y luego negada por el stalinismo (BAUER, 1979), y en otros casos fue directamente eliminada (caso del marxismo musulmán). Más tarde, y como una aparente paradoja de la constitución del «socialismo en un solo país», el stalinismo desarrollado en la URSS iba a negar o cosificar la discusión sobre el problema de las nacionalidades.

En Marx no existe una discusión teórica de esta problemática, ya que tanto sus objetivos políticos como teóricos se centran en el proletariado y la burguesía, negando o secundarizando al campesinado que llegó a considerarse inclusive como pequeña burguesía; o los indígenas a los que vio como sectores «atrasados». Más aún, los marxistas en general tienden a generar en los países de mayor desarrollo capitalista (Inglaterra, Francia), y en algunos países de desarrollo capitalista tardío (Alemania, Italia), una concepción mecanicista que considera lisa y llanamente a los campesinos como reaccionarios. Será no obstante en países con amplios sectores campesinos, con un menor desarrollo capitalista, como son los casos de Rusia y también de Italia, donde algunos marxistas generen un intento de recuperación ideológico/político de estos sectores desde la perspectiva de un cambio revolucionario. Pero subrayando que en ambos países la «recuperación» de los campesinados no se origina dentro del marxismo, sino de concepciones populistas y anarquistas (los narodniks en Rusia; Nitti y Salvenini en Italia), quienes proponen, aunque desde diferentes perspectivas, la implementación política de la clase campesina a través de sus formas tradicionales o de formas que sintetizan lo «tradicional» con elementos «modernos».

Propuestas que contrastan con las teorías e ideologías dominantes de las capas burguesas, así como con las diferentes variedades de socialismo, incluido el marxismo, para quienes el campesinado es conceptualizado como atrasado y/o reaccionario. No es casual que el nacionalsocialismo alemán, formulara concepciones ideológicas que depositaban en el campesinado los valores básicos de la «nacionalidad». Frente a los cuales el marxismo mecanicista, saturado de concepciones evolucionistas, seguirá generando una visión ideológica, no solo negativa, sino con frecuencia racista, del campesinado. Y será justamente Gramsci quien denuncie la visión racista lombrosiana de las tendencias socialistas referidas especialmente al campesinado meridional italiano, y proponga otras alternativas de interpretación y de acción; pero reconociendo que la influencia de Gramsci, hasta fechas recientes, fue mínima fuera de Italia.

Las propuestas socialistas incluidas las marxistas cuestionaron al campesinado, o solo lo vieron como un aliado estratégico subordinado a la clase obrera, por lo menos hasta el triunfo de la revolución china. Como recuerda H. ALAVI (1974), los socialdemócratas rusos consideraban que los procesos de transformación social solo se darían con el desarrollo industrial y el crecimiento correlativo del sector obrero, y veían al campesi-

nado como reaccionario y conservador. A su vez Lenin, en sus análisis del campesinado, tiende a verlo primero como una fuerza no revolucionaria y después cambia su enfoque para considerarlo contextualmente progresista y asumir que un sector del campesinado puede prestar su apoyo al proletariado revolucionario cuando éste haya obtenido el poder. Como sabemos, dentro de la producción política e ideológica marxista, Mao Tsetung genera un giro radical, al proponer que las capas pobres del campesinado constituyen la fuerza rectora del proceso revolucionario.

Es básicamente a partir de la segunda guerra mundial y en función de varios procesos económico/políticos e ideológicos, entre los cuales están la propia segunda guerra mundial, el desarrollo del maoísmo y el proceso descolonización africano y asiático, que se comienza a reconsiderar a la «tradicionalidad» y a sus portadores sin los habituales estereotipos reaccionarios con los cuales se los calificaba. Fueron múltiples las expresiones político-ideológicas de este proceso, entre las cuales recuerdo las teorías de la negritud, de la «personalidad» africana, del socialismo africano, así como el indigenismo latinoamericano, y más tarde las concepciones tercermundistas de contenido populista o paramarxista. Y junto con ellas, toda una producción de signo muy diverso que van desde el relativismo antropológico, pasando por la producción fenomenológica (Eliade, Jensen, Jham), hasta la generada por Fanón, De Martino, y el «descubrimiento» de Gramsci.

Y justamente la obra de estos últimos tres autores es básica, por lo menos para mí, dado que tratan de recuperar el papel de la dimensión ideológico/cultural como decisiva para entender los comportamientos sociales, sin excluir la dimensión económico/política, pero no reduciéndolos a ella. Pero, además, con el objetivo prioritario de incluir protagónicamente dicha dimensión en la lucha y trabajo político, por lo menos a nivel de los intelectuales orgánicos. Las propuestas de estos autores deben ser comparadas no solo con las propuestas antropológicas culturales como las señaladas, que casi siempre trabajaron sobre lo ideológico/cultural, sino especialmente con las corrientes académicas y políticas que tratan actualmente sobre el campesinado latinoamericano, y en particular sobre el campesinado mexicano.

Es notable observar en esta última producción, y sobre todo en la producción radical sobre el campesinado mesoamericano, dos hechos; primero la necesidad de estudiar la dimensión «superestructural», y segundo, que muchos de sus textos constituyen evocaciones fanonianas asumidas



como tales o no<sup>75</sup>, o sino análisis marxistas y paramarxistas mecanicistas que terminan cayendo nuevamente en el economicismo<sup>76</sup>. Como analizamos en otro texto (E. L. MENÉNDEZ, 1971), Fanon constituye la superación política y teórica de una de las principales ideología «tradicionalistas», la de la negritud; pero manteniendo en dicha superación algunos de los elementos teórico/ideológicos de dicha teoría. Al respecto, es necesario leer los análisis de FANON (1962, 1968) sobre la dialéctica tradición/revolución, la función del «velo», la estructura y dinámica de la familia argelina y, especialmente sobre la función de la enfermedad y de las prácticas médicas, en los cuales propone que los núcleos básicos integradores de una cultura dominada, por más tradicionales y aparentemente reaccionarios que sean, generan o pueden generar una oposición manifiesta, pero sobre todo latente a la cultura dominante.

En consecuencia, para Fanón estos núcleos tradicionales necesitan ser protegidos y hasta fomentados como mecanismos estratégicos de lucha contra el enemigo político de la población argelina, que es el poder colonial, quien también es un enemigo cultural y de clase, en virtud de la identificación clase/nación. Si bien muchos culturalistas subrayaron, al igual que Fanón, la protección cultural de los saberes étnicos; sin embargo, no lo hicieron con el objetivo de generar un cambio radical, sino para posibilitar una aculturación gradual al sistema dominante.

En sus textos, Fanón dejaba abiertas las posibilidades para un desarrollo teórico basado en propuestas clasistas superadoras de la etnicidad; pero de Fanón se tomarán básicamente las primeras concepciones, sobre todo por parte de algunas propuestas populistas y marxistas desarrolladas tanto en África como en América Latina. El análisis de Fanón, generado en estos contextos, optó por una concepción unilateral de las relaciones de dominación, ocultando los procesos de dominación internas, y no solo en términos de clase sino de dominación masculina y de grupos de edad. Y justamente, veinte años de «revolución» argelina nos devuelven las consecuencias de este olvido teórico. Pero aquí no es cuestión de analizar el

75 Consultar dentro de determinados límites, la correcta crítica de AGUIRRE BELTRÁN (1976).

76 Para ejemplificar lo que señalo, consúltense obras como la de S. TERÁN (1976) o L. PARÉ (1977), que tienen el mérito de haberse enfrentado con la temática ideológica, pero en los que sorprende no obstante la facilidad con que en estos trabajos se llega a determinadas conclusiones acerca de lo ideológico, sobre todo comparándola con el rigor con que se analizan los procesos estructurales.

proceso argelino, sino de señalar el aporte fanoniano, las incorrectas generalizaciones que se extrajeron de su enfoque, así como la convergencia con otras orientaciones.

A partir de Fanón, para muchos autores latinoamericanos casi todo miembro del lumpenproletariado era un «tradicional revolucionario», y en esta irresponsabilidad político/ideológica cumplió un interesante papel los usos de la obra de E. CLEAVER (1969); más aún para algunos antropólogos todo curandero o *shamán* era casi un intelectual orgánico de la contracultura. Estas consideraciones mecanicistas, como luego veremos, son producto de un facilismo teórico que establece generalizaciones que no toman en cuenta las situaciones y procesos históricos, aun cuando enuncien dicha necesidad cada tres renglones. Este análisis mecanicista, que paradójicamente se usa en nombre de la dialéctica, ha conducido a opacar los procesos generados por el desarrollo capitalista en lo referente a la medicina alopática, a la medicina tradicional y a las medicinas alternativas o paralelas.

Así, por ejemplo, la crítica a la medicina denominada científica supone, para una parte de estos autores, la ponderación curativa casi irrestricta que encuentran en las llamadas medicinas alternativas y/o paralelas; sin percibir que la mayoría de ellas son productos reactivos ininteligibles sino los relacionamos con el desarrollo de los saberes biomédicos actuales. Y por otra, supone pensar los curadores tradicionales, la medicina herbolaria, las técnicas *shamánicas* como depositarios de un saber «ancestral» que simultáneamente cuestiona al capitalismo, y constituye una posibilidad de curación real; posibilidad que justamente se habría visto abortada o limitada por el papel de la biomedicina ligada al capital. En México se está desarrollando últimamente el mito de la medicina herbolaria en nombre y función de estas concepciones; y si bien la herbolaria puede ser curativa, la mitificación de la misma sirve poco a la contracultura, y mucho a la industria químico/farmacéutica.

Para nosotros el núcleo de la cuestión radica en dos órdenes de problemas complementarios; por un lado, establecer cuáles serían los objetivos de las clases dominantes para excluir y/o marginar las medicinas tradicionales, y cuales los de los sectores subalternos para usarlos contrahegemónicamente; y, por otro, evidenciar la real función curativa de estas prácticas marginadas. Si comenzamos por este último punto observamos lo obvio, lo que al parecer no perciben los institucionalizadores del mito herbolario, y es que, como ya lo hemos señalado, cuando la medicina

«tradicional» dominaba entre el siglo xvi y el siglo xix, dicha medicina evidenció tener muy escasa eficacia para abatir las altísimas tasas de mortalidad por viruela, paludismo, tuberculosis, tifo, tos ferina, sarampión o gastroenteritis que diezmaron a la población yucateca. ¿Qué hizo esta medicina tradicional frente a esos padecimientos letales?, realmente muy poco en términos de abatimiento de la mortalidad como ya lo hemos analizado. Es decir, las terapéuticas nativas no lograron reducir las altas tasas de mortalidad durante los lapsos colonial e independientemente en los que fue dominante; más aún, no lo logró cuando todavía no existían «resistencias naturales», ni cuando se constituyeron ( E. L. MENÉNDEZ, 1978c). Proponer que las limitaciones de los saberes médicos nativos son producto de la situación colonial, es no tener idea de lo que son los procesos de *s/e/a-p*, pero sobre todo es una evidencia más del ideologismo que domina gran parte de las propuestas antropológicas latinoamericanas.

A su vez, el primer problema refiere a la relación de estas prácticas con los sectores hegemónicos y las clases subalternas, y al respecto podemos afirmar que en principio el poder colonial no persiguió sino anecdóticamente a los curadores tradicionales incluyendo a los *h'men*, y esto desde el siglo xvi hasta la actualidad, lo cual fue debido a varias razones, algunas de sentido común: los colonizadores, al igual que después la elite criolla, no contaban con recursos médicos propios a través de los cuales atender a la población nativa ni «mestiza», por lo cual el principio de realidad conducía a dejar que los curadores tradicionales siguieran atendiendo a la población, como de hecho ocurrió. Y es por ello que esta medicina tradicional fue la dominante, salvo tal vez en Mérida, hasta finales del siglo xix y parte del siglo xx en Yucatán.

Respecto del papel contrahegemónico de los curadores tradicionales, y del cuestionamiento a la biomedicina como «instrumento» del capitalismo, podemos decir que a nivel teórico y sobre todo ideológico se han potenciado para sostener el rol contrahegemónico de las medicinas tradicional y alternativas, posiciones como las de Fanón, determinados productos del relativismo antropológico, y posiciones reaccionarias —en el sentido no político del término— tipo Ilich. A su vez, estas concepciones fueron impulsadas por experiencias políticas como la vietnamita y la china, que necesitaron apropiarse de formas de medicina tradicional para la cobertura de servicios médicos, y por organismos internacionales como la OMS, que impulsaron la formación de recursos humanos de bajo costo y escasa calificación técnica como recurso para expandir la atención primaria. De

esta convergencia resultaron propuestas diferentes y a veces contradictorias, que fueron a veces sintetizadas en función de diferentes objetivos político/sanitarios. Y así, por ejemplo, durante un lapso, el Sector Salud de países como México trató de usar los curadores tradicionales como recurso humano barato de cobertura médica; mientras en el mismo país y «a la misma hora» analistas veían en ésta y en otras actividades biomédicas medidas de control social e ideológico, así como en todo curador y actividad tradicional posibilidades más o menos subversivas contra la manipulación médica y social de los gobiernos de turno.

Este tipo irresponsable de análisis, por otra parte, frecuente en Latinoamérica, tiene la peculiaridad de que suele producirse a partir del análisis del discurso escrito o hablado, que es el discurso por excelencia de las clases dominantes a nivel manifiesto, lo que a nuestro juicio tiene dos implicaciones negativas. Una es de tipo metodológico, y recuerda que reducir el análisis de la práctica médica al discurso escrito y/o hablado supone un grave retroceso en la producción de conocimiento en ciencias sociales. No negamos la importancia del discurso escrito o hablado, sino sus límites metodológicos e ideológicos; permanecer en él, sin incorporar el procesamiento real por parte de los conjuntos sociales de ese y otros discursos, es colocar el eje del análisis en la palabra documentada, pero a partir de excluir las prácticas de los conjuntos sociales. La producción estructuralista francesa y sus secuelas han generado toda una serie de epígonos que reducen su práctica a la lectura del discurso, del discurso, del discurso.

La otra implicación refiere a la descontextualización abstracta generada por estos autores, según los cuales toda medida médica aparece como controladora por definición, sin observar quienes la impulsan y para qué; y conjuntamente quienes las utilizan y para qué. Este enfoque, en el caso yucateco, conduce paradójicamente a considerar que los actores sociales más controladores de los grupos subalternos serían aquellos que políticamente aparecen como los más progresistas. Y por lo cual, tanto Alvarado como Carrillo Puerto, dado su promoción de la educación universal —medida institucionalista—, sus controles sobre la prostitución y el alcoholismo —medidas controladoras—, su difusión del control de la natalidad —medida también institucional—, serían los controladores de las clases subalternas, y no solo la «casta dorada» yucateca. Más aún, la expansión de la biomedicina durante el siglo xx que contribuyó a reducir las altísimas tasas de mortalidad dominantes en Yucatan, sobre todo en las clases sociales subalternas, pasa para estos analistas a convertirse en

un enemigo o por lo menos en un controlador de esas clases, dado que la expansión biomédica ha contribuido a erosionar los núcleos culturales de las culturas nativas.

En 1922 se imprimieron en Mérida cinco mil ejemplares del libro de M. Sanger *The Birth Control* o la Brújula del hogar, que fueron repartidos por las Ligas de Resistencia. Y frente a las campañas desatadas contra esta difusión por los sectores más conservadores de la sociedad yucateca, el Diario Oficial de Yucatán publicó lo siguiente:

De una vez por todas, el Gobierno del Estado declara que no ha mandado imprimir, ni mucho menos repartir el folleto «La regulación de la natalidad» de la eminente doctora norteamericana M. Sanger; pero también, de manera categórica declara que se hace solidario de toda propaganda de reforma social que haga la Liga Central de Resistencia del Partido Socialista del Sureste, en bien de la humanidad y especialmente del proletariado (RICO, 1922:164).

Frente a propuestas de este tipo —al igual que frente a la expansión biomédica—, y antes de decidir a priori que constituyen medidas de control social, necesitamos observar cuales son los objetivos de estas medidas biomédicas, quienes las proponen y quienes las aplican; así como que consecuencias tienen las mismas para los sectores subalternos y no subalternos, y que papel cumplen los diferentes sectores y especialmente los subalternos en la propuesta y realización de las nuevas medidas.

Estas acotaciones más o menos metodológicas, y que se refieren empíricamente a Yucatán, apuntan a subrayar dos hechos; la predominante lectura ideologizada de los procesos de *s/e/a-p*, y la carencia de un análisis dinámico de las relaciones entre saberes biomédicos y tradicionales. Lo cual conduce a graves confusiones teóricas, de tal manera que las medicinas tradicionales, y frecuentemente las alternativas adquieren siempre un carácter contracultural, y la «científica» un carácter controlador. En principio señalemos que ambos saberes son potencialmente controladores, y que el contenido, «subversivo» o no, solo puede verse en el procesamiento de dichos saberes. Como dice Foucault:

La situación actual no se debe considerar en función de medicina o antimedicina, de interrupción o no interrupción de los costos, de retorno o no a una especie de higiene natural, al bucolismo paramédico. Estas alternativas carecen de sentido. En cambio, sí tiene sentido el tratar de comprender en qué consistió el «despegue» sanitario y médico de las sociedades de tipo europeo a partir del siglo XVIII. Importa saber cuál fue el modelo utilizado y en qué medida se puede modificar y por último, en el caso de las sociedades que no

conocieron ese modelo de desarrollo de la medicina, que por su situación colonial o semicolonial solo tuvieron una relación remota o secundaria con esas estructuras médicas y ahora piden una medicalización, a la que tienen derecho porque las enfermedades infecciosas afectan a millones de personas y no sería válido emplear argumentos, en nombre de un bucolismo antimédico, de que cuando estos países no sufran estas infecciones experimentarán enfermedades degenerativas como en Europa (FOUCAULT, 1976: 168).

Si bien las propuestas de Fanon me han ayudado a pensar los procesos de s/e/a-p en los términos que los estoy desarrollando, considero que la influencia más fuerte ha sido la del marxismo italiano dentro de los marcos teórico/ideológicos establecidos por Gramsci, pero también por Croce. Sin el análisis conjunto y conflictivo de estos dos autores se hace imposible entender el desfase teórico italiano respecto a las otras producciones marxistas. Justamente E. de Martino, a nuestro juicio el continuador teórico más importante de Gramsci en el campo de las ciencias etnológicas y sociales, expresa en su obra la influencia tanto de Croce como de Gramsci, señalando además que es incomprensible la producción de este último sin una permanente referencia al filósofo napolitano. Resulta increíble la suficiencia de tanto comentador de Gramsci que pareciera conocer a Croce solo por lo que dice aquél; da la impresión de que reconocer el historicismo de este último o de Lukacs es una suerte de pecado científico para gran parte de los marxistas. El stalinismo que llevan dentro varios politólogos marxistas va más allá de su propia reflexión teórica consciente<sup>77</sup>, lo cual obviamente no supone aceptar unilateralmente a Croce, ni idealizar filosóficamente a Gramsci, sino reconocer la influencia del primero como el principal intelectual orgánico de la burguesía italiana y como productor de alternativas teórico/ideológicas para los estratos sociales dominantes que tenían uno de sus ejes reflexivos en el problema de la autonomía de las superestructuras, y otro en la denuncia del materialismo mecanicista. El historicismo de Gramsci es ininteligible sin el historicismo de Croce, y no hay que tener miedo a «la miseria del historicismo» lo cual asume con toda claridad LUPORINI cuando concluye que «el historicismo aparece como la única interpretación adecuada del marxismo, y como la única relacionada con la política y la estrategia del partido comunista italiano» (citado por ANGELLINI, 1977:21).

77 Para observar la importancia de la relación dialéctica Croce/Gramsci, y de su influencia en una parte de la intelectualidad marxista italiana, ver R. BIANCHI BANDINELLI (1962).

Croce constituye para Gramsci el «gran intelectual» que expresa paradigmáticamente al bloque histórico dominante, tanto en su sintetización ideológica como en sus contradicciones. Es a partir de él que, en parte y a nivel teórico, puede desarrollar una revisión teórica de los procesos superestructurales, así como de la función e importancia de los intelectuales orgánicos en la producción del consenso, de la hegemonía, y de la «educación» ideológica de las clases subalternas. Pero, además, Croce le permite a Gramsci apropiarse, desde una perspectiva marxista, de algunos de los principales conceptos que aplicará a la situación italiana, ya que como señala correctamente ANDERSON «Gramsci construyó sus cuadernos de la prisión, en gran parte, como un diálogo constante y una crítica sistemática de Croce y adoptó la terminología y las preocupaciones del filósofo idealista en particular su interés por la historia ético-política» (1978:131). Y adoptó la terminología idealista, porque el marxismo carecía de conceptos para analizar la dimensión ideológico/cultural, siendo a partir de su crítica/diálogo con Croce, que Gramsci accederá al desarrollo del concepto de praxis, así como con la de hegemonía, ya que no solo los extrae de la tradición marxista (Lenin, Plejanov) sino también de Croce. Es por lo tanto a partir de la confrontación con la producción idealista, que Gramsci tiene acceso parcialmente a la dimensión ideológica «como una realidad objetiva y aparente».

Debe recordarse que nuestro amigo sardo discute su concepción de la ideología, de los intelectuales orgánicos, de las clases subalternas, no solo en función de la tradición marxista y paramarxista -se ha insistido en la influencia de Sorel-, sino, y básicamente, a partir del trabajo político con las clases subalternas italianas y de la discusión con los principales intelectuales orgánicos italianos que son, por otra parte, los principales exponentes de una teoría general sobre los intelectuales a partir de la formulación de las teorías sobre las élites. Tanto Croce y Gentile con sus concepciones idealistas sobre las superestructuras y sobre el «voluntarismo idealista» expresado en la teoría gentiliana del acto; como Mosca y Pareto, con sus teorías sobre las élites, constituyen los interlocutores orgánicos a partir de los cuales Gramsci debe precisar conceptos necesarios no solo para la lucha ideológico/teórica, sino, sobre todo, para la acción político-ideológica con y por las clases subalternas italianas.

Justamente de esta discusión entre las diferentes corrientes socialistas y liberales y los filósofos y sociólogos «idealistas», surgirán las diferentes posiciones que dominarán la escena política italiana. No puede ni debe

olvidarse que, en la discusión y apropiación de los conceptos de hegemonía, clases subalternas, la cuestión meridional, los intelectuales orgánicos, las «vanguardias», intervienen no solo Gramsci, Togliatti, Salvenini, Turati, sino también Benito Mussolini, desde una perspectiva primero socialista y después fascista. Gramsci necesita la noción de praxis respecto a la teoría gentiliana del acto, así como necesita establecer una relación masa/vanguardia en función del partido que se diferencie de otra teoría de las «vanguardias», las de Mosca y Pareto, y requiere precisar las funciones de la ideología, para distinguirla de las concepciones «míticas» del fascismo, para el cual también las funciones de lo ideológico eran establecer hegemonía y consenso.

Ya ha sido notablemente difundida la concepción gramsciana de la existencia, en toda sociedad clasista, de dos concepciones del mundo, la de la clase dominante y la de las clases subalternas; señalando que, para mí, Gramsci utiliza el concepto concepción del mundo en términos metodológicos, y por carecer de conceptos más apropiados, como señala P. ANDERSON respecto del aparato conceptual utilizado por este autor (1978). Una lectura crítica de Gramsci evidencia que está interesado sobre todo por la dinámica política e ideológica que opera en las relaciones de clase, lo cual no puede hacerse a través de un concepto que como el de concepción del mundo favorece el desarrollo de interpretaciones esencialistas y cosificadoras, y por lo tanto poco adecuado para las propuestas dinámicas desarrolladas por Gramsci. Pero, y lo subrayo, era el concepto con que este autor contaba, y además era el concepto que manejaban sus interlocutores idealistas.

Gramsci ha señalado la existencia de contraposiciones en la concepción del mundo de las clases subalternas respecto de las hegemónicas, pero que las mismas aparecen con frecuencia, -aunque no siempre-, como implícitas, como no conscientes. La concepción del mundo de estas clases aparece como «integración mutilada» de los sucesivos fragmentos de las concepciones del mundo de las clases dominantes, y es a través de ella que suele expresar sus contraposiciones. Pero además Gramsci reconoce que en la cultura tradicional hay «una serie de innovaciones frecuentemente creadoras y progresivas, determinadas espontáneamente por formas y condiciones de vida en procesos de desarrollo, y que están en contradicción o en relación diferente con la moral de los estratos dirigentes» (GRAMSCI, 1962:241). Este párrafo, frecuentemente citado, expresa tanto los límites como la apreciación positiva que Gramsci tiene del campesi-



nado, pero a partir de recordar que las posibilidades de contrahegemonía Gramsci las coloca básicamente en el proletariado industrial, teniendo siempre al campesinado un papel subordinado.

Además, este análisis gramsciano es aparentemente similar, -y subrayo lo de aparentemente-, a muchos análisis de los antropólogos culturales norteamericanos; y señalo esto, no para establecer fáciles similitudes, sino para conceptualizar ulteriormente el significado de dichas explicaciones, provenientes tanto del marxismo gramsciano como del culturalismo antropológico norteamericano.

Ahora bien, la existencia de dos concepciones del mundo y de la subordinación de las concepciones de la cultura subalterna, se relacionan con la función de la hegemonía en la producción y reproducción social. Según M. A. MACCIOCHI,

La intuición genial de Gramsci está en haber distinguido que dentro del estado el momento de la fuerza y el del consenso están dialécticamente unidos; (haber distinguido) un nivel superestructural, la hegemonía, que es también el del aparato ideológico hegemónico a través del cual el estado de clase ejerce su dirección y mantiene su liderazgo ideológico sobre la «sociedad civil». Es en este terreno donde se ejerce su hegemonía (1977: 154).

Es justamente en el análisis de la relación entre coerción y consenso donde Gramsci establece una diferencia significativa respecto de casi toda la producción marxista.

El énfasis de Gramsci en el proceso ideológico, en la constitución necesaria de un consenso que funciona estructuralmente y se verifica inclusive en los mecanismos de coerción, se desarrolla dentro de un contexto teórico donde determinados aportes de la producción académica están haciendo hincapié en algunos de estos procesos, fundamentalmente los del consenso. Esto ha sido indicado por Pizzorno y por Buci-Glucksmann, señalando que la sociología francesa había producido una concepción de la sociedad basada en el consenso o, como ellos lo denominan, en los diferentes tipos de «solidaridades», lo cual también había generado el culturalismo norteamericano. Pero, además, el leninismo, el llamado marxismo austrohúngaro, y Mannheim entre otros, habían discutido el papel de la *intelligentzia*, posibilitando el desarrollo de un amplio espectro de posibilidades para la misma, que van desde el intelectual «libre» al intelectual «comprometido», pasando por el intelectual «orgánico» gramsciano.

Si señalamos estas concomitancias y diferencias, no es solo para recordar que la discusión gramsciana sobre el papel del consenso y del intelectual era parte central del clima vivido entre los años 30' y 40', sino también para evidenciar el esquematismo y oportunismo teórico de una gran parte del marxismo mecanicista, que suele ignorar una producción teórica en la medida en que no se involucre total e institucionalizadamente con la propia tendencia. Esquematismo que tratará de ser superado por Gramsci, ya que el énfasis en los mecanismos ideológico/culturales del consenso, no conduce a Gramsci a ignorar o subordinar los mecanismos del conflicto y la contradicción en términos económico/políticos. Y esto es aún más notable en la medida en que,

Rompiendo resueltamente con la concepción de la ideología como ideología /ilusión o como simple sistema de ideas, Gramsci extiende el análisis y pasa de los aspectos más conscientes de las ideologías a sus aspectos inconscientes, materializados en las prácticas y las normas culturales aceptadas o sufridas. Las ideologías funcionan como agentes de unificación social, como cemento sobre una base de clase. Es más, la ideología, tendencialmente identificada con la concepción del mundo de una clase, impregna todas las actividades, todas las prácticas (BUCI-GLUCKSMANN, 1978: 79-80).

La producción gramsciana es, a nuestro entender, la única que, desde una perspectiva marxista y durante largas décadas, intenta articular las relaciones de consenso y de coerción, pero ponderando el consenso dominante y sin ignorar el proceso clasista que en él se constituye. Esta afirmación de la importancia de la construcción del consenso no conduce a Gramsci al funcionalismo ni al idealismo, sino a la profundización teórica del marxismo respecto a un área que, utilizada monolíticamente por la política stalinista, aparece negada como campo de análisis teórico/político. Gramsci es el único dirigente de un partido comunista que se plantea una concepción que implícitamente señala la función del stalinismo —y especialmente de Stalin— en la URSS, pero que al mismo tiempo permite dar un salto cualitativo tanto respecto de las tendencias economicistas como de las neohegelianas y fenomenológicas dominantes. Como dice BUCI-GLUCKSMANN:

Y éste es el verdadero problema en juego: no se trata de un culturalismo idealista que desplaza al marxismo y al leninismo del campo de la dialéctica histórica hacia el de la «cultura», sino más bien de una reproblematicación de las

relaciones económicas y políticas excluyendo de su campo de análisis todo economicismo, tanto liberal como «marxista», para introducir de esta forma un nuevo modo de afrontar el problema de los intelectuales y del estado solo de esta manera la cultura forma parte de una teoría materialista (1978: 235).

El análisis generado por Gramsci inhibe la postulación de fáciles recetas que expliquen los procesos de dominación de clase por el «maquiavelismo» de los sectores dominantes o por el atraso de las clases subalternas; ya que su análisis requiere de manera ineludible la situación históricamente determinada, que permite observar cómo se da la relación de fuerzas económico/políticas y también, y estructuralmente, de fuerzas ideológico/culturales.

Comentando el concepto de hegemonía señala MACCIOCHI:

Si nos preguntamos por qué una crisis económica, como la de 1929 o un momento culminante de la lucha anticapitalista como en 1968 en Francia o 1969 en Italia, pueden ser luego reabsorbidos y dirigidos por el sistema capitalista, se puede responder que ello se debe a que la parte resistente de la estructura utiliza como escudo protector del capitalismo toda una red de relaciones superestructurales, cierta manera de concebir la vida y la organización social, que coincida con los intereses del poder; en consecuencia el explotado en su «sentido común», en sus «creencias», adopta a través de esa mentalidad difusa, el modo de pensar, es decir, la ideología que el explotador le ha impuesto. La dominación ideológica sirve precisamente a la clase hegemónica para crear una conciencia alienada en las clases oprimidas y disimular así las contradicciones inmediatas en las que se debate la sociedad civil dividida en clases (1977: 165).

Pero esta «adopción» por parte de las clases subalternas no solo se da por los imprecisos procesos que señala Macciochi, y que se reducen en gran parte a la palabra alienación, sino por toda una serie de mecanismos que deben ser analizados en todo contexto, y en los cuales pueden operar, y de hecho operan, por ejemplo, la eficacia comparativa que sectores de la clase subalterna encuentran, por ejemplo, en la medicina «moderna» que soluciona graves problemas de salud, que no solucionaban sus terapéuticas precapitalistas. Eficacia que puede ser parte del proceso de alienación, pero eso hay que demostrarlo.

Ahora bien, especificado lo anterior y tratando de precisar conceptualmente los aportes gramscianos, debemos preguntarnos cuáles son las clases subalternas para Gramsci y qué función cumplen en el proceso de cambio. De sus trabajos surge con absoluta claridad que la lucha por la

obtención de la hegemonía está localizada siempre en el proletariado industrial, y esto aparece de manera aún más acentuada en los análisis de sus principales textos políticos. En éstos no hay casi referencias al campesinado como clase revolucionaria y, cuando las hay, esta clase juega un rol subordinado. Esto no niega que ideológicamente Gramsci considere al campesinado como «un componente esencial de la revolución proletaria», pero tanto en «La cuestión meridional» como en «Las tesis de Lyon» dicho sector no solo aparece como subordinado sino incluso como reaccionario. Así, Gramsci y Togliatti, al analizar la dinámica de clases sociales en Italia, señalan que, el nuevo desplazamiento masivo de las ideologías de carácter nacionalista de la pequeña burguesía y del campesinado hacia el proletariado son contrarias al marxismo, e indican reiteradamente que es el proletariado industrial el único que puede producir una transformación revolucionaria, y que el campesinado solo puede serlo en la medida en que se relaciona con la clase obrera (GRAMSCI, 1977:226).

Esta concepción aparece aun con mayor relevancia cuando Gramsci analiza la cuestión meridional:

El Messogiorno puede definirse como una gran disgregación social; los campesinos, que son la gran mayoría de su población, no tienen ninguna cohesión propia. La sociedad meridional es un gran bloque agrario constituido por tres grandes estratos sociales: la gran masa campesina amorfa y disgregada, los intelectuales de la pequeña y media burguesía rural, los grandes terratenientes y los grandes intelectuales. Los campesinos meridionales se encuentran perpetuamente en fermentación, pero como masa son incapaces de dar una expresión centralizada a sus aspiraciones y a sus necesidades. El estrato medio de los intelectuales recibe de la base campesina los impulsos de su actividad ideológica y política. Los grandes propietarios, en el terreno político y los grandes intelectuales en el terreno ideológico centralizan y dominan en última instancia, todo este conjunto de manifestaciones (GRAMSCI 1977: 318).

Y agrega:

Hemos dicho que el campesino meridional está ligado al gran terrateniente por medio del intelectual. Este tipo de organización es el más difundido en el mediodía continental y en Sicilia. Forma un monstruoso bloque agrario que en su conjunto funciona como intermediario y guardián del capitalismo septentrional y de los grandes bancos. Su único fin es el de conservar el statu quo (1977: 321).

Ésta es la definición de la función del campesinado meridional según Gramsci; y es pensando en esta clase que escribe:

La historia de los grupos sociales subalternos es necesariamente disgregada y episódica. No hay duda de que en la actividad histórica de estos grupos hay una tendencia a la unificación, aunque sea a niveles provisionales; pero esa tendencia se rompe constantemente por la iniciativa de los grupos dirigentes y, por tanto, solo es posible mostrar su existencia cuando se ha consumado ya el ciclo histórico y siempre que esa conclusión haya sido un éxito. Los grupos subalternos sufren siempre la iniciativa de los grupos dominantes, incluso cuando se rebelan y se levantan (1977: 361).

Estas citas son solo una muestra del pensamiento gramsciano, y por supuesto otros analistas podrían extraer otras referencias de este autor, pero considero que las establecidas expresan lo estructural de la posición gramsciana. Queda claro que para Gramsci son los sectores dominantes los que sintetizan el proceso en su conjunto, desarticulando y subordinando a las clases subalternas a través de la coerción y de la hegemonía. Resulta evidente para éste autor que la clase obrera es la única que puede generar una alternativa a la hegemonía de la burguesía, que el campesinado es el sector más hegemonizado por la cultura dominante, y que solo puede cuestionar la ideología que lo hegemoniza a través de una alianza con los obreros. Es a partir de esta matriz básica que podemos tal vez profundizar algunos núcleos teóricos de esta problemática.

Un autor argentino ha tratado de aplicar la concepción gramsciana a América Latina, aun cuando de hecho su marco de referencia específico es Argentina, y concretamente el problema del peronismo y de la «clase obrera peronista». Según Portantiero:

Toda la historia política de América Latina es la historia del proceso de incorporación y de las tentativas de exclusión de estos nuevos sectores en el modelo más simple surgido hacia finales del siglo XIX. Es dentro de esta dialéctica de inserción/rechazo en la comunidad política que se va constituyendo una voluntad popular como expresión histórica de la movilización de las clases subalternas (PORTANTIERO 1977: 70).

Agregando:

La historia de la emergencia de las clases populares no puede ser asimilada con el desarrollo de grupos económicos que gradualmente se van constituyendo socialmente hasta lograr coronar esta presencia en el campo de la política como fuerzas autónomas. Su constitución como sujeto social está moldeado por la ideología y por la política desde un comienzo: cuando aparecen en escena lo hacen de la mano de grandes movimientos populares y su emergencia coincide con desequilibrios profundos en toda la sociedad, con crisis del estado (1977: 70).

Y concluye:

El nudo del problema es que las clases populares se constituyen históricamente como tales con un peso marcado de elementos ideológicos y políticos, dentro de sociedades desarticuladas por los fuertes criterios de exclusión que pusieron en vigencia desde un principio las clases dominantes. En estas condiciones, la movilización popular ha sido siempre la única garantía para que los sectores medios quebraran las barreras de aislamiento levantadas por las oligarquías. La observación gramsciana acerca de los campesinos italianos, quienes para poder ser incorporados a la lucha socialista debían ser comprendidos no como categorías económicas, sino como sujetos históricos marcados por determinaciones geográfico/culturales e ideológicas, vale como pauta de suma importancia para el análisis de las clases en América Latina. La primera forma de identidad de las masas arranca de su sentimiento de exclusión social pero también nacional, económica y política (1977: 71-72).

Todo esto culmina con la interesante observación:

La forma particular de conformación como sujeto social de las clases subalternas en la situación de dependencia, marcada por la ideología y por la política, determinada desde sus orígenes por un impulso «nacional y popular» hacia la constitución de su ciudadanía es, al menos para el político, un dato de tanta «dureza» como los que pueden surgir de las estadísticas económicas. ¿Qué son los trabajadores argentinos sin la referencia al peronismo o los mexicanos sin el proceso ideológico que se abre en la sociedad en la primera década del siglo? ¿Qué sino una entelequia, una categoría libresca? Todos estos procesos «políticos» son parte de una historia estructural, el terreno desde donde arranca su identidad colectiva «nacional», su forma de superación del corporativismo como entrecruzamiento de economía, política y cultura en un concreto real (1977: 75).

Lo transcrito en nombre de Gramsci lo ha sido por dos razones; una para intentar profundizar a Gramsci, y otra para observar los «usos de Gramsci», ya que gran parte de las afirmaciones «marxistas» del sociólogo argentino parecen ser un «descubrimiento de la izquierda nacional» y de sus aportes teórico/ideológicos<sup>78</sup>, cuyos ejes provienen no precisamente de Gramsci sino de Trotsky y/o de posiciones neohegelianas. Estos autores no discutieron el problema de las clases subalternas, sino que trataron de hallar la condición «nacional» de la clase obrera, así como la justificación

78 Ver entre otras, la producción de R. Puigrós, E. Hernández Arregui, J. A. Ramos, A. Jaurêche.

ideológica de la misma y del movimiento peronista, lo cual en términos tanto políticos como teóricos constituye otro problema. No discuten el problema de la hegemonía ni la función de las clases subalternas en su conjunto, es decir, los conceptos eje del análisis gramsciano.

Pero lo que consideramos más grave en Portantiero no es tanto estos «olvidos» sino la ausencia de descripciones y análisis de situaciones históricamente determinadas, ya que esta falta de especificidad conduce a generalidades que no resisten los análisis, ni casuísticos ni comparativos. Cuando habla de clases populares y/o subalternas, ¿qué y cuáles son en las situaciones históricamente determinadas? Es decir ¿cuáles son esas clases en los casos de Argentina y México que este autor cita? Cuando establece afirmaciones respecto de algunos países de Latinoamérica, que se dan casi en forma similar en España, Italia y más aún en Grecia o Rumania, ¿dónde colocamos entonces nuestra especificidad? Suponer que la identificación nacional y los criterios de exclusión son determinantes únicamente de nuestros procesos nacionales, supone ignorar los procesos concretos que operan en los países capitalistas de diferente nivel de desarrollo. ¿Dónde colocar la cuestión vasca, dónde la cuestión sarda, pero también dónde la cuestión bretona o la escocesa? ¿Dónde ubicar situaciones como la de Francia, así como de otros países de capitalismo temprano, donde el voto general solo se implanta en la segunda posguerra, ya que hasta 1945 gran parte de la población estaba excluida, como aún lo están las masas laborales que migran de otras partes de Europa y África?

Además, suponer que la identificación nacional constituye un paso básico para la conquista de la hegemonía representa una propuesta que no solo no toma en cuenta las situaciones señaladas, sino que implica cosificar los procesos en lugar de analizar las situaciones históricamente determinadas. La facilidad con que se afirma una construcción clasista en nuestros países a través de lo ideológico y lo político, por oposición a países capitalistas, donde la construcción se daría de otra manera, es la demostración de un «uso de Gramsci» que lo orienta hacia consecuencias que están desconociendo los principales aportes gramscianos. Debemos recordar que el principal trabajo crítico y político de Gramsci reside en colocar, integrar, estructurar lo ideológico y lo político, junto con lo económico, como constitutivo de la lucha por la hegemonía: y que de hecho dicha estructuración existe en toda sociedad capitalista y, yo señalaría, en toda sociedad actual, incluidas las autodenominadas «comunistas».

Creo que el trabajo de Portantiero basado supuestamente en Gramsci, expresa una práctica teórica en la cual la generalidad reemplaza justamente el análisis de situaciones históricamente determinadas. Y aquí es donde el aporte de Gramsci queda reducido a lo que no es, ya que no solo no se describen y analizan procesos históricosociales concretos, sino que sobre todo no observamos cómo actúan los sectores sociales subalternos en dichos procesos. Lo cual, y lo recuerdo, no es solo un problema de este autor, sino en general de la producción marxista, de tal manera que para saber lo que es la clase obrera en Argentina necesitamos recurrir a la literatura, dado que casi no existe producción tanto académica como política sobre dicha clase. ¿Dónde están los estudios no tanto sobre la constitución de las clases subalternas argentina, mexicana o peruana, sino sobre sus representaciones y prácticas sociales cotidianas, por ejemplo, respeto de los procesos de *s/e/a-p*? Casi nada por aquí ni por allá, mera suposición ideológica.

Esta carencia resulta aún más notable, cuando la comparamos con los aportes de un autor que, como de Martino, trata de entender la cultura e ideología y los comportamientos de las clases subalternas a través de un enfoque gramsciano que aplica al campo de lo religioso y de la enfermedad pensados en términos de relaciones de hegemonía/subalternidad. Y que además lo hace en el *Mezzogiorno*, respecto del cual, Gramsci produjo algunos de sus más lúcidos aportes. Toda la producción de este etnólogo, es un intento de interpretación de la situación y posibilidades de las clases subalternas meridionales de Italia, y en la cual están permanentemente incluidas su concepción teórica y sus orientaciones políticas. Y así de Martino encuentra que las clases subalternas han producido una cultura que trata de proteger a sus miembros de los riesgos estructurales dentro de los que viven; un riesgo en gran medida generado por el proceso de explotación clasista y colonial. A partir de este reconocimiento, de Martino se pregunta si las clases subalternas son capaces de establecer una alternativa, que vaya más allá de los mecanismos a través de los cuales tratan, a nivel imaginario, de controlar las consecuencias amenazantes de los riesgos, y que frecuentemente realizan a través de un mundo mágico que les permite asegurar la continuidad de su cultura, pero también asegurar la continuidad de la dominación y hegemonía de los grupos dominantes.

De Martino, en su temprano análisis de los movimientos políticos e ideológicos coloniales, propone un proceso que denomina «historización de lo arcaico», y así observamos que en 1949 publicó un ensayo titulado «En torno al mundo popular subalterno» (en DE MARTINO, 1975), en el



cual plantea la necesidad de historización del mundo popular, lo cual podría generar cambios a partir de los elementos propios de las clases subalternas. Pero, además, propone producir una «barbarización de la cultura» global, asumiendo que dicha barbarización es necesaria, para poder construir un desarrollo cultural común a todos los sectores sociales. Esta propuesta, que anticipa discusiones teóricas que se darían ulteriormente a nivel general respecto de la revolución cultural china; y en Argentina a raíz del peronismo, condujo dentro de la izquierda italiana a una profunda discusión que se prolongó hasta los primeros años de la década de 1950<sup>79</sup>, subrayando que a partir de esta propuesta, de Martino fue acusado de irracionalista, historicista y/o populista, críticas que por otra parte operarán constantemente sobre gran parte del pensamiento influenciado por Gramsci.

El proceso de barbarización planteado por de Martino no solo era un emergente de la historización, sino que constituía la posibilidad de ir generando una cultura alternativa respecto de la «cultura hegemónica»; y depositaba dicha alternativa en la transformación de la cultura de las clases subalternas, pero a partir de sus propios elementos; elementos que aparecían como «inferiores», como «retrasados», como un ataque a la «alta cultura», según una parte de los críticos a De Martino. No obstante, esta posibilidad alternativa no aparece ulteriormente desarrollada en su obra, mientras lo que sí profundiza son las condiciones de la cotidianeidad oprimida de las clases subalternas, así como la descripción de las «técnicas de supervivencia» de las mismas.

En 1954 de Martino propone, en un congreso convocado para estudiar el problema de las áreas atrasadas, que junto con la «miseria económica» sería básico estudiar la «miseria psicológica» y la «miseria cultural» de estas clases. El atraso económico y social aparece relacionado con formas de disociación y disgregación de la personalidad, con el hambre, con la tremenda mortalidad infantil, la inexistencia de atención médica, la desocupación, así como con la persistencia de creencias populares mágicas. De Martino sabe muy bien que la disociación y disgregación psicopatológica, así como los cuadros paranormales, no son patrimonio exclusivo de las áreas atrasadas en términos económico/políticos; pero también sabe que en éstas áreas constituyen frecuentemente una de las posibilidades

79 Para una revisión de esta problemática en la izquierda italiana, ver P. ANGELLINI (1977).

que los sujetos tienen de «escapar» a la situación que están viviendo. Así como también sabe que en estas áreas pueden emerger dichas psicopatologías con mayor frecuencia y con consecuencias de mayor gravedad.

Es justamente en este «riesgo» permanente, donde no solo se puede perder la vida, sino muchas veces la «conciencia», que el etnólogo italiano halla las explicaciones a los comportamientos de una clase subalterna que deshistoriza permanentemente la realidad para poder conjurar el «riesgo». El «mundo popular subalterno» necesita detener la historia, repetir la vida para conjurar los riesgos, aunque esto no modifique los procesos de explotación y dominación y sus consecuencias. De tal manera que el enfrentamiento a las situaciones más críticas —enfermedades, muertes, catástrofes—, se logran a través de la deshistorización de los procesos mediante la aplicación de técnicas mágicas:

La magia lucana constituye un conjunto de técnicas que intenta proteger al individuo de la crisis, de la «miseria psicológica», y por lo tanto darle capacidad de operar con sentido realista dentro de la racionalidad de su cultura. En el mundo lucano no solo el hambre o la enfermedad tienen un particular relieve, ya que existe el riesgo, aún más grave, del naufragio de la misma presencia individual, que mediante la acción debe poder enfrentar con sentido realista el hambre, la enfermedad y cualquier otra situación crítica de la existencia (DE MARTINO 1958: 95).

Así fundamenta este autor la persistencia de las técnicas mágicas, del curanderismo *shamánico*, que el médico moderno no puede reemplazar hasta que no cambien las condiciones dominantes. Pero, y son las preguntas que nos interesa pensar ¿cómo supera la cultura subalterna esta situación de miseria local?; ¿en qué medida las técnicas que deshistorizan el riesgo pueden superarlo y cambiar la situación real, y no solo simbólicamente? Respecto de las cuales, de Martino, no da una respuesta roussoniana tan frecuente en los antropólogos latinoamericanos, ni pretende convencernos de que la dinámica económica del campesinado basada en la autoexplotación autónoma o dependiente tiene caracteres positivos en términos ecologistas. Sino que, de Martino, que estudió reiteradamente la medicina tradicional del sur de Italia, recuerda la existencia de una tremenda mortalidad infantil en el campesinado meridional, así como una alta frecuencia de cuadros psicopatológicos, de la presencia endémica de las enfermedades infectocontagiosas, de la «miseria psicológica». Y es acerca de estos hechos, y no de la mera dinámica económica del campesinado, que este autor produce su lectura de la «miseria social» del mismo,

y de las posibles alternativas. Proponiendo que aun cuando la cultura popular proteja y posibilite la continuidad de esa cultura popular, y que inclusive posibilite el surgimiento de contrahegemonías, no obstante, lo que más contribuye es a generar pasividad en el campesinado, y a reproducir la dominación. Para este autor, solo la historización, es decir la ruptura, puede conducir a la producción de una alternativa por parte del campesinado.

Ahora bien, las propuestas de Ernesto de Martino fueron aparentemente desautorizadas desde los 50' y sobre todo los 60' por una serie de tendencias que describen, analizan e inclusive tratan a los sujetos sociales «subalternos», que cuestionarían, o por lo menos, establecerían una «diferencia» respecto a la hegemonía/dominación generada por los sectores sociales dominantes de las sociedades capitalistas avanzadas. Estos sujetos fueron desde los adolescentes, los drogadictos, los enfermos mentales, pasando por el lumpen proletariado, los «marginales» e inclusive el campesinado (E. L. MENÉNDEZ 1975, 1979a). Todos estos «Otros» aparecen como ejemplos de una «diferencia» que el orden dominante trataría de controlar o encapsular, dado que lo cuestionan. Pero, si bien estos sujetos pueden suponer un cuestionamiento a la dominación y sobre todo a la hegemonía, no tienen objetivos y significaciones similares, ni hasta ahora se observa una articulación entre ellos. Más aún, la mayoría de dichos sujetos sociales no han generado alternativas, ni siquiera utópicas.

Considero que una falta de reflexión teórica así como los apresuramientos ideológicos, han permitido y siguen permitiendo generalizaciones arbitrarias a partir de «otredades» diferentes. La otredad de los regionalistas «bretones», de los «desviados» o de las mujeres solo tienen en común la afirmación de la diferencia para desarrollar objetivos diferentes. La aplicación de conceptos y de interpretaciones similares a los diferentes «Otros», ha conducido a desaguisados teóricos y políticos, debido a la facilidad con que han encontrado objetivos cuestionadores del orden dominante en los diferentes «Otros». Antropólogos, psiquiatras, científicos sociales en general, plantean con increíble superficialidad que el colonialismo, que el capitalismo, que el imperialismo buscan eliminar la diferencia; y además comparan esta tendencia con sociedades que solo existen en sus propias fantasías, en la medida en que la mayoría de las sociedades, y sobre todo las campesinas, se han caracterizado por negar o eliminar la diferencia -es decir de los «Otros»- al interior de sí mismas, mucho más que las sociedades de capitalismo avanzado.

Esto obviamente no supone justificar las sociedades capitalistas, sino constatar los procesos negativos que ocurren en las sociedades «alternativas»; pero, además, la diferencia en sí no puede ser establecida como un valor, puesto que la diferencia, tanto como la no diferencia, han servido y pueden servir de mecanismos de dominación, y de justificación de atrocidades como ha ocurrido con la «diferencia» nazi que trató de exterminar las «diferencias» judías, gitanas y gay entre otras. En términos abstractos y no contextualizados puede afirmarse «el derecho a la diferencia», pero la diferencia ha servido en sociedades históricamente determinadas para garantizar aún más determinadas expresiones de dominio colonial, como fue el caso de las políticas coloniales de gobierno indirecto británico (E. L. MENÉNDEZ, 1969). Más aún, lo «tradicional» ha sido frecuentemente una diferencia sostenida y mantenida por la cultura dominante para asegurar su hegemonía.

A nuestro entender es nuevamente la etnología italiana de raíz gramsciana, a través de Lombardi-Satriani, continuador de la obra crítica de E. de Martino, la que ha sintetizado con mayor claridad teórica las condiciones alternativas de la «diferencia tradicional». Recordemos que este autor tiene como objeto de trabajo el campesinado del sur de Italia, y en particular el campesinado calabrés, y que para él las clases subalternas «en sí» presentan en su cotidianeidad testimonios culturales contrapuestos a los de la cultura hegemónica. Pero esta contraposición no supone oposición y menos contradicción, y en muchos casos implica la afirmación de elementos reaccionarios ya superados por la cultura dominante, como por ejemplo los referidos a la situación subordinada de la mujer en dichas clases subalternas.

No obstante, LOMBARDI-SATRIANI considera que,

La resistencia cultural de las clases subalternas a la absorción por parte de la cultura hegemónica tiene el valor, a nuestro juicio, de «alegar otros testimonios», contrapuestos respecto de la autoproclamada universalidad de algunas formas culturales de la clase en el poder. En el mundo popular subalterno, es distinguible, por consiguiente, en el interior de un comportamiento globalmente soportado, uno distinto, que a nivel muy general es contestatario, si contestatario es como nosotros creemos aquel comportamiento que es «otro» que el comportamiento producido por la ideología dominante: esto es, un comportamiento que potencialmente se autogobierna (1978: 33).

Pero agregando que

Queda claro, sin embargo, que el folklore no puede ser comprendido teniendo en cuenta exclusivamente la clave contestataria por nosotros propuesta, en cuanto él desarrolle también una función adaptativa respecto de la sociedad en la que viven los individuos pertenecientes a la clase subalterna. Desde este punto de vista el folklore se presenta globalmente como un conjunto de respuestas producidas o de todos modos aceptadas por la clase subalterna, a una realidad social caracterizada por el dominio de clase. Tales respuestas pueden ser, como fundamentalmente son, de abierta oposición, de oposición velada y de aceptación, pero en todo caso suministran al individuo culturalmente subalterno, el andamiaje ideológico apto para integrarlo, aunque relativamente, en su sociedad; para socializarlo, para canalizar sus propuestas, para justificar el malestar en el que está obligado a vivir, para cubrir diluyendo las responsabilidades históricas concretas... Que el folklore es una cultura dominada está probado también por su paradójico «destino»: debiendo cuestionar, en cuanto cultura «distinta», la cultura hegemónica y la clase dominante que tal cultura mediata o inmediatamente te produce, termina por poner en práctica ella misma los intereses de la clase a la que debería oponerse (1978: 34).

Este autor en sus diversos trabajos, trata de plantear la función potencial y contradictoria de la cultura tradicional, evitando generalizaciones; y así, si bien afirma que casi toda la producción de las clases subalternas constituye una contraposición respecto de la cultura dominante, reconoce sin embargo que solo en las situaciones específicas pueden observarse dichas contraposiciones, y sobre todo su papel cuestionador al sistema dominante. En función de esto distingue cuatro posibilidades de impugnación/aceptación, concluyendo que,

Aquí termina por revelarse la objetiva ambigüedad de la cultura folklórica; ella es impugnadora, explícita o implícitamente y en los diferentes niveles de la cultura en el poder, pero ésta última trata continuamente, y casi siempre lo logra, de absorber y hacer prácticamente inoperante la función impugnadora, potenciando en cambio lo narcotizante, razón por la cual una cultura nacida esencialmente para enfrentar al poder, termina por convertirse en una cultura funcional al poder (LOMBARDI-SATRIANI 1975: 196).

Resumiendo lo analizado hasta ahora, observamos que, respecto de los campesinados en particular, las concepciones dominantes en el campo marxista lo han considerado sucesivamente como un sector reaccionario, o simplemente subordinado, y en algunas situaciones como un posible aliado de la clase obrera. Y que, si bien existen potencialidades contrahegemónicas, lo dominante ha sido su papel pasivo, y su subordinación a los

sectores hegemónicos. Y en esto coinciden con varias de las propuestas de la antropología culturalista.

En todas las concepciones señaladas hasta ahora, salvo en algunas propuestas populistas y en las fanonianas, el campesinado no aparece como el productor dinámico e inicial de los cambios y transformaciones; más aún, en las propuestas que lo ponderan como sector alternativo su dinámica, sin embargo, aparece como básicamente «reactiva». Los elementos dinámicos del proceso de explotación, dominación y hegemonía están colocados en la clase dominante, mientras los que plantean alternativas y luchan por ellas son el proletariado industrial y los intelectuales orgánicos, y ambos sectores se organizan a través de partidos políticos, por lo menos en los países capitalistas.

### *Las disputas por el campesinado*

Ahora bien, será a partir de estas consideraciones teórico/ideológicas sobre las clases subalternas, y especialmente sobre el campesinado, que revisaremos dos discusiones teórico/ideológicas sucesivas que se han dado para la situación mexicana, pero cuyas consideraciones pueden ser extendidas, por lo menos, a otros países de América Latina. Nos referimos a las discusiones sobre la dinámica social de los campesinados que se dieron en las décadas de 1960 y 1970, y cuyas propuestas polares para la primera década estuvieron en los textos de Foster/Erasmus por una parte y de Huijzer por otra; y en toda una serie de científicos sociales identificados como campesinistas y descampesinistas para la década de 1970. A nuestro juicio, aunque en un nivel político diferente, las dos controversias constituyen una continuidad teórico-ideológica, de propuestas generadas en las décadas previas, y posibilitan comparar sus análisis y propuestas económico/políticos con lo que hemos observado en Yucatán.

En la primera controversia actuaron como detonadores la producción de varios antropólogos culturales norteamericanos y la crítica de un experto internacional holandés. Todos ellos tenían experiencia en países latinoamericanos, en especial de Mesoamérica; en los casos de Foster y de Erasmus, aunque con diferencias, parten de un enfoque culturalista no conflictivo elaborado por las diferentes corrientes teóricas norteamericanas entre las décadas de 1920 y 1950 (E. L. MENÉNDEZ, 1975), recordando que este enfoque está en la base ideológica y teórica de la mayoría de los

antropólogos mesoamericanos, tanto los marxistas como los que no se asumen como tales, y me refiero a J. de la Fuente, R. Pozas, G. Aguirre Beltrán, A. Marroquín.

Los conceptos disparadores de la polémica fueron el del «bien limitado» de FOSTER (1965, 1972) y el del «síndrome del encogido» de ERASMUS (1970), que remiten a una concepción que no solo refiere a la situación del campesinado latinoamericano, sino también a la de las otras clases subalternas tanto en países de capitalismo avanzado -en particular Estados Unidos- como de capitalismo tardío, y me refiero concretamente a los estudios comunitarios de Banfield en Italia, de Pitt-Rivers en España, y de Fried en Grecia.

Los puntos básicos de estas propuestas son que toda comunidad tiende al equilibrio entre sus actores sociales para intentar evitar el conflicto, dado que éste aparece como negativo pues amenaza la integración y continuidad de la comunidad. Y es por ello que se desarrollan una serie de mecanismos para mantener la homogeneidad y evitar la desigualdad social y económica, lo cual según Foster es producto de la escasez, es decir, de la existencia de «bienes limitados». Esto conduce a generar mecanismos, como la envidia, que simultáneamente promueven el individualismo y aseguran la nivelación hacia abajo, de tal manera que la posibilidad de mejorar la situación económica no se dará en términos comunitarios. Por lo tanto, estas propuestas no niegan que se produzcan cambios, sino que los remiten a dos posibilidades; una generada por las políticas estatales a través de programas educacionales, de salud, de reforma agraria estatal, que según Foster solo pueden tener eficacia «en la medida que los elementos introducidos estén dentro del rango de experiencias y creencias de la comunidad». Y otra, sobre todo propuesta por Erasmus, que sostiene que los cambios son generados por ciertos individuos que deciden mejorar su situación socioeconómica. Ambas propuestas son gradualistas, pero mientras la propuesta de Foster ve el motor de cambio en las políticas de estado, Erasmus lo ve en el desarrollo de los individuos.

Las ideas de Foster y de Erasmus corresponden a las tradiciones académicas y políticas del liberal/evolucionismo, pero también del pensamiento conservador e inclusive del socialismo, que manejaron una imagen dominante de la «miseria campesina». Dichas ideas son parte de «la gran tradición» (NISBET, 1969), entroncando con las concepciones tocquevillianas, recuperadas en gran medida por el funcionalismo norteamericano,

según la cual serán los sectores medios los dinamizadores del cambio<sup>80</sup>. Pero, además, constituye un cuestionamiento de las posturas ideológicas desarrolladas por una parte del relativismo antropológico, que había asumido la concepción roussoniana del «primitivo» y por extensión de «los campesinados».

Respecto de estas interpretaciones Huizer plantea una serie de críticas, que además de negar -o mejor dicho reinterpretar-la «apatía» del campesinado, su conducta desconfiada, su negación a apropiarse de determinados cambios, trató de dar una explicación diferente a dichas conductas. Para este autor esas características conductuales podrían ser interpretadas no como meras actitudes pasivas, sino como respuestas socioculturales alternativas, ya que según HUIZER

Algunos observadores dan la impresión de que estiman que son parte de una general «subcultura» del campesinado, características como la desconfianza, la falta de espíritu innovador, el fatalismo, el apego a la familia, la dependencia del gobierno y la falta de una tendencia cosmopolita, y no destacan el hecho de que esta subcultura puede estar determinada por una «cultura de la represión» como la que prevalece en las zonas rurales de la mayor parte de América Latina (1973: 44).

Este desconocimiento de la «cultura de la represión» por parte de muchos antropólogos culturalistas, no niega que sus datos correspondan, aunque sea parcialmente, a lo que ocurre en las sociedades campesinas, ya que, por ejemplo, solo en determinadas situaciones el campesino es cooperativo.

Si bien hay una notoria diferencia entre los datos cualitativos que manejan Foster y Erasmus, respecto de los que maneja Huizer, no cabe duda que es correcta la crítica de este autor respecto de que gran parte de los antropólogos no solo no manejan datos históricos ni estructurales al analizar los procesos comunitarios, sino que los mismos no son parte de sus marcos teóricos ni empíricos. Ya que, si bien no se pueden entender las «apatías» de los campesinados sin los estudios microsociológicos en profundidad, tampoco pueden ser entendidos sino incluimos los procesos no comunitarios que los condicionan. Y así cuestionando el enfoque de Foster aplicado a comunidades de Michoacán, HUIZER señala:

80 Para una visión de la propuesta tocquevilliana consultar R. NISBET (1969) y para una correcta crítica de las propuestas académicas centradas en la importancia de los estratos medios, ver J. GRACIARENA (1976).



Es posible que en las comunidades en que la lucha agraria fue reprimida en sus inicios y de una vez por todas, el resultado fue un estado de apatía y suspicacia como el descrito por Foster; parece que en esas comunidades la suspicacia y la «resistencia al cambio» se notó particularmente cuando se emprendieron pequeños esfuerzos para el mejoramiento de la comunidad... Es de preguntarse cómo hubieran reaccionado los campesinos que vivían en esas circunstancias, si los visitantes de las dependencias para el desarrollo hubieran llegado a ayudarles a luchar en contra del sistema represivo, en vez de presentarse con esquemas de mejoras pequeñas, que más que aliviar acentúan el estado de frustración en que viven los campesinos (1973: 98-99).

Más aún, este autor crítica los conceptos —como resistencia al cambio— que manejan estos antropólogos para caracterizar al campesinado, ya que tienden a cosificarlos y a establecer una expectativa no dinámica respecto de ellos, considerando que si el concepto «cultura de la represión» se lo manejara como un concepto dinámico y no estático, es decir «como algo impuesto al campesino, más que como una característica inherente de su vida, uno puede afirmar que la «resistencia al cambio» de los campesinos es una reacción y está condicionada por la «resistencia al cambio» de los que tienen poder sobre los campesinos, la élite territorial» (113).

Pero, desgraciadamente, señala Huizer, se ha estudiado muy poco a esta élite. Aquí aparece subrayada la necesidad no solo de incluir materiales económicos/políticos y culturales generales y no solo comunitarios, sino información sobre los sectores sociales dominantes y de sus mecanismos de dominación. Lo cual no solo demanda Huizer, sino en cierta medida también Foster y Erasmus, y es por ello que este último autor le recuerda a Huizer que él no desconoce la historia de la represión, lo cual es correcto, aunque debemos reconocer que la misma juega un escaso papel en su interpretación de la situación actual del campesinado latinoamericano. Y ello debido en gran medida a que su modelo explicativo se basa en la función dinámica de los sectores medios, y en el desarrollo casi necesario de una vía capitalista fundada en los mismos.

Ahora, si bien debemos señalar las limitaciones y exclusiones de los análisis de Erasmus, necesitamos también reconocer sus aportes críticos hacia las diversas concepciones tecnocráticas formuladas tanto por sectores populistas como por autores dizque marxistas. Más aún, considero que en el trabajo de Erasmus como en la discusión generada sobre sus textos aparecen, a nuestro juicio, la mayoría de las posibilidades de interpreta-

ción del proceso de cambio/no cambio del campesinado, que serán utilizados por los expertos en desarrollo comunitario. Dichas concepciones son las siguientes:

a) la vía de la autocooperación como mecanismo para mantener la situación actual sin cambios;

b) la vía del «desarrollo comunitario» como mecanismo que produce nuevas fuentes ocupacionales para sectores «educados» sin trabajo;

c) el mantenimiento por parte de la comunidad de la relación patrón/cliente en términos de «fachada» para obtener determinados beneficios del sistema;

d) el desarrollo a partir de procesos revolucionarios o de efectiva inversión capitalista, lo cual genera siempre «desarrollo»;

e) la vía del autodesarrollo como la única que posibilita un desarrollo real y autónomo.

Si bien todas estas posibilidades fueron utilizadas, la última es la que ha sido más desarrollada, como veremos más adelante, por varias propuestas alternativas. Pero antes nos interesa recordar que el desarrollo del campesinado latinoamericano fue preocupación tanto de los gobiernos nacionales como de las políticas de «ayuda» externa de los EEUU, y es respecto de esta última que debe ser considerada la crítica de Erasmus; quien nos recuerda el papel que dentro de la concepción de la «ayuda para el desarrollo» norteamericana tuvo el proyecto Vicos (Perú), así como también el papel de las «revoluciones» frustradas generadas en Latinoamérica. Para lo cual Erasmus intenta una lectura «realista» de los procesos de desarrollo, sean o no revolucionarios, señalando que

A nivel internacional, las revoluciones de todo tipo se «asocian» con el «comunismo» y son vistas con suspicacia por las democracias maduras que ya no están orgullosas de sus propios orígenes revolucionarios. En consecuencia, no es nada probable que los enganchadores nacionales e internacionales para el desarrollo de la comunidad proporcionen una directiva «revolucionaria» y es posiblemente por esta razón por lo que algunas de las consecuencias no previstas del proyecto Vicos no han hecho un patrón de sus aspectos más reformistas para la planeación deliberada de los programas de ayuda externa de los EUA. Tanto a nivel nacional como internacional el desarrollo de la comunidad se emplea como un calmante con la esperanza de evitar una agitación desagradable. Sin embargo el desarrollo político y económico de las comunidades continuará a pesar de los programas de desarrollo de la comunidad (ERASMUS, 1969: 247).

Es este esfuerzo explicitador, que cuestiona la ideología de la «ayuda» para el cambio a nivel comunitario, el que recuperamos, sin por ello dejar de criticar la concepción tocquevilliana manejada por el autor. Y en este esfuerzo rescatamos también incluir la política exterior norteamericana, junto con propuestas académicas cuasi revolucionarias, pues las mismas están a la base no solo de los cambios que realmente se generaron, sino del sentido real de muchas discusiones y propuestas académicas,

En el análisis de la existencia o no de un campesinado opuesto al cambio, Huizer ha intentado hacer una suerte de historia de la desconfianza campesina, basada en la descripción de los mecanismos generados por los sectores dominantes; y no es casual que para ello utilice justamente el caso Vicos, uno de los principales «experimentos» de antropología aplicada realizados por la academia de los EEUU en América Latina. El proyecto Vicos, dirigido por el antropólogo A. Holmberg, constituyó una de los principales referentes para la aplicación de la reforma agraria realizada en Perú, basada en darles tierras a los campesinos peruanos. Pero ahora, más que comentar la reforma agraria peruana, me interesa señalar, lo que los historiadores y antropólogos encontraron en Vicos, y que explican la «pasividad» del campesinado peruano. Holmberg y su equipo encontraron que dicha «pasividad» tenía que ver con el hambre, los castigos corporales, el encarcelamiento, el asesinato represivo, el «temor a la desaprobación del señor», el alcoholismo, la violencia interna a que eran sometidos sistemáticamente los campesinos por los sectores sociales dominantes. Así como también evidencian como los campesinos introyectaron su sumisión, inferioridad, obediencia a través de mecanismos ideológicos, pero sobre todo de coerción.

Es a partir de historizar la desconfianza campesina que HUIZER concluye que,

La desconfianza campesina parece ser una reacción sana, de gente normal, ante un clima social patológico, más que un estado mental casi enfermizo como a veces se le presenta; y bajo un estudio más estrecho, esa desconfianza puede convertirse en un punto de partida de vigorosos movimientos en contra de esa situación patológica. La imagen del «bien limitado», lo mismo que el «síndrome del encogido», deben considerarse como medios con los cuales los campesinos mantienen entre sí un mínimo de solidaridad, que solo necesita ser movilizada en condiciones apropiadas para convertirse en un factor dinámico. Ahora puede darse una nueva interpretación a algunos de los aspectos de la desconfianza tratados antes (HUIZER, 1973: 120-125).

Y agrega:

Parece que hay dos factores positivos en todo el síndrome de apatía, desconfianza, envidia y otros aspectos de la imagen del bien limitado. Uno es la necesidad de compartir la pobreza en forma más o menos igual, lo que puede tomarse como un signo de solidaridad entre gente igualmente subprivilegiada; el otro factor es la importancia de conservar dentro de la comunidad a un dirigente notable, por no decir carismático (1973: 120-125).

En esta reinterpretación de neto cuño fanoniano se produce a nuestro juicio una lectura unilateral y contradictoria, ya que la recuperación de la «desconfianza» y de la «apatía» como mecanismo de resistencia, se realiza ignorando prácticamente todas las consecuencias negativas, incluidas las psicopatológicas, descritas y analizadas por Holmberg, como si pudieran ser eliminados mecánicamente y en forma rápida. Si bien es correcto señalar que la desconfianza no puede ser definida como patológica en sí, ¿cómo podemos en cambio conceptualizar el alcoholismo, los fenómenos de disociación psicológica, la violencia interna? ¿Cómo eliminar no solo las actitudes de desconfianza, sino las de sumisión, de inferiorización y obsequiosidad hacia los «intermediarios» del poder, citados además por el propio Huizer para el caso mexicano?<sup>81</sup>. Una cosa es cuestionar el modelo antropológico utilizado por Foster y Erasmus, y otra muy distinta efectuar una vuelta de tuerca que revierta una situación secular, como si la misma no formara parte de la vida cotidiana campesina consciente e inconsciente.

Pero, además, reconocer la «miseria» social y psicológica de las clases subalternas como lo hacen Holmberg y de Martino para contextos muy distantes entre sí, no supone una actitud peyorativa hacia el campesinado, ni hacia las clases subalternas en general. Los trabajos de Engels sobre la clase obrera inglesa señalaban esta «miseria», como también la evidenciaron los estudios sobre la «pobreza» y una parte de la novelística de los siglos XIX y XX, en los cuales se describía la condición del campesinado y de la clase obrera. Reconocer esta situación no supone menor capacidad de

81 Un hecho ya señalado por nosotros y que prácticamente es referido por todos los autores que han tratado el problema es «el caso, por demás curioso de que los propios ejidatarios, desde entonces, se hayan constituido en esta forma, como si a la fecha aún fueran asalariados y no hay quien los convenza de que esto ya no tiene razón de ser» (FÁBILA, 1941:457-458). Para algunos autores esto reflejaría la «conciencia sindical», y para otros que este sector ocupacional nunca ha dejado de percibirse como «organizado y dirigido desde arriba». Según nuestro dato actual, la actitud subordinada es la dominante en el campesinado yucateco.

respuesta ni de organización, sino señalar aspectos de una cotidianeidad construida en gran parte como consecuencia y como respuesta al capitalismo. Por eso, si bien es posible que la desconfianza aparezca como un mecanismo positivo de resistencia, también puede ser un mecanismo negativo, por lo cual proponer una visión unilateral puede conducir, como de hecho ha ocurrido, a que el alcoholismo, la drogadicción o la prostitución aparezcan «en sí» como «positividades», e incluso como mecanismos de contestación o de «resistencia» para algunos analistas.

Considero que la utilización de hipótesis fanonianas orientó el análisis de la desconfianza y su recuperación políticoideológica en un sentido que, como señala el mismo Huizer, no necesariamente aparece como un carácter permanente del campesinado, ya que

La solidaridad campesina no es una característica inherente al campesinado como tampoco lo es la «resistencia al cambio», la desconfianza o el síndrome del encogido. Como se vio en los capítulos anteriores, existen algunos elementos impuestos dentro de la «cultura» de represión característica del sistema de hacienda latinoamericana. Esos elementos opuestos se reflejan en la desconfianza y la resistencia, y pueden utilizarse y reunirse para efectuar una lucha eficaz (HUIZER, 1973: 334).

Son justamente las condiciones específicas, la ubicación de los campesinados en el sistema de clases en el cual se establecen sus relaciones con la clase dominante y con las clases que pueden plantear otra alternativa, las que nos permitirán explicar los procesos y los tipos de participación de los sectores sociales subalternos. Huizer reconoce que ciertos sectores del campesinado tienden más a la apatía que otros, así como unos están más dispuestos a los procesos de cambio, incluso los revolucionarios. Para este autor, el campesinado indigente, el más pobre, sería el sector que más tiende a aceptar la situación de dominación; pero además señala que en ciertas áreas campesinas sería requisito para el cambio el contacto externo y la penetración de la modernización, un proceso de modernización que generalmente empeora la situación económica campesina. Más aún, la cercanía a zonas urbanas; la existencia de líderes con experiencia urbana; la presencia de promotores sociales (maestros, activistas políticos, radicales, etcétera) son agentes externos de cambio.

Es decir que para Huizer, al igual que para los autores que critica, los procesos de cambio en los sectores campesinos son determinados por procesos y factores externos, por la penetración de los mismos, por la con-

cientización contradictoria que el propio proceso capitalista genera. Pero, además, estos autores siguen señalando la importancia de entender la racionalidad de la cultura subalterna para orientar los cambios; así como la exigencia ideológica de que el campesinado debe cambiar y que de hecho se está y lo están cambiando. Tanto unos como otros ven en los campesinos menos «pobres», en los más expuestos a los factores externos, los sectores del campesinado que más dinamizan el cambio. Más aún, más allá del tipo de palabras/conceptos empleados, y de los énfasis ideológicos diferenciales, lo dominante es que todos estos autores, ya sea a partir de la organización política del campesinado o a través de la solución individual, consideran que los cambios provienen de fuera de la comunidad, de lo no «tradicional»; siendo lo no campesino lo que determina los cambios en el campesinado.

Y estos cambios generados desde el exterior son documentados por Erasmus en sus estudios sobre ejidos colectivos en Sinaloa, donde además Erasmus observa la constitución de un proletariado rural cuestionador. Lo cual observamos en 1976 en ejidos colectivos organizados en las cercanías de Ciudad Constitución (Baja California Sur), quienes trataban de organizar comunidades de tipo maoísta, que contrastaba con el resto de los ejidos de corte individualista dominantes en dicha área (ESCUELA DE SALUD PÚBLICA, 1976). Por lo cual necesitamos asumir que Holmberg, Erasmus, Huizer, como previamente De Martino y Fanon están discutiendo no solo el carácter pasivo o activo del campesinado, no solo sus «miserias» y «resistencias», sino su vinculación con futuros desarrollos capitalistas o socialistas. Y en esto reside parte de las discrepancias; no tanto en los datos, sino en las interpretaciones que del campesinado realizan los diferentes autores. De tal manera que la discusión sobre el papel de los factores externos y de lo «tradicional» pasa a ser secundaria, pasando a ser prioritario la preocupación por la dirección y orientación de los comportamientos; es decir sobre el sentido de los mismos para decidir si realmente constituyen «resistencias» o son mera apatía.

Hay toda una serie de autores mexicanos (G. Esteva, E. Szekely, A. Warman), que, con diferencias, a veces profundas, plantean una concepción del desarrollo del campesinado centrada en alternativas propias. Estos especialistas señalan al campesinado como la clase social más explotada, que fue utilizada durante los siglos XIX y XX para basar en ella el desarrollo del capitalismo dependiente mexicano; así como una clase o sector provisto de una serie de valores, modo de vida, racionalidad productiva anticapita-

lista, o por lo menos no capitalista. En lo personal no distingo con claridad la «posibilidad» campesina actual planteada por estos autores a partir del núcleo disyuntivo que venimos analizando, y que está referido por una parte a la posibilidad de las clases subalternas de desarrollar e imponer acciones, alternativas, vías particulares hacia la hegemonía a partir de su propia autonomía. Y por otra, ser conjuntos que solo actúan reactiva y/o subalternizadamente respecto de las orientaciones hegemónicas establecidas por las clases dominantes.

Y recuerdo una vez más, que planteamos esta problemática teniendo como objetivo el análisis de los procesos de *s/e/a-p* en Yucatán, referidos al conjunto de los sectores sociales, pero en particular a los sectores sociales subalternos, para ver si a través de los mismos verificamos la penetración económica/política y hegemónica del capitalismo, o percibimos el desarrollo de propuestas no solo reactivas y defensivas sino contrahegemónicas.

Si revisamos los trabajos de los autores citados, no cabe duda de que todos asumen como un hecho establecido la penetración capitalista en el campesinado, la transformación de éste, por lo menos en lo económico, que por otra parte es junto con la política casi las únicas dimensiones de análisis que estos autores utilizan. Para todos ellos, la acción campesina aparece como básicamente reactiva, y así Arturo Warman, al describir el actual auge de las movilizaciones campesinas, señala que son producto de la expansión capitalista, que ha dejado estas movilizaciones como única vía posible al campesinado mexicano. Este campesinado ha ensayado prácticamente todas las vías posibles, la mayoría basadas en su propia autoexplotación; y según Warman las «alternativas» económicas generadas por este campesinado han sido básicamente tres: cultivar superficies más amplias en tierras cada vez peores, utilizar en forma más intensa sus mejores tierras, casi siempre cambiando el tipo de cultivo; y dedicarse a otras ocupaciones, generalmente vendiendo su fuerza de trabajo. Pero dado que estas alternativas se han agotado, han surgido las movilizaciones a través de las cuales «los campesinos exigen una solución agraria, una nueva redistribución del territorio. Por las vías legales y excepcionalmente por la de los hechos, la acción campesina ha amenazado a la estructura agraria y ha puesto en duda su estabilidad y su eficacia» (WARMAN, 1978:685).

En su análisis Warman reconoce que el campesinado ha impulsado sus propuestas, incluida su movilización actual, a través de medios legales y dentro de la lógica del propio sistema, pero de un sistema que ya «no

puede absorberlos». Sin embargo, según este autor, existe una solución posible, y es la de la distribución de grandes cantidades de tierra, que además los campesinos parecen saber que existen:

Centenares de miles de campesinos nunca fueron totalmente incorporados por el sistema de control y quedan en una posición marginal... Preservan así su autonomía política en cierta medida, pero no pudieron escapar al sistema de explotación y despojo. Su situación como la de todos los campesinos se deteriora profundamente. En esas condiciones ejercen presiones y demandas sobre el sistema de control que constituye el único canal de comunicación. Éste no puede absorberlos (WARMAN, 1978: 15).

Ahora bien, una cosa es afirmar la explotación económica demostrada por todos los autores; una cosa es señalar las movilizaciones de diferente tipo, y otra es realizar determinadas afirmaciones respecto de posibles comportamientos políticos e ideológicos de los campesinados actuales, dada la carencia de investigación en profundidad etnográfica sobre estos aspectos. ¿Que sabemos realmente sobre la ideología política y sobre las propuestas político/económicas alternativas de los campesinados mayas yucatecos o mayas chiapanecos? ¿Dónde están las investigaciones que nos informen sobre por qué la población campesina prefiere migrar en lugar de cambiar las situaciones locales? Pero, además, en la propuesta de Warman, vuelve a ser el Estado el que «decide» distribuir las tierras, en lugar de que los campesinos luchen para lógralo a través de las diferentes alternativas señaladas por este autor. Es decir, la solución no está en los propios campesinos.

Szekely, un autor que parte de un modelo que podemos denominar Chayanov/Wolf, analizando un caso concreto en el noroeste de México, señala que es la racionalidad social y económica de la unidad familiar campesina la que permite «entender la resistencia de los campesinos a la organización colectiva para el trabajo rural. Esta resistencia no puede explicarse por «su INERCIA tradicional» frente a la modernización, sino como un resultado de las modificaciones que producen en sus condiciones de vida», y agrega que, si bien las formas de organización social propuestas por los campesinos de abajo hacia arriba y las propuestas por el estado de arriba hacia abajo pueden ser similares, sin embargo «La diferencia fundamental radica en el significado de estas formas de organización que, por surgir del propio proceso campesino, involucran el concepto de una mayor capacidad de los campesinos para controlar su propio des-



tino» (SZEKELY, 1977: 1484). Concluye, y esto nos interesa subrayarlo, que las alternativas campesinas «no solo no son una traba para el desarrollo de los planes de modernización, sino que constituyen el componente básico para que estos planes puedan desarrollarse» (1977: 1485).

Esta última propuesta es mucho más desarrollada por G. ESTEVA, quien señala que la vía campesina es la única posibilidad de desarrollo productivo del campo mexicano, y que por lo tanto no solo le conviene al campesino sino a las clases dominantes:

Si se reconocen a la luz de las evidencias disponibles, las notables capacidades de desarrollo que puede tener la organización campesina, para el logro de metas tanto productivas como sociales, y si se pone empeño en fomentarlas, desaparece el problema «inicial» de organización: el punto de partida del proceso es la organización campesina en la comunidad rural que es la forma campesina de existencia (1978: 710).

Al igual que Warman, plantea esta alternativa como la única benéfica para los campesinos y para el sistema, en la medida en que se han cerrado todas las otras posibilidades, y que el campesinado ha demostrado su propia capacidad.

Según este autor, la profundización de la capitalización del campo podría generar graves problemas, como la imposibilidad de lograr autosuficiencia alimentaria, la constitución de una masa demográfica inmanejable tanto en la ciudad como en el campo, y el desarrollo de violencia social y política. Pero, además, diversos factores están demostrando la viabilidad de la alternativa campesina:

Entre los factores que han contribuido a crear condiciones para una opción campesina se encuentran los avances de los campesinos en su integración como clase social (fundamentalmente mediante el desarrollo de los movimientos campesinos), el reforzamiento de las organizaciones sociales en las comunidades, la disponibilidad de pruebas empíricas sobre sus capacidades y potencialidades de desarrollo cuando se interrumpe, suspende o debilita el bloqueo a su capacidad de acumulación, y el cambio cualitativo del proceso de desarrollo social asociado a la modificación cuantitativa de las dimensiones del problema (ESTEVA, 1978: 711).

«Haciendo un poco de teoría», las propuestas de la autogestión, en sentido general y referidas al campesinado en particular, suelen tener fuentes políticas socialistas, anarquistas y populistas, así como fuentes académicas referidas sobre todo a la organización de la producción, y realmente

no veo en la mayoría de los autores que discuten la vía campesina una revisión, y menos reflexiones sobre las propuestas autogestivas previas, inclusive las que se aplicaron en contextos europeos y del tercer mundo con los cuales existen similitudes. Pero, además, y lo reitero, no veo en ellos un manejo etnográfico de las dimensiones culturales e ideológicas, o cuando las incluyen dominan los datos culturales, pero no los ideológicos; es decir domina la cultura que debe ser, y no los procesos ideológicos en desarrollo. Ahora bien, ¿cómo explicar no solo estas ausencias, sino la falta de preocupación por las mismas en éstos y otros autores?. Considero que volvemos a encontrarnos con el dominio de explicaciones economicistas o político/economicistas, que pese a sus explícitas o larvadas propuestas autonómicas, depositan en el estado la posibilidad del nuevo reparto de tierras o de los financiamientos de la vía campesina, pero no tanto como lucha, sino como deber del estado.

Ahora bien ¿en qué estado están pensando estos autores?, ya que me parece que en algún lugar de sus conciencias están pensando en un estado «revolucionario», en lugar de gobiernos que van a imponer cada vez más determinados objetivos productivos desde orientaciones capitalistas-como lo hemos descripto para Yucatán-en función de su mayor rentabilidad, y sin dar lugar a vías campesinas, salvo en algunos «experimentos» marginales. La paradoja de esta «vía campesina» es que pondera, conscientemente o no, una vía capitalista, a menos que estén pensando en un «modo alternativo campesino» que sea aceptado por el capitalismo mexicano actual, lo cual justamente ameritaría un análisis que no realizan.

Aclaro que me resulta difícil entender en términos de acción política, pero también de comprensión teórica varias de estas propuestas, dado que algunos de estos autores parten de la lógica de la «no productividad», según lo propuesto por Chayanov, Boserup y por varios antropólogos culturalistas de tendencia «marginalista». Y se me hace difícil por dos razones, primero, porque hasta la actualidad-y todos estos analistas lo saben- el capitalismo ha utilizado este proceso de autoexplotación campesina en beneficio propio; y segundo, porque cuando ya no lo necesita el proceso capitalista tiende a reducir o a eliminar directa o indirectamente al campesinado, como hemos observado en Yucatán. No niego la posibilidad teórica de otra vía, pero ésta no se desprende de los análisis de estos autores, de los cuales emerge una vía que en última instancia es economicista y capitalista. De la obra de BOSERUP (1967), de trabajos como los de P. SINGER (1971), que toman en cuenta los análisis de esta autora para entender

las dinámicas del capitalismo dependiente y las funciones que hasta ahora ha cumplido el «sector de subsistencia», surge que no solo dentro de la dinámica capitalista, sino también dentro de las dinámicas de los socialismos reales actuales, el tipo de producción campesino, e inclusive el de las sociedades precampesinas, es apropiado y/o transformado por dichos sistemas en forma directa o indirecta.

Boserup reivindica la vida campesina, pues en ella se daría una de las mejores relaciones producción hora/hombre, pero más allá de que esta relación ha ido decreciendo continuamente como la misma autora lo reconoce, el problema radica en establecer cuáles son las formas concretas y no meramente ideológicas de esta vía; y, además, como se logra impulsarla en México dentro de la actual lógica capitalista, y a partir de que fuerzas sociales. La misma Boserup menciona numerosos ejemplos en los cuales se observa que frente a la expansión capitalista se desarrollan diferentes tipos de respuestas, de tal manera que en unos casos se han generado «resistencias» y rechazos por parte de las comunidades a adecuarse a los nuevos ritmos y formas de trabajo; mientras en otros se han adecuado no solo sin ninguna resistencia sino apropiándose subordinadamente del nuevo proceso productivo.

Y justamente, lo que necesitamos son estudios etnográficos que nos presenten la variedad de procesos que están operando tanto en la expansión capitalista, como en las propuestas campesinistas alternativas; subrayando que éstas tal vez tengan alguna calidad ideológica de movilización, pero que, si no contamos con materiales económico/políticos e ideológico/culturales «serios» que lo evidencien, no nos permitirá reflexionar sobre cómo y para que se movilizarían los campesinados. Hasta ahora, en el caso mexicano en general, y yucateco en particular, no vemos desarrollarse una vía campesina, más que a nivel de discursos teórico/ideológicos que tienden a generar interpretaciones más o menos oportunistas respecto de las reacciones/resistencias de los sectores subalternos. Y así toda una serie de autores cuando el ejido colectivo no funciona ni productiva ni colectivamente, consideran que es debido a la reacción/resistencia del campesinado ante los mecanismos impuestos por el sistema dominante; pero allí donde el ejido colectivo funciona bien, también es interpretado como positivo, ya que expresaría la capacidad de autonomía del campesinado. Es decir, que estos autores están constantemente buscando la «astucia» alternativista de los sectores sociales subalternos, cuando lo que evidencian

con mayor frecuencia son adecuaciones a las condiciones impuestas por el desarrollo capitalista.

Aclaro que estas conclusiones surgen de mis estudios, y obviamente de la bibliografía consultada, y que no niego la existencia de procesos y tendencias diferentes, pero necesitamos contar con materiales que los describan en profundidad, y que no solo reflexionen especulativamente. Y recuerdo que, en Yucatán, y específicamente en Ticul, no he podido observar nada parecido a una vía campesina, «sino todo lo contrario».

Comparativamente hay toda una serie de autores no mexicanos, de los cuales el más polemizante es tal vez E. Feder, que sostiene lisa y llanamente la desaparición del campesinado, y que por lo tanto dejan de lado la existencia de una alternativa propia por parte de éste, y solo reconocen la posibilidad de convergencia con otras fuerzas sociales para impulsar una vía conjunta, pero no basada en el campesinado. Para Feder las formas tradicionales están siendo barridas por el capitalismo, y además los propios sectores campesinos han entrado a un proceso de consumismo relativo, así como participan ideológicamente de la corrupción (FEDER, 1978: 276-278). Para este autor no solo debe tomarse en cuenta la penetración desarticuladora y rearticuladora del capitalismo, sino la estratificación en sectores cada vez más diferenciados dentro del campesinado:

Cada vez es menos realista hablar del proletariado rural como de una clase, y la teoría marxista tradicional va apareciendo cada vez menos adecuada para explicar el funcionamiento de la sociedad rural en su estado actual. Los explotados, los campesinos con o sin tierra, padecen formas muy diferentes en contenido y amplitud, de explotación; su búsqueda de una vida mejor y de mejores condiciones de trabajo en función de sus diferentes status, su mayor o menor seguridad de trabajo, la forma de remuneración, su estado organizacional y otras muchas variables. Algunos desean más tierras; otros mejores salarios, estos mejores viviendas; aquéllos trabajo de tiempo completo y no parcial; y finalmente están los que desean solo trabajo (FEDER, 1978: 399).

Pero, además, Feder considera que los procesos locales tanto respecto de los sectores hegemónicos como de los subalternos están cada vez más determinados por procesos que operan a nivel internacional. Lo cual, si bien es parcialmente correcto, sin embargo, ignorar la dinámica de los diferentes sectores sociales en relación, así como las condiciones no solo económicas sino ideológica de los mismos, puede llevar a un mecanicismo fatalista que Esteva ha señalado correctamente.

Para entender mejor las posibilidades de las dos tendencias señaladas, sería necesario trazar una trayectoria de las acciones «políticas» del campesinado, así como de sus consecuencias, por lo menos a nivel latinoamericano. Como sabemos, los trabajos de Eric Wolf han trazado la historia de los tipos de protesta campesina, que según él están siempre relacionadas con el desarrollo capitalista. Así, al referirse a lo que clasifica como tercera fase de disolución del sistema de hacienda, describe tres tipos básicos de protesta: invasión de las tierras de la hacienda, la toma de tierras de la hacienda por arrendatarios y advenedizos, y los movimientos para que se establezcan nuevas condiciones laborales. La invasión de tierras adquiere formas tradicionales, mientras las otras dos responden a las nuevas condiciones de desarrollo capitalista

Que intensifica la circulación de capital, mercancía y trabajo; representan intentos de participar en esa circulación como tales, deben verse también en relación con otra importante respuesta que socava la posible continuidad de la hacienda, la migración... Las cosechas comerciales, el trabajo asalariado y la emigración son distintas formas de escapar a una existencia restringida y estática, que se lleva sin ninguna remuneración monetaria y bajo el dominio de un solo señor (WOLF, 1975: 270).

Es decir que, para Wolf, las diferentes formas de las protestas campesinas constituyen respuestas a la expansión capitalista. Pero ¿cuándo se dan estas protestas, y quiénes la dan?; Según ARCHETTI, «ni una economía en proceso de deterioro, ni el ausentismo terrateniente, ni varias amenazas al modo «tradicional» de vida de las comunidades campesinas, ni el rápido proceso de proletarianización explican en sí mismo la participación política campesina» (1978:42). Y no lo explican porque el campesinado siempre aparece determinado por los otros sectores sociales, ya sean los dominantes, ya los otros sectores subalternos que cuestionan la orientación capitalista. Pero señalando que en la mayoría de los casos analizados por Archetti y por otros autores, son los sectores campesinos más relacionados con el «exterior», ya sean «pobres» o «medios», los que presentan una mayor capacidad de protesta organizada.

Analizando de conjunto lo desarrollado hasta ahora, observamos que todos los autores admiten de hecho o explícitamente que la creciente pauperización campesina, sus orientaciones productivas, las acciones y reacciones políticas, la emigración permanente son consecuencias/respuestas

a procesos económico/políticos determinados desde fuera de los campesinados. Considerando inclusive algunos analistas, que el aislamiento y la autarquía campesina han desaparecido en Latinoamérica (MIGDAL, 1977). La principal diferencia entre estos autores radica en la posibilidad o no del desarrollo de una vía campesina autónoma, la cual no negamos, pero que no detectamos en el caso de Yucatán por lo menos entre finales del siglo XIX y 1978.

Nuestros datos indican que tanto para Yucatán como a nivel de Ticul en particular, el proceso capitalista se expandió constantemente y no solo a nivel económico sino a través de los procesos de s/e/a-p; observando que las modificaciones y los cambios vienen desde «fuera» y que los sectores sociales subalternos, y especialmente los campesinados, tratan de adecuarse sin generar alternativas propias, aunque sí técnicas de supervivencia. El campesinado ha sido el sector que menos se ha movilizado autoindependientemente, ya que lo ha hecho durante todo este lapso en forma subordinada a otros sectores subalternos o hegemónicos. Las organizaciones campesinas y artesanales han sido propuestas y organizadas también desde «afuera» de ellas, ya sea por el propio estado, ya sea través de líderes sociales ajenos al gobierno. En Ticul, como ya vimos, se constituyeron cooperativas de producción y se comenzaron a organizar sindicatos, en ambos casos inducidos por líderes que llegaron de Mérida; y si bien una parte de los trabajadores ticuleños participaron activamente, dichas cooperativas de artesanos y las organizaciones protosindicales desaparecieron cuando se retiraron los líderes foráneos, o cuando se limitó el apoyo económico externo, y entonces, como en el caso de la cooperativa sombrerera, cada miembro siguió una trayectoria individual.

Pese a ello, los intelectuales «campesinistas» siguen proponiendo/esperando el desarrollo de una vía campesina, expectativa depositada frecuentemente en la existencia de demandas y movilizaciones campesinas, que al ser estudiadas evidencian las limitaciones de sus luchas. Lo cual podemos observar, por ejemplo, a través de los estudios de uno de los más lúcidos y honestos analistas de los movimientos campesinos mexicanos. Y me refiero a Armando Bartra, quien al analizar los movimientos sociales yucatecos subalternos, encuentra que no es el campesinado el que realmente se moviliza, sino que son, por una parte, los trabajadores de las desfibradoras de la empresa Cordemex, que, si bien son también campesinos, operan como obreros asalariados que «dieron recientemente una larga lucha que les permitió sindicalizarse de manera independiente. Actualmen-

te existen nuevas plantas con sindicatos independientes lo que representa un total de aproximadamente 600 trabajadores» (BARTRA, 1978:50). Y, por otra parte, los que se movilizan son los propietarios de parcelas dedicadas a la producción del henequén, quienes decidieron suspender el corte del henequén hasta que Cordemex aumentase el precio de la fibra; pero señalando que entre ellos están algunos de los principales propietarios del área. Mientras que los ejidatarios, cuya situación real es la de asalariados, «no han podido asumir por el momento formas de lucha y organización de tipo sindical y se han reducido a violentas pero espontáneas acciones reivindicativas» (BARTRA, 1978: 58-59).

Bartra, además, recuerda que los campesinos ejidatarios reclaman más por el salario y el tiempo de trabajo, que, por la tierra, lo cual como sabemos no es un hecho reciente, ya que por lo menos se remonta a la década de 1920. Lo cual considero que no solo expresa un proceso de descampesinización mental en los propios campesinos, sino la devaluación que ellos experimentan cotidianamente respecto de su trabajo como campesinos, dado que con dicho trabajo no consiguen solucionar sus necesidades básicas, y deben recurrir a otras fuentes laborales. Pero pese a esta situación, o tal vez por ella el campesinado no se moviliza autónomamente en Yucatán; y así, por ejemplo, Vera Abad en un análisis sobre las diferentes acciones generadas en la zona henequenera entre 1960 y 1975, encuentra que el sector campesino aparece permanentemente a la defensiva, que es el más agredido, el que más se queja, pero el que menos se moviliza (VERA ABAD, 1977: 10-19).

Ahora bien, los procesos específicos que estamos analizando, debemos incluirlos dentro de procesos más generales que han tratado de ser explicados por analistas de diferentes tendencias, sobre todo respecto de los países capitalistas más desarrollados. Y así encontramos que hacia finales de la década de 1950 las interpretaciones sociológicas dominantes en el campo no marxista reconocían el éxito de la expansión capitalista, no solo en términos económico/políticos sino ideológicos, dado que estaban convirtiendo a los sujetos en «hombres organización», «muchedumbre solitaria», en superadaptados, y/o «alienados» lo que se daba tanto en las clases sociales subalternas como en las clases medias. En dichos países el campesinado tenía un papel económico/ político secundario, salvo a nivel regional, y las expectativas de cambio estaban depositadas en el proletariado industrial, y en los sectores sociales aliados, incluida una parte de la inteligentzia. Las diferentes corrientes marxistas a su vez, utilizando estos

u otros conceptos, coincidían con dichas interpretaciones, colocando sus expectativas de cambio en un proletariado industrial, que aparece sin embargo cada vez más integrado al sistema capitalista,

Por su parte el stalinismo logró, en los denominados «socialismos reales», el control/adhesión de la población a través de la aplicación de mecanismos de coerción, y de mecanismos ideológicos, subrayando que inicialmente las medidas de coerción más duras, se ejercieron justamente sobre el campesinado. De hecho, en estos países se desarrollará una clase «burocrática» que será la que gestione la dominación y la hegemonización en nombre de políticas socialistas. A su vez, en la diversidad de países que constituían el denominado Tercer Mundo, se dio un enorme abanico de posibilidades, donde en varios casos se generó una alianza entre sectores políticos dirigentes, burguesías denominadas nacionales y proletariado industrial, mientras que en otros países líderes políticos e intelectuales impusieron a las masas campesinas, que eran las dominantes a nivel demográfico, políticas verticales en nombre de consignas étnicas, nacionalistas y socialistas, de tal manera que los campesinados fueron masa de maniobra para los objetivos de las burguesías o pequeñas burguesías en el poder, y esto inclusive en las sociedades donde se dieron luchas descolonizadoras.

De lo que surge, que en todos los contextos económicos y políticos actuales los sectores dominantes imponen sus objetivos/proyectos/necesidades al conjunto de la sociedad, y que en todos los contextos el campesinado aparece como el sector con menor participación política autónoma, con mayores tendencias a la subordinación, y cuyos proyectos autónomos cuando existen, están remitidos a la comunidad o al grupo étnico. A su vez surge, que el proyecto capitalista sigue expandiéndose no solo en términos económicos, sino en términos ideológicos, de lo cual es una expresión paradigmática la expansión biomédica. Más aún, tanto las clases medias como el proletariado industrial evidencian no solo integración al sistema, sino «conformidad» dentro de las economías denominadas de «bienestar», donde realmente se han dado mejoras objetivas para el conjunto de la sociedad, incluidos los sectores subalternos.

Pese a este panorama, desde mediados de los 60' se desarrollan propuestas radicales de cambio en países de capitalismo avanzado y periférico, pero que no están referidas al proletariado y aún menos al campesinado—salvo por supuesto el maoísmo—sino al papel del estudiantado, de la «nueva clase obrera» o al papel del «guerrillero», que en su mayoría



pertenecen socialmente, por lo menos a nivel de los líderes, a las clases medias. Lo cual cuestiona las explicaciones que nos hablaban de la alienación, de los sujetos sobreesocializados e integrados, de la capacidad de normalización de los sistemas, generándose una reivindicación de los «desviados» y de los «marginales» como expresión de una crítica a las normalidades impuestas a nivel de los países capitalistas y de los socialismos de estado (E. L. MENÉNDEZ, 1979 a).

Y es a partir de estos y de otros procesos, que, según los países y sistemas dominantes, se buscarán los «nuevos» sujetos del cambio, que las propuestas académicas funcionalistas encontrarán en los líderes emprendedores reconocidos con varios nombres técnicos acuñados por antropólogos aplicados desde la década de los 50, hasta la búsqueda de las vías campesinas que puede constituir una alternativa no solo al capitalismo, sino al estalinismo en el poder. Y en México, y en otros países de América Latina, uno de esos «nuevos» sujetos fue el campesino como le hemos analizado; un campesino que, para algunos intelectuales, cuanto más tradicional mejor. Pero la trayectoria histórica del sujeto buscado, no correspondía a las características económico políticas ni culturales del «nuevo» sujeto, el cual a mi juicio constituyó en gran medida un «invento» intelectual, frente a un proceso de continua expansión y dominación capitalista, y también «socialista» (estalinista).

No obstante, la generación de estos «inventos» tiene una racionalidad, basada en la necesidad ideológica —especialmente de la *intelligentzia*—, y por supuesto económico/política de «superar» al capitalismo y al estalinismo; proceso que se había adjudicado a determinados sujetos, pero comprobando que ni el proletariado industrial, incluida la denominada «nueva clase obrera», así como las masas campesinas y étnicas africanas, no lo estaban consiguiendo. Y entonces en los 60' y en los 70' nos dedicamos a «buscar».

Y es a partir de estos señalamientos contextuales que haremos nuestras penúltimas consideraciones sobre esta problemática. Marx, en diversos textos, ha señalado lo que hoy es obvio, que el proceso capitalista se apropia en su desarrollo de los procesos productivos preexistentes para mantenerlos o disolverlos según sean las condiciones del proceso, pero tendiendo genéricamente a la disolución. La mayoría de la bibliografía marxista se centró, salvo honrosa excepción, en la disolución de las formas precapitalistas, y en consecuencia analizó muy poco la persistencia de las mismas que en la mayoría de los países del tercer mundo llegaron hasta la

actualidad. Pero, además, observamos que la tradición teórica marxista-y una parte de la producción académica no marxista--también ignoró los análisis teóricos generados especialmente por los realistas políticos italianos, así como las políticas generadas por las clases dominantes tanto en los países capitalistas de punta, como también en los «atrasados» para construir hegemonía. Y por eso no es casual que fuera un italiano como Gramsci, quien casi en solitario impulsará el estudio y aplicación de la hegemonía, para entender no solo la expansión capitalista a nivel mundial, sino el mantenimiento de las clases dominantes en el poder, pese a las sucesivas crisis económicas sufridas por el capitalismo, y al incremento y organización del movimiento obrero. Proponiendo que las clases subalternas no solo eran controladas a través de la coerción en todas sus formas, sino que, sobre todo en los países capitalistas desarrollados, la hegemonía ideológica/cultural explicaba la adhesión pasiva o activa de dichas clases.

Pero el papel de la hegemonía no interesó a la mayoría de las corrientes marxistas, o la manejaron con una superficialidad y un mecanicismo notables, pese a su evidente papel en el caso de los nuevos regímenes fascistas que se estaban desarrollando en Europa, y donde el eje explicativo del control se puso en la «fuerza bruta del nazismo», sin analizar el papel ideológico cumplido, por ejemplo, por el racismo como mecanismo de control y hegemonía que simultáneamente maneja la coerción y el consenso (NEUMANN, 1943). De tal manera, que respecto de la «inmovilidad» de la clase obrera, tanto las teorías académicas como las marxistas coincidieron en una serie de explicaciones, que según J. YOUNG (1977) son sobre todo tres: la traición de los dirigentes, la influencia de los medios masivos de comunicación, y el condicionamiento duradero conformado en la primera infancia.

Y este autor formula una crítica a dichas explicaciones, pero sobre todo enumera toda una serie de mecanismos sociales e ideológicos a través de los cuales las clases dominantes articuladas con las necesidades de la clase trabajadora hegemoniza parte de sus comportamientos. Según YOUNG,

Las tres teorías, ya se las formulé con la fraseología de la retórica de izquierda o de derecha, y se las desarrollé con propósitos de control o de liberación, tienden a ignorar la situación material del individuo y sus problemas sociales del presente. Todas ellas se apoyan en la idea de un individuo pasivo, irreflexivo, que sin disponer de defensas significativas es presa de influencias «maliginas», internas o externas. No cabe duda de que cada una de ellas contiene un

núcleo de verdad, pero atribuirles preponderancia como explicaciones de la pasividad de la clase trabajadora sobre las explicaciones fundadas en la verdadera situación social material de los integrantes de la clase trabajadora es injustificado, y resulta desastroso para comprender tanto la política como la criminalidad de la clase trabajadora. Para comprender la situación material del delincuente de la clase trabajadora es imprescindible examinar los sostenes ideológicos de la actividad de control social (en el sentido más amplio posible). El propósito es explicar cómo los preceptos de la ideología burguesa: a) contienen dentro de sí un grado de verdad suficiente, aunque distorsionada, para que racionalmente, aunque erróneamente, puedan ser creídos; b) actúan sobre los muy reales problemas de justicia y de orden que enfrenta la clase trabajadora proporcionándole algún grado de garantía; c) son presentados como provistos de un grado muy elevado de unanimidad y negándose la posibilidad de toda alternativa factible, lo que le confiere una apariencia «natural»; y d) son preservados mediante un aparato de control social simultáneo y completamente real que opera con el de controlar y registrar cualquier desviación del comportamiento de la clase trabajadora y, en especial, de mantenerla continuamente bajo amenaza (1977: 109).

Aquí aparecen coherentemente relacionadas toda una serie de interpretaciones que, aun con diferente origen teórico, se complementan para entender a partir de las necesidades y vida cotidiana obrera, porque las clases dominantes consiguen hegemonizar las conductas y explicaciones de dicha clase. Si bien estas interpretaciones se han hecho respecto de la clase obrera, así como también de sujetos considerados «desviados», considero que proponen interpretaciones que pueden ser referidas al campesinado. Creo que uno de los principales procesos ideológicos a recuperar es el de la existencia de núcleos de «verdad» en las propuestas de la clase dominante; núcleos de verdad abstractos planteados de manera genérica que tienden a opacar los conflictos y contradicciones que viven cotidianamente las clases subalternas.

Young describe, cómo la propia clase obrera tiende a fortalecer el consenso en función de sus propias aspiraciones de «justicia», ya que ésta constituye una categoría genérica que prácticamente «todos» proponen, pero que se redefine en la cotidianeidad de los sujetos y grupos. Y así, por ejemplo, la clase obrera —al igual que el sistema dominante— está contra el criminal, un criminal que sin embargo puede expresar la oposición al orden establecido, pero que el trabajador cuestiona, ya que la conducta criminal amenaza no solo a las clases dominante sino también al propio «orden» social del trabajador.

La ideología no es, pues, un mero conjunto de falsas nociones insufladas en la mente de las personas independientemente de sus verdaderas necesidades y deseos. La ideología incluye un determinado grado de atención a las necesidades sentidas por los hombres y a los, enfoques del mundo con los que tratan de convivir en el mundo (YOUNG, 1977: 113).

Y este constituye uno de los núcleos explicativos del papel de la ideología en el control y sobre todo autocontrol de las clases subalternas.

Esto no significa que no haya cuestionamiento al sistema, sino que los mecanismos ideológicos tienden a generar consenso en las diferentes clases sociales. El análisis de Young implica una vuelta de tuerca más en el intento de analizar dinámicamente los procesos de hegemonización, no colocando las explicaciones exclusivamente en el polo dominante, sino en la cotidianeidad de los sujetos subalternos; es decir en lo que le pasa en el trabajo, en la familia, en el vecindario, en la cantina a los sujetos subalternos. Si el obrero defiende el orden establecido respecto de la criminalidad, no es solo porque mecánicamente se deja «convencer» por los medios de comunicación masiva, sino porque son las clases subalternas las más expuestas a la criminalidad, ya que los homicidas y ladrones, matan, violan y roban sobre todo a sujetos de las clases subalternas.

Y este tipo de procesos tenemos que verlos también en las clases subalternas yucatecas, incluido el campesinado; y así, por ejemplo, el autoritarismo, la verticalidad, la división/exclusión de poderes que vive el campesino en sus relaciones con el estado o con la empresa privada, en cierta medida «coinciden» con las actitudes que él desarrolla respecto de su mujer dentro y fuera del grupo familiar. Las transacciones sociales intercaladas operan dentro de una cotidianeidad no homogénea, que implica contradicciones, conflictos, pero también complementación. Las prácticas sociales cotidianas suelen articular procesos, que a nivel abstracto consideramos contradictorios.

Como he tratado de insistir a través de todo este texto, el conjunto de los procesos económico/políticos e ideológicos señalados respecto del campesinado, necesitamos observarlos a través de los procesos de s/e/a-p, considerando que la expansión capitalista se verifica en la expansión de la biomedicina a través de procesos similares. De tal manera que la subordinación económica y política del campesinado, su carencia de propuestas alternativas, su falta de luchas para imponer su posible vía campesina, se observa a través de la trayectoria y papel actual de la medicina tradicional, como considero haber evidenciado en nuestros análisis. Más aún, al igual

que en el caso del campesinado, serán los intelectuales los que propongan proyectos y alternativas respecto de la medicina tradicional que no aparezcan generados ni desarrollados por los curadores tradicionales.

A su vez en términos de hegemonía/subalternidad observamos que la biomedicina cumple un papel protagónico en el desplazamiento y uso de la medicina tradicional, a través de una eficacia comparativa que no es producto de una imposición autoritaria o de los medios de comunicación masiva, sino de la experiencia de las propias clases subalternas yucatecas, y no solo en términos imaginarios. El descenso de la mortalidad infantil y preescolar, la reducción de la letalidad de las enfermedades infectocontagiosas, o el aumento de la esperanza de vida, no son construcciones imaginarias sino experiencias a través de las cuales los sujetos «sienten» que ya «no se mueren mis hijos como antes».

Considero que a través de lo que está ocurriendo, especialmente con los fármacos, podemos evidenciar uno de los procesos hegemónicos centrales analizados por Gramsci, y me refiero a que los mayores éxitos de la hegemonía ocurren, cuando los sujetos subalternos utilizan las representaciones y las prácticas sociales específicas de los sectores dominantes como si fueran parte intrínseca de sus propios saberes. Y justamente esto es lo que ha estado ocurriendo con los fármacos biomédicos, los cuales como hemos visto no solo son utilizados cada vez más por la población ticuleña, sino también por los diversos tipos de curadores tradicionales, desde las parteras a los *h' men*, pasando por los yerbateros.

Ahora bien, dentro del campo marxista este reconocimiento supone una permanente tensión entre las concepciones economicistas mecanicistas, y las que les dan protagonismo a los procesos ideológicos. Y por ello considero que han sido determinadas corrientes académicas las que han desarrollado más estos últimos aspectos, generando aportes etnográficos y explicativos importantes, como es el caso de la escuela de Bourdieu, para quien «Todo poder de violencia simbólica, o sea todo poder que logra imponer significaciones e imponerlas como legítimas disimulando las relaciones de fuerza en que se funda su propia fuerza, añade su fuerza, propia, es decir, propiamente simbólica a esas relaciones de fuerza» (BOURDIEU Y PASSERON, 1977:44). He aquí, vertidas en lenguaje sociológico formal, algunas conclusiones de las propuestas de Gramsci, y esto más allá de que estos autores tomaran estas ideas de Gramsci, o llegaran por su cuenta a estas conclusiones.

Según los autores citados, la violencia simbólica, analizada por ellos básicamente a través de la educación formal, se manifiesta en la inculcación de una clase a otra de una arbitrariedad cultural; inculcación que beneficia a la clase dominante puesto que a través de la educación formal trata de asegurar su reproducción. De tal manera que, según F. CIATALONI, «La gran fuerza de la transmisión de cultura de clases está en lograr confundir lo que es necesario, con lo que es útil solo para la clase dominante» (citado en BOURDIEU Y PASSERON, 1977:33). Y si bien comparto varias de estas apreciaciones, considero sin embargo que no toda arbitrariedad cultural es violenta, ni toda violencia es arbitraria, por lo menos refiriendo la inculcación a la relación médico/paciente.

En esta relación puede haber un alto grado de violencia simbólica-y también no simbólica—pero no es necesariamente arbitraria, dado que por lo menos respecto de los padecimientos que generan más mortalidad; la biomedicina utiliza los medios más eficaces con que cuenta, llegando a lograr éxitos objetivos, como observamos a través de su papel en la notable reducción de la mortalidad por paludismo o por causas perinatales en Yucatán. Ello no niega que puede haber aspectos arbitrarios en el trato, en los tiempos de espera del paciente, en la forma de comunicar la información, en la mercantilización de la atención médica; pero pese a estas arbitrariedades se incrementa constantemente la demanda de biomedicina por parte de los sectores sociales subalternos. Y éste es uno de los puntos que me interesa subrayar respecto de los procesos hegemónicos impulsados por el capitalismo, ya que la población utiliza/demanda una parte de sus saberes no solo por la coerción ni por la eficacia simbólica, sino por ciertas eficacias reales que viven en su vida cotidiana.

Por lo tanto, asumimos que, en toda sociedad de clases, y en nuestro caso una sociedad capitalista dependiente, se desarrollan mecanismos hegemónicos que al mismo tiempo que estructuran a los sujetos y grupos tienden a legitimar la dominación. Este proceso opera a través de nuestra vida cotidiana, y es parte de nuestro proceso de socialización desde que nacemos, de tal manera que vamos incluyendo en nuestra trayectoria individual/colectiva saberes socioculturales colectivos que van más allá de nuestras diferencias de clase, aun cuando los vivimos desde nuestras situaciones y relaciones de clases a través de las que podemos generar adhesiones, críticas, conformidades, movilizaciones, pero a partir de una inserción cotidiana que más allá de que aceptemos o cuestionemos el sistema, nos conduce normalizadamente a reproducir el sistema dominante a tra-

vés de nuestros propios quehaceres cotidianos, a través del aseguramiento, por lo menos, mínimo de nuestra propia supervivencia en el nivel físico y simbólico. Y ello, más allá del activismo con que enfrentamos al sistema o de la pasividad con que lo reproducimos. Si bien este proceso depende de cada contexto —y obviamente de cada sujeto—, posibilitando o no que surjan sectores sociales que pueden estructurar e ideológicamente plantear alternativas a la dominación y hegemonía, me interesa subrayar que lo considero como uno de los más decisivos mecanismos de reproducción de los sistemas sociales.

Otra de las corrientes teóricas que han tratado la cuestión de la hegemonía sin pensar en términos de hegemonía, son las denominadas teorías de la desviación (E. L. MENÉNDEZ, 1979c), que han estudiado a los «desviados» y a quienes generan las desviaciones. Estas teorías, cuyo espectro problemático es muy amplio, han evidenciado la capacidad de los sistemas para «construir» determinados tipos de sujetos que son excluidos a través de diversos mecanismos institucionalizados; pero, y es lo que me interesa subrayar, dichos tipos desviados pasan a ser aceptados por el conjunto de las clases sociales. De tal manera que más allá de las críticas, las cárceles, los orfanatos, los manicomios formarán parte de nuestras instituciones, así como los homosexuales, las lesbianas, los tepochos, los drogadictos, los, enfermos mentales serán considerados sujetos desviados que requieren permanente o temporalmente ser encerrados

Estos estudios han puesto en evidencia toda una serie de procesos que refieren a la producción de ideologías y mecanismos ideológicos de control, pero especialmente uno, y me refiero al papel de la ciencia y de los profesionales en la producción de explicaciones e instituciones que contribuyen no solo a legitimar exclusiones y encierros, sino a la construcción y difusión de ideologías que son apropiadas por la población a partir del trabajo, por ejemplo, del médico. Lo cual refrenda el reconocimiento del «poder» médico, tal como a través de otros tipos de procesos lo hemos observado en Yucatán. Pero subrayando que no lo consideramos un poder omnipotente, ni que puede actuar ajeno a las reacciones de los sujetos, inclusive los caracterizados por su subalternidad, como pretenden hacernos creer algunas corrientes actuales.

La mayoría de las corrientes marxistas no han generado estudios de este tipo, excepto en niveles macroeconómicos y macrosociales; y por eso considero importante las propuestas que han realizado algunos de los autores que reflexionan a través de la denominada «criminología crítica», y

que remiten entre otros aspectos al papel de la conciencia en los procesos de dominación y hegemonía. Según ellos,

Una teoría marxista trabajaría con una noción del hombre que se distinguiría claramente de las concepciones clásicas, positivistas o interaccionistas. Esto quiere decir que partiría del supuesto de que el hombre tiene cierto grado de conciencia, que depende de la ubicación que tuviera dentro de la estructura social de producción, intercambio y dominación y que, por sí mismo, influiría sobre la forma en que los hombres definidos como delincuentes o desviados tratarían de ajustarse a su condición de «extraños». En este caso, la reacción de los hombres ante el rótulo que le imponen los poderosos no sería simplemente un problema cultural, un problema de reacción ante una condición jurídica o un estigma social; estaría necesariamente vinculada con la conciencia que los hombres tienen de la dominación y la subordinación en una estructura más amplia de relaciones de poder que tuvieran vigencia dentro de contextos económicos particulares. Una consecuencia de este enfoque sería la posibilidad de establecer vínculos entre las ideas derivadas de la teoría de la interacción y otras escuelas que tienen presente el mundo subjetivo del hombre y las teorías de la estructura social que están implícitas en el marxismo ortodoxo. Y lo que es más importante, esa fusión nos permitirá liberarnos de las limitaciones de un determinismo económico y del relativismo de algunos enfoques subjetivistas para llegar a una teoría de la contradicción en la estructura social que admita que la «conducta desviada» es la conducta de hombres que construyen activamente el mundo externo, en lugar de aceptarlo pasivamente. Nos permitiría sustentar lo que hasta ahora ha sido la afirmación polémica, hecha (sobre todo) por los anarquistas y los desviados mismos, de que gran parte de la conducta desviada es en sí un acto político y de que, en este sentido, la desviación es una propiedad del acto y no un rótulo espurio aplicado a los amorales o irreflexivos por las agencias de control político y social (TAYLOR, WALTON y YOUNG, 1977: 237).

Y este es un punto central, no solo pensado en término de conductas/ sujetos considerados «desviados», sino respecto de encontrar los actores sociales que pueden generar oposiciones y alternativas al sistema dominante, y que han existido a lo largo del desarrollo capitalista más allá de los éxitos logrados por dichos actores. Y no cabe duda que los sectores obreros, aunque no la mayoría de los obreros; los colonizados, aunque no todos los colonizados a nivel de sociedades globales; así como una parte de los adictos, una parte de los homosexuales, una parte de las mujeres han generado organizaciones y luchas a nivel de sus situaciones particulares, que implica, como proponen los autores citados, la necesidad de tomar con-



ciencia de la situación colectiva de cada sujeto social en relación con los otros, y desarrollar objetivos y actividades específicas a partir de sabernos hegemónicos por la sociedad dominante. Pero sin caer en el exitismo de los que ven constantemente en los comportamientos de los sujetos etiquetados como «desviados», como oprimidos, como subalternos oposiciones y resistencias; así como en todo *shaman* un cuestionador del sistema o por lo menos de la biomedicina, por el mero hecho de ser *shaman*.

*Acotaciones sobre el modelo antropológico:  
el caso de la medicina tradicional*

Ya hemos analizado una serie de problemáticas directa o indirectamente relacionadas con las condiciones y procesos de *s/e/a-p* en Yucatán, y especialmente con la expansión biomédica, basada en gran medida en su eficacia comparativa; eficacia que opera a nivel de la vida cotidiana de los sujetos y grupos subalternos y no subalternos, introyectando a través de la biomedicina saberes hegemónicos que favorecen la reproducción del sistema a través de los propios comportamientos de los sectores subalternos. Conjuntamente hemos analizado las propuestas teóricas sobre el papel de la hegemonía en la reproducción de la sociedad dominante, y las alternativas que puede ofrecer el campesinado, sobre todo el indígena, respecto de la sociedad dominante.

Y de nuestro análisis surge, que, a través de todo el lapso analizado continua, por supuesto con modificaciones, la expansión capitalista, inclusive a nivel de pequeñas comunidades, y que el campesinado ha generado escasas acciones de oposición, y no ha generado en Yucatán alternativas al capitalismo, sino que aparece cada vez más supeditado a las consecuencias directas e indirectas del mismo, lo cual por lo menos cuestiona las diversas expectativas colocadas en él. Y la expansión biomédica es correlativa del proceso señalado. Ahora bien, en ambos casos, se dieron discusiones sobre el papel de lo «tradicional», más allá del nombre y concepto utilizado para designarlo, pero reconociendo que fue en torno a los procesos de *s/e/a-p* donde más observamos el manejo de la dimensión tradicional, por lo cual retomaremos su análisis específico, porque considero que es a través de las formas en que se trabajó e interpretó lo tradicional, que podemos llegar a explicarnos algunas de las falencias más constantes de la teoría antropológica en el estudio de los sectores sociales subalternos.

Considero que el disparador de nuestro análisis deben ser las denominadas enfermedades «tradicionales», que como hemos señalado, implicó una actitud metodológica por parte de los antropólogos al decidir estudiarlas separadamente del resto de las enfermedades que aquejan a las poblaciones subalternas, así como de las causas y tasas de mortalidad dominantes en las mismas; recordando que lo mismo hicieron con las acciones terapéuticas. Es decir, domina una aproximación profesional, en la cual importa secundariamente las consecuencias de las enfermedades en términos de mortalidad o de discapacidad, ya que lo que importa es el significado cultural de las enfermedades «tradicionales» dado que expresan la identidad, la cosmovisión, la etnicidad de los grupos que estudian, y por eso, además, dejan de lado las enfermedades alopáticas.

Es en función de lo señalado que revisaremos toda una serie de aspectos, pero en particular la percepción y codificación de las enfermedades tradicionales por parte de la biomedicina; y la percepción y codificación de las enfermedades tradicionales por los antropólogos, para luego formular una propuesta de análisis de estas enfermedades.

Ni el Sector Salud ni la biomedicina mexicana atienden las enfermedades tradicionales en tanto tales, y por lo tanto no las codifican, por lo cual no contamos con información estadística producida por estos servicios, pese a que las enfermedades tradicionales han sido reconocidas por la OMS con el nombre de síndromes culturalmente delimitadas o de filiación cultural. Este desconocimiento y falta de datos, no niega que una parte de los médicos, por, lo menos los que trabajan con población rural, no tengan conocimiento de dichas enfermedades, e inclusive consideren que una parte de las mismas correspondan a sintomatología de enfermedades alopáticas, sobre todo en el caso de padecimientos infectocontagiosos. Como fue el caso del médico con mayor antigüedad en Ticul, que tenía un notable conocimiento de las enfermedades tradicionales que aquejaban a sus pacientes

Lo que, si sabe el Sector Salud y la mayoría de los médicos, es que existen curadores tradicionales, y que la población los utiliza, dominando hacia ellos una actitud negativa por parte del personal de salud. En una investigación realizada en 1972 y 1973 a través de una muestra representativa de médicos, se encontró que el 43 % de los mismos manifestó una actitud de total oposición hacia dichos curadores, con grados que variaban entre castigarlos, limitarlos, erradicarlos y desautorizarlos; un 23 % manifestó una mediana oposición y un 33 % tuvo una actitud tolerante y

favorable (COLLADO ARDÓN y GARCÍA TORRE, 1975a). En varios trabajos de comunidad realizados por nosotros, se observó un rechazo ideológico y una suerte de aceptación práctica por parte de los médicos; en Ticul pudimos observarlo, aunado a una permanente crítica a las condiciones y consecuencias negativas de sus actividades.

Ahora bien, estos estereotipos médicos, operan dentro de un Sector Salud que ha utilizado y sigue utilizando a las parteras empíricas, y en menor medida a otros curadores tradicionales en calidad de asistentes de salud, como mecanismo de extensión de cobertura biomédica, lo cual, según nuestros datos, ha incrementado aún más las críticas de los médicos hacia estos curadores.

Un dato importante a considerar es que no solo los médicos clínicos ven negativamente a los curadores tradicionales, sino que los salubristas no tienden a integrarlos en el diseño y aplicación de sus programas preventivos. Y algo similar ocurre con la medicina social mexicana, de tal manera que el campo socioemédico no se ha preocupado, por ejemplo, en buscar y estudiar la existencia de criterios preventivos desarrollados por la población mexicana respecto de los principales padecimientos que más la afectan.

Por su parte la antropología latinoamericana, y especialmente la antropología mexicana, incluido el indigenismo, no solo estudió y sigue estudiando las enfermedades y los curadores tradicionales, sino, como ya lo señalamos, son las únicas enfermedades y curadores que estudia, al igual que la mayoría de la antropología norteamericana que trabaja Mesoamérica. Como señala Sepúlveda, en una revisión del desarrollo de la antropología médica en Latinoamérica

Dos son los temas centrales que dominan la atención de los especialistas en estos trabajos: a) las características de la medicina popular y su relación con cuestiones específicas de carácter médico; y b) las consecuencias sociales y culturales que derivan del contacto o choque entre la medicina moderna y aquella de carácter folklórico. El estudio de estos temas ha tenido lugar en áreas de origen rural solo circunstancialmente los antropólogos latinoamericanos han investigado en zonas urbanas... Las investigaciones no han tenido una orientación práctica (SEPÚLVEDA, 1966:64).

Si bien a veces los objetivos se plantearon tratando de ver la relación de las prácticas y creencias médicas tradicionales con respecto a la medicina «moderna», en los hechos no ocurrió así, y el eje se colocó en la descripción aislada de la medicina tradicional, o a lo más en una suerte de

catálogo donde de un lado estaba una medicina y del otro lado la otra<sup>82</sup>. Y hasta orientación persiste actualmente en el caso de la antropología mexicana.

Esta focalización en las enfermedades tradicionales se ha expresado generalmente en la presentación de un listado de enfermedades con sus respectivas características, más que en un análisis de las mismas; como ha señalado THOMPSON (1966), salvo en el caso de la pequeña comunidad de Dzitas, no existen intentos de estudiar sistemáticamente el diagnóstico y las terapéuticas de las enfermedades tradicionales de los mayas yucatecos. Las revisiones de los estudios existentes evidencian que los antropólogos tienden a cosificar estas enfermedades, así como a pensarlas en términos de oposición tradicional/moderno; oposición que impidió pensar en forma integrada los procesos de s/e/a-p que afectan a los pueblos indígenas, como lo ha reconocido Foster.

La mayoría de los antropólogos tendieron a pensar las enfermedades tradicionales actuales como continuidad de la cultura maya precortesiana, estableciendo una separación en lugar de una articulación con la cultura hispana del periodo colonial, lo cual contribuyó a reforzar el dominio del modelo explicativo tradicional/moderno. Y ello pese a que por lo menos una parte de las etiologías y de las terapéuticas nativas eran similares a las europeas, lo cual condujo a G. FOSTER, en una revisión de los trabajos que sobre antropología médica se habían llevado a cabo en tres países latinoamericanos, a concluir que «Puede sorprender al lector la comprobación de que probablemente el elemento simple más difundido del cuerpo total de creencias es el que procede de la patología humoral de Hipócrates y Galeno. De allí vienen los conceptos de calor y frío, en que se clasifican muchas de las enfermedades» (1979:18). Conclusiones que dieron lugar a una «disputa por los orígenes», donde unos reivindican la absoluta originalidad mesoamericana, mientras los otros la exclusiva herencia española, en lugar de plantearse el significado procesal de estas similitudes más allá de sus orígenes.

Para mí la medicina de los conquistadores tenía más similitudes que diferencias con las medicinas mesoamericanas tanto a nivel de diagnósticos como de terapéuticas, ya que, por ejemplo, en ambas se reconocían enfermedades de etiología «natural» y «sobrenatural», lo cual favore-

82 Constituyen una excepción algunos aportes de G. Foster y de G. Aguirre Beltrán.

ció el proceso de colonización a nivel de los procesos de s/e/a-p, así como la persistencia de la medicina mesoamericana, debido además a que la población nativa y la mayoría de la población europea durante los primeros siglos de la colonización necesitaron en Yucatán atenderse con curadores «tradicionales», dada la casi inexistencia de médicos europeos.

Ahora bien, gran parte de los estudiosos de la medicina tradicional proponen que las enfermedades sobrenaturales tienen más importancia que las naturales en los pueblos mesoamericanos, y así HOLLAND sostiene que,

Al igual que la mayoría de los pueblos prealfabetos los tzotziles creen que una persona se encuentra bien por naturaleza hasta que su salud es perjudicada por medios mágicos. La medicina tradicional se funda principalmente en causas y curaciones sobrenaturales; en ella a excepción de los males más sencillos, las enfermedades son interpretadas como un castigo de las fuerzas sobrenaturales aplicado al que trasgrede las pautas tradicionales de la sociedad (1963: 119).

A su vez ADAMS (1952) señala que, en la sociedad mesoamericana analizada por él, toda enfermedad aparecía como producto de un sistema de relaciones internas y externas; características que tienen una relación directa con la gravedad de la enfermedad y de sus consecuencias. Por lo cual las enfermedades «naturales» se caracterizan por ser más frecuentes, pero menos graves, mientras que las sobrenaturales son percibidas como menos frecuentes, pero con consecuencias físicas, sociales, culturales y psicológicas no solo más graves, sino con mayores significados culturales para la comunidad.

Más allá de las diferencias entre estas dos propuestas, en ambas domina el peso de las tendencias «sobrenaturales» en la explicación y tratamiento de las enfermedades, respecto de lo cual me interesa puntualizar dos aspectos. Primero que dichas tendencias sobrenaturales eran también, como ya lo señalé, parte del saber «medico» de los colonizadores y del conjunto de la población mexicana, por lo menos entre los siglos XVI y XIX. Y segundo, que la mayoría de los curadores tradicionales eran técnicos especializados en el manejo de aspectos «naturales», más allá de que manejaran/invocaran aspectos sobrenaturales, dado que los culebreros, hueseros, yerbateros y parteras «antes» y ahora curan y atienden mordeduras de víboras, fracturas por accidentes en la milpa, diversas enfermedades aliviadas con hierbas, y embarazos y partos a través de saberes que impli-

can el manejo de técnicas manuales. Pero a gran parte de los antropólogos les ha gustado, y les sigue gustando estudiar las enfermedades sobrenaturales y a los que tratan a las mismas, de tal manera que tenemos una gran cantidad de estudios sobre *shamanes* y el *shamanismo* en México, y muy pocos sobre los que atienden y curan las fracturas, quemaduras o heridas generadas en el proceso de trabajo campesino.

Un tercer aspecto, es que la polarización rural/urbana conduce a buscar las enfermedades y terapias tradicionales casi exclusivamente en el medio rural y en las clases subalternas rurales, quedando implícito que las mismas no existen en el medio urbano ni en el resto de las clases sociales. Y si bien la mayoría de dichas enfermedades y terapias han disminuido y están en proceso de desaparición, no obstante, persisten o emergen otros tratamientos donde lo «sobrenatural» y/o la eficacia simbólica es lo dominante, aun cuando no sabemos si tendrán continuidad o son solo transitorias. Y me refiero a casos como el de Tibor Gordon en la Argentina de los 70', que genera peregrinaciones «sanadoras» de miles de personas los fines de semana en el medio conurbano bonaerense; así como los contratos antialcohólicos con la virgen de Guadalupe en México, o las ofrendas por promesas a santos, vírgenes o dios como reciprocidad ante la cura de enfermedades, las cuales siguen vigentes en las grandes ciudades de América Latina.

Pero además, la falta de demanda por parte del campesinado respecto, por ejemplo, de atención psiquiátrica o psicológica por problemas de «salud mental», y contrastantemente la búsqueda de tratamientos tradicionales para los «nervios», depresiones o angustias, no solo tiene que ver, por lo menos en parte, con la inexistencia de servicios de atención para este tipo de problemas, sino que lo mismo ocurre con la mayoría de los sectores sociales subalternos y no subalternos latinoamericanos. Es decir, no solo es el «rechazo» a la biomedicina por parte del campesinado indígena y no indígena, lo que explica la falta de demanda, sino otros procesos que los antropólogos latinoamericanos no suelen estudiar, y que involucran a otros sectores sociales subalternos y no subalternos

Otras de las orientaciones que dominan los enfoques antropológicos tienen que ver por una parte con la falta de historicidad con que se enfrentan a los procesos de *s/e/a-p*; y por otra con la exclusión de sus estudios de las enfermedades alopáticas y del personal de salud biomédico. No solo no estudian las tendencias históricas de la mortalidad que operan en las comunidades o regiones que estudian, sino que, por ejemplo, no

hacen alusión en sus etnografías a las consecuencias del uso de pesticidas y plaguicidas que cada vez se emplean más en los medios rurales. De tal manera que no se enteran que el perfil de la mortalidad ha ido cambiando no solo para los epidemiólogos sino para los grupos que están estudiando.

Lo cual no ignora que algunos antropólogos, generalmente extranjeros, tomen en cuenta las enfermedades alopáticas, y señalen la pérdida de significación de algunas enfermedades tradicionales, como es el caso de Press, quien reconoce la existencia de causas sobrenaturales de las enfermedades, pero no encuentra que sean frecuentes en PUSTUNICH:

Pocos acontecimientos son vistos como inexplicables por los pobladores. La enfermedad viene de la debilidad del organismo, de un shock psicológico, del exceso de trabajo o de la carencia de precaución. Muy pocos hechos de enfermedad han sido asociados con la brujería en Pustunich, y no ha ocurrido ningún hecho de brujería dentro de los siete u ocho últimos años. Los accidentes son producidos por carencia de precaución, zafedad o estupidez (PRESS, 1975: 191).

Este autor interpreta los procesos de s/e/a-p con una dinámica que ya había sido intentada por otros especialistas pero sin extraer las conclusiones pertinentes, ya que autores como Rivera, Holland, Harman y el propio Redfield habían señalado explícita o implícitamente la existencia de «carreras del enfermo» que implicaba el uso de automedicación con fármacos, curadores tradicionales y médicos alóptas para la atención de un mismo padecimiento, y donde según fuera la enfermedad se podía demandar primero la atención de un curador tradicional o la de un médico. Carrera que Press describe, así como también reflexiona sobre la mortalidad infantil, y la reducción de la frecuencia de enfermedades tradicionales que justamente impactan, sobre todo en los niños, como es el caso del mal de ojo. Pero también señala que el susto es muy poco frecuente, y que ya no aparece asociado con la «pérdida del alma», al mismo tiempo que observa que el sarampión ha perdido letalidad, y que es curado a nivel familiar y con tratamientos «naturales»; pero que no obstante esta reducción de la mortalidad infantil «Los niños siguen siendo más susceptibles a los aires, los shocks y al poder de otras personas que los adultos» (PRESS, 1975: 191).

De tal manera que Press establece relaciones entre procesos de s/e/a-p tradicionales y alopáticos con procesos económico/políticos y culturales, que si bien habían sido señalados por otros autores, sin embargo no profundizaban lo que estaban encontrando, como por ejemplo lo observamos

en el estudio realizado por Redfield en 1950 sobre Chan Kom (REDFIELD, 1970), quien documenta que la gente del pueblo reconoce que «ahora» los niños mueren menos, y que por lo tanto hay más niños que alimentar, pero también ocurre que ahora la tierra da menos maíz. Es decir, la gente sabe que los niños mueren menos, que hay más niños que alimentar, y que hay menos maíz, lo cual sin embargo no es analizado ni explicado en términos epidemiológicos ni en términos ideológico/culturales por los antropólogos.

Por eso considero que la reducción del peso de lo «sobrenatural» en la explicación y tratamiento de enfermedades de adultos y de niños, así como la «naturalización» de una parte de los «aires», y la mezcla/síntesis de explicaciones en las cuales emerge inclusive la teoría microbiana, debe ser relacionada, por lo menos en parte, con el proceso de reducción de la mortalidad general, y especialmente de la mortalidad infantil que hemos señalado. Pero esta relación no debe buscarse en la reflexividad y consciencia de los sujetos y grupos, sino en los quehaceres de la vida cotidiana de los mismos, donde comienza a ser «natural» que no haya paludismo, cuando hasta hace pocas décadas era una de las principales causas de mortalidad. Así como ha ido pasando a ser «natural» que determinados cuadros diarreicos no tengan ya la letalidad que tenía en decenios pasados. Inclusive casi no hay recuerdo colectivo de la incidencia de enfermedades como la fiebre amarilla o la viruela, que fueron graves problemas, pero que solo queda en el recuerdo de unos pocos ancianos, y sobre todo de los epidemiólogos.

Esta «naturalización» creciente de los procesos de s/e/a-p, es generado, por lo menos en parte, por influencias biomédicas, que son apropiadas por la población, dada la eficacia que una parte de los productos biomédicos han demostrado, y dado el pragmatismo de los sectores sociales subalternos; lo cual sobre todo se evidencia a través de la autoatención. Considero que el campesinado y el sector artesanal de Ticul, así como de otros grupos estudiados por nosotros en otras comunidades de diversas partes de México, presentan un principio de realidad que es básico para su reproducción biosocial. De tal manera que los sujetos y grupos saben cuáles son sus principales enfermedades, saben cuáles son las principales causas de mortalidad de que mueren los niños y los adultos, saben en qué épocas los afectan más ciertos padecimientos, y además saben cómo hay que atenderlas. Y es en función de estos saberes, y de la necesidad de



solucionar sus problemas de salud que la población se apropia y usa los productos y técnicas que pueden serle útil.

Antes que rechazo a las prácticas de la medicina «científica» hemos observado, por el contrario, que cada vez la población subalterna la demanda más, y que incluso cuando no existen servicios biomédicos o se reducen se generan conflictos, que pueden llegar, en casos aislados, a la agresión. Así las clínicas de campo «abiertas» del IMSS «cerraron» parcialmente la atención médica a las personas de comunidades a las que antes atendía sin requisitos previos, exigiendo desde entonces para dar consulta, el «pago» a través de trabajos comunitarios. Esta política asistencial ha generado rechazo por parte de la población, pero no hacia la medicina «científica» sino hacia esa política, y la opción no ha sido la medicina tradicional, sino la privada.

No obstante, lo señalado, una parte de la población sostiene también que «antes se estaba mejor», y aunque no se precisa demasiado cuándo era este «antes», considero que, a través de referencias casi exclusivamente económicas, dicho «antes» corresponde a la década de 1940, ya que, para gran parte de los sujetos y grupos, la buena y mala salud se suelen relacionar con un mejor o peor bienestar económico, lo cual es también parte del «realismo» y pragmatismo de las clases subalternas. Pero señalando que pese a la añoranza de ese «antes», los sectores subalternos yucatecos demandan y consumen cada vez más productos biomédicos «actuales». Lo cual, y lo subrayo, no supone un proceso de confusión o contradictorio en los sectores sociales subalternos, sino la discrepancia que suele existir entre las representaciones y las prácticas como parte normalizada de vivir y convivir con el pasado y con el presente, por lo menos respecto de los procesos de s/e/a-p.



## V. CONCLUSIONES PROVISIONALES

*Entre la pena y la nada, prefiero la pena*

William Faulkner (1940)

De nuestra descripción y análisis en términos sincrónicos y diacrónicos de la estructura social y económica de Yucatán, así como de los procesos de salud/enfermedad/atención-prevención, se desprenden una serie de conclusiones que trataré presentar a nivel general, y de articular especialmente a través del análisis de las tendencias decrecientes de la mortalidad en Yucatán, para concluir con mis últimas consideraciones sobre el enfoque antropológico dominante en el estudio de los procesos de s/e/a-p.

El proceso económico yucateco ha estado dominado durante casi todo el lapso analizado por una producción para el mercado externo que determina de manera cíclica las condiciones de producción locales; lo cual ha incidido en las condiciones y niveles de vida de la población yucateca, la mayoría de las cuales ha vivido en condiciones de pobreza. A su vez, el proceso político yucateco fue pasando de un dominio de las fuerzas sociales locales, básicamente del sector agroexportador, los hacendados y el sector financiero fuertemente asociados a los sectores económicos norteamericanos; al dominio de una parte de estos mismos sectores, pero asociados al sector burocrático, cuyo eje de poder no está en Yucatán, sino en el nivel federal.

Durante todo el proceso serán las clases subalternas, y básicamente el campesinado, aquellas a partir de las cuales se fundamenta el poder económico de los sectores dominantes, y si bien se modificarán formal y estructuralmente las relaciones de producción, sin embargo, los sectores dominantes seguirán controlando el poder económico y político a través de mecanismos económicos, jurídico/políticos e ideológicos.

Los diferentes sectores de clase que sucesivamente constituyen la clase dominante, establecieron alianzas con las clases subalternas, que a largo

plazo han demostrado ser negativos para estas últimas. Estas alianzas solo buscaron asegurar la continuidad en el poder de los sectores dominantes a través de la captación de los dirigentes o de aplicar mecanismos de desmovilización social, de tal manera que cuando la situación se radicaliza primero durante el gobierno local de Carrillo Puerto, y luego durante la presidencia de Cárdenas, las alianzas con las clases subalternas son al poco tiempo liquidadas y se reconstituyen las relaciones entre los grupos dominantes, pasando a ser secundarios sus conflictos internos en función de seguir ejerciendo la dominación. Desde esta perspectiva, lo que intentó y consiguió hasta ahora el conjunto de las clases dominantes es destruir todo intento de autonomía de las clases subalternas en Yucatán, y éste es un proceso que se acentúa en lugar de disminuir.

De las clases subalternas, han sido el sector obrero y, en segundo lugar, los que fueron primero jornaleros y luego ejidatarios henequeneros, los que han demostrado mayor capacidad de organización y de movilización, que ha tenido permanentemente un contenido «obrerista». Lo cual o contrasta con la mayoría del campesinado y del sector artesanal, que no han desarrollado organizaciones autónomas, ni han impuesto sus demandas. Las acciones del campesinado del campesinado se caracterizan por aceptar las orientaciones que les imponen los sectores dirigentes.

La trayectoria yucateca se caracteriza por un constante deterioro económico y social, sobre todo desde finales de la década de 1940, verificado en las condiciones de estancamiento e inclusive de retroceso económico, así como en la reducción de su papel en el producto bruto interno nacional. Pero este deterioro no se expresa mecánicamente respecto de los procesos de s/e/a-p, ya que por el contrario se observa una cierta reducción de los daños a la salud, lo cual trataré de analizar, primero a través de los servicios médicos, y más adelante a través de las tendencias que se han dado en las mortalidades generales y específicas en Yucatán.

### *Hacia la hegemonía médica*

Como describimos en el tercer capítulo, Yucatán se caracteriza-comparado con el resto de los estados mexicanos-por una temprana expansión de los servicios de salud biomédicos tanto oficiales como privados principalmente en Mérida, pero también en las medianas y algunas pequeñas comunidades del resto del estado, aun cuando durante todo el lapso los principales servicios médicos se concentraron en la capital de Yucatán.

Pero, además, a nivel de los servicios oficiales de salud, observamos un proceso similar al que se ha dado en la esfera política, es decir, los proyectos, programas e instituciones dominantes son las organizadas e impulsadas desde el poder federal, perdiendo cada vez más autonomía el sector salud local. Pero mientras en la esfera económico/política observamos un franco deterioro, sobre todo a partir de finales de la década de 1940', en el caso de los procesos de s/e/a-p, y especialmente en el caso de la mortalidad, observamos una notoria reducción de los daños a la salud. Según ALBA y ALVARADO,

Resulta claro que ha sido el progresivo control de las enfermedades infecciosas y parasitarias a lo que básicamente se debe el descenso de la mortalidad en México. La tasa de mortalidad por este tipo de causas, 218 por 100.000 en 1967 es un quinto de la que fue en 1930 (1.136 por 100.000), y casi un tercio de la prevalente en 1950. Las defunciones de tipo infeccioso y parasitario son causantes principales no solo del descenso experimentado por la mortalidad, sino del nivel de la misma; ya que si bien la proporción de las defunciones de este grupo ha disminuido en el tiempo (42.6% en 1930 y 23.9% en 1967) una parte muy importante de las defunciones del grupo residual debe atribuirse a esta causa de muerte (1971: 150).

Y agregando: «Los cambios ocurridos en los demás grupos por causas, sin juzgarlos despreciables, no parece que sean determinantes en el comportamiento de la mortalidad general» (1971:151). Estas consideraciones pueden aplicarse a la situación yucateca, pero incluyendo el papel de la desnutrición, que ha sido decisivo para entender el declive de la mortalidad.

Ahora bien, Yucatán es un estado que, como vimos, tiene varias particularidades en el campo de la salud que han permitido tener un panorama más completo respecto de los procesos de s/e/a-p comparado con la casi totalidad de los estados mexicanos. Y así, por ejemplo, entre 1929 y 1931 se desarrolló un programa de investigaciones epidemiológicas y clínicas por equipos de la Universidad de Harvard; mientras que desde la década de 1930' contamos con un gran número de estudios sobre nutrición realizados por investigadores locales, y a partir de la década de 1950' por el Instituto Nacional de la Nutrición. Subrayando que, tanto en las investigaciones desarrolladas por la Universidad de Harvard como por el Instituto Nacional de la Nutrición, participaron importantes antropólogos como R. Redfield o G. Bonfill Batalla.

Durante los años 1929, 1930 y 1931 personal multidisciplinario del Departamento de Medicina Tropical de la Universidad de Harvard realizó una serie de investigaciones sobre las condiciones de salud y enfermedad en el estado de Yucatán, que incluyó no solo la elaboración de datos secundarios, sino básicamente el estudio directo de las condiciones ecológicas, biológicas y sociales que incluían el estudio de pacientes a través de la consulta médica y con el apoyo del instrumental más avanzado con que se contaba en dicho período. La revisión documental se realizó durante los primeros dos años en todas las regiones yucatecas, incluyendo las principales localidades urbanas; y además se llevó a cabo una investigación de campo en una serie de comunidades del municipio de Espita y en la ciudad de Valladolid. En dos comunidades se establecieron consultorios gratuitos, en los cuales se diagnosticó y atendió a la población demandante, aplicando una amplia gama de análisis de laboratorio. Los estudios de laboratorio incluyeron determinación de hemoglobina, clasificaciones de muestras de sangre, reacciones de Kahn y colesterol, exámenes de frotos de sangre para detectar malaria, pruebas de Schick para detectar difteria, exámenes de materia fecal para detectar la existencia de protozoarios o parásitos helmínticos, tales como la ameba de la disentería y las uncinarias. Se hicieron estudios de metabolismo basal, presión arterial y recuento globular.

Debe subrayarse que mientras algunos exámenes de laboratorio, como recuento globular, estimación de hemoglobina, análisis general de orina, solo se hicieron para algunos pacientes; toda otra serie de análisis se aplicaron a gran parte de la población de Dzitas, Pisté, Chichen Itzá y Ticimul, que para 1929/1930 contaban con alrededor de tres mil habitantes en total. En dichas comunidades se hicieron exámenes bacteriológicos de materia fecal a 268 personas, grupo sanguíneo a 436, reacciones de Kahn, Schick y Hinton a 265, 146 y 266 individuos respectivamente, cultivo de *B. diphterea* a 213, frotos de sangre para detectar paludismo a 330 y análisis sanitario de agua a 29 unidades.

Además, se construyó un panorama epidemiológico estatal con datos sobre mortalidad por causas para 1910-1930; y para 1924-1929 referido a los distritos de Mérida, Valladolid, Ticul, Peto, Progreso y Dzitas. En el caso del último distrito se obtuvieron datos procedentes no solo de los registros de defunciones y nacimientos, sino también de una encuesta realizada casa por casa; los datos de morbilidad se obtuvieron de la consulta diaria en el centro de salud. La campaña de 1931 realizada por el equipo de

la Universidad de Harvard se realizó sobre las áreas señaladas, generando un panorama de las condiciones de salud y enfermedad para Yucatán que no encontramos para ningún otro estado mexicano.

Debe señalarse que la información obtenida y que dio lugar a informes especiales sobre helmintos y protozoarios en hombres y animales (SANGROUND, 1933) o sobre las condiciones serológicas de la población yucateca (GOODNER, 1933) coincidía en gran medida con los datos que los organismos de salud yucatecos manejaban en esa época. A su vez el examen físico del paciente buscaba sobre todo establecer el estado nutricional y la existencia o no de cuadros patológico en los mismos.

El conjunto de estos datos evidenció una situación de morbilidad y mortalidad sumamente grave; la investigación de HILFERTY y MAHER (1933) confirmó que la tasa de mortalidad general para el período analizado era de 34 por 1000, y que la estructura de la mortalidad suponía un predominio de las enfermedades transmisibles, de las cuales la gastroenteritis representaba el 30 % de la mortalidad por todas las causas. Junto con ella, el paludismo y las enfermedades respiratorias agudas aparecían como los principales problemas de salud. Si bien las investigaciones demostraron diferencias regionales, éstas aparecían en términos globales como secundarias respecto a los principales padecimientos.

Es a partir de este marco de información que podemos observar el papel de las condiciones sociales respecto de los procesos de *s/e/a-p*, ya que los investigadores del Departamento de Medicina Tropical de la Universidad de Harvard se habían planteado esa correlación. Ellos reconocieron que Yucatán había sido un estado próspero durante la guerra mundial de 1914 a 1918 debido al monopolio del sisal; pero luego, y en función de la crisis de comercialización del henequén, se generó un empobrecimiento general, que condujo a que durante el lapso estudiado gran parte de la población viviera cerca de un nivel de subsistencia, que no es compatible con un buen estado de salud.

Por lo cual, esta serie de estudios sobre el estado y condiciones de salud de Yucatán entre 1929 y 1931, permite contar con un marco de información epidemiológica, biológica y social relativamente confiable, que limita los cuestionamientos sobre la deficiencia estadística de los datos con que se estudian las tendencias de la mortalidad durante estos años. Y es a partir de ellos, y de otros materiales, que volvemos a preguntarnos ¿cómo se generó el abatimiento de las principales causas de mortalidad?; ¿cómo se generó un relativo control sobre las principales enfermedades trans-

misibles y las condiciones de su letalidad? La mayoría de los demógrafos y epidemiólogos que tratan esta temática a nivel de México, han dado las mismas explicaciones; ya vimos lo señalado en el informe del Colegio de México, lo que reiteran, por ejemplo, con palabras muy parecidas KUMATE, CAÑEDO y PEDROTTA quienes señalan:

En ausencia de modificaciones profundas en el desarrollo socioeconómico de nuestro país, la tecnología de Salud Pública (inmunizaciones, educación higiénica, aprovisionamiento de agua potable, eliminación de excretas) y en menor medida la importación de tecnología médica (red hospitalaria, desarrollo de especialidades, aumento en el número de médicos y enfermeras, mejor atención materno infantil) han disminuido notablemente la mortalidad (1977: 77).

Y a su vez, ALBA sostenía en 1977 que,

En este marco general de desenvolvimiento del país, el impacto de una tecnología sanitaria, que se importa significativamente del exterior, y de la creación de una infraestructura sanitaria y de gasto social que operan aunadas a una cierta elevación de los niveles de vida y de cultura de la población, se producen resultados espectaculares en la conservación y extensión de la sobrevivencia de la población (1977: 21).

Señalando que las escasas interpretaciones sobre el descenso de la mortalidad en Yucatán dan explicaciones similares, aun cuando se tiende a enfatizar sobre todo las acciones de salud pública. Así J. W. RYDER (1977), al analizar el descenso de la tasa de mortalidad en una localidad del sur yucateco, lo atribuye casi por completo a los programas de salud pública; en primer lugar, al programa de erradicación del paludismo y a la vacunación masiva, lo cual según el autor se asoció con un reconocimiento de la utilidad de los servicios médicos. Por su parte GONZÁLEZ NAVARRO (1974), al referirse al decremento de las enfermedades hídricas, señala —con datos para 1944— la importancia de las obras de infraestructura sanitaria a nivel nacional, pero indicando que específicamente para Yucatán ha tenido también incidencia el mejoramiento de los servicios médicos.

Consideramos que estas explicaciones solo son correctas parcialmente, dado que algunas no guardan relación con los procesos que ocurrieron en la entidad, ya que como ya hemos visto, el mejoramiento del aprovisionamiento de agua es reciente, y siguen siendo mínimas las redes de alcantarillado, con muy baja existencia de fosas sépticas y letrinas, y con predo-



minio de la defecación directa sobre el suelo. También hemos señalado la deficiente calidad del agua, así como los procesos de contaminación de las fuentes de abastecimiento.

Si bien Yucatán es, como analizamos, uno de los estados con más temprana y mayor expansión de los servicios biomédicos, no cabe duda que los mismos se concentraron en Mérida y en el norte del estado, con una menor presencia en las otras dos regiones. No obstante, aún en estas regiones contamos ya con servicios biomédicos desde 1920 tanto oficiales como privados, los cuales se irán incrementando lentamente, hasta que a partir de 1950 el incremento es mayor, el cual se maximaliza durante la década de los 70. Y sin concluir que la presencia médica es el factor decisivo, dado que el descenso ya se había iniciado por lo menos desde los 40', necesitamos reconocer que dicha presencia tuvo efecto en la reducción de la mortalidad tanto cuando se dio un decremento acelerado, como cuando luego se lentificó.

Algunos analistas han atribuido un papel especial a la educación para la salud en el descenso de la mortalidad, lo cual me parece dudoso, ya que durante las décadas en que se inicia y se acelera el descenso de la mortalidad observamos que las tasas de analfabetismo son de 64,7% y de 52,2% para los años 1930 y 1940 respectivamente. Y si bien hay un aumento notorio de la alfabetización respecto al período 1900/1915, este aumento no puede explicar por sí mismo el descenso de la mortalidad, máxime cuando el proceso de alfabetización operará no en la generación adulta sino en los niños; es decir que las tendencias dominantes seguirán siendo impuestas a nivel de la organización familiar por los analfabetos; y recordando que las más altas tasas de mortalidad seguirán presentándose en los grupos infantil y preescolar.

Además, según nuestros criterios, para analizar la incidencia de los factores educacionales, no deben reducirse éstos al analfabetismo/alfabetismo, al hecho de aprender a leer y/o escribir, sino que debe estudiarse el proceso de escolarización formal, de socialización secundaria, de los cuales la alfabetización no constituye más que una parte y solo medida en términos cognoscitivos. Y desde esta perspectiva, nos interesan no solo los alfabetizados, sino la población que llevó a cabo una escolaridad formal. Y según los datos censales vemos que todavía en 1960 alrededor del 40% de las personas mayores de seis años no tenían un solo año de estudio, mientras que en 1970 este porcentaje se había reducido al 36,76%, y que además el 57,39% de la población entre 6 y 14 años no asistía a la escuela

primaria ni a ninguna otra. Es decir que, si bien la tasa de analfabetismo ha venido descendiendo en forma continua, un porcentaje muy alto de la población sigue sin incorporar, a través de la socialización, sistemas ideológicos o culturales dentro del proceso formal/informal del aprendizaje escolar.

Si bien es obvio que no debemos reducir la educación para la salud a los niveles educativos formales, no cabe duda que éstos deben ser incluidos por las razones señaladas, y debido a que la educación para la salud no aparece impulsada ni organizada por el Sector Salud, salvo tal vez para la inmunización y para la alimentación, no existiendo recursos humanos que se hicieran cargo de dicha educación para la salud a nivel de los centros de atención primaria. Considero, no obstante, que hay un proceso de educación para la salud continua, pero que es difícil de estudiar y de evaluar, y me refiero a la educación informal que la población recibe en las consultas con médicos oficiales y privados, con el resto del personal de salud, con el personal de las farmacias.

#### *Desnutrición, aprendizaje e irracionalidades de clase*

Lo que estamos analizando sobre el papel de la educación, tal vez pueda aclararse si revisamos uno de los problemas más graves de salud en Yucatán, es decir la desnutrición, ya que además hay expertos en la materia que justamente ven en la educación una de las vías de solución a este problema de salud:

De todas las medidas para mejorar la nutrición del niño, la más barata y eficaz es la educación, ya que aun con los recursos de las familias más pobres (tortilla y frijol) es posible evitar que la desnutrición llegue a grados peligrosos. El problema fundamental es alcanzar en forma colectiva a las casi 150 000 comunidades aisladas y esparcidas por toda la república (RAMÍREZ, ARROYO y CHÁVEZ, 1971: 690).

Precisamente algunos de estos expertos, o sus colaboradores han trabajado en Yucatán, y esas conclusiones se basan en cierta medida en la experiencia yucateca.

En un trabajo de educación para la alimentación llevado a cabo en la comunidad de Sudzal, en el cual se impartieron nuevos conocimientos a las amas de casa yucatecas, se llegó a la siguiente conclusión:

Sin embargo, la aplicación de los nuevos conocimientos en los hogares fue casi nula según la encuesta por observación de siete días realizada. Es probable que las causas de la escasa aplicación de los nuevos conocimientos hayan sido el factor económico, la escasa disponibilidad de la localidad y el carácter unilateral de la educación (GALICIA Y BALÁN, 1967: 160).

Señalando los autores con razón, la existencia de determinadas prácticas y tabúes alimenticios y la organización familiar como factores que pueden incidir en la mala alimentación y en las posibilidades de influenciar pedagógicamente. Pero sin negar el papel de estos factores, este trabajo presenta varios comentarios de las amas de casa adiestradas, y uno de ellos lo hemos escuchado reiteradamente en las comunidades visitadas y estudiadas por nosotros: «Estamos aprendiendo algo nuevo; todo está bueno, solo nos falta dinero» (GALICIA Y BALÁN, 1967:159). Una evaluación reciente de un programa educativo en varios estados mexicanos, concluyó que, comparativamente, son las comunidades yucatecas analizadas las que presentan los más bajos resultados de aprendizaje y cambio. Esta evaluación se hizo sobre pautas en la ablactación, utilización de frutas en la alimentación, hábitos higiénicos, relación entre dieta y enfermedad, efecto de la contaminación en alimentos. Los autores interpretan que los factores de aislamiento y monolingüismo pueden haber contribuido a dar valores tan bajos (HENÁNDEZ, 1978). En otro estudio realizado en la zona henequenera y en la cual se señalaron varias dificultades de cooperación y participación, se concluye que la educación para enseñar a consumir alimentos que permita disminuir los daños de la pelagra es útil, «pero sus resultados son lentos y no trascienden fácilmente al estrato social bajo, que es el más afectado por la pelagra» (MADRIGAL, 1968:74-75).

Esta enfatizada dificultad en el aprendizaje, contrasta a nuestro juicio con experiencias de cambio del campesinado y de los artesanos en el aprendizaje de nuevos dibujos para los hipiles, con la adaptación de nuevos tipos de sombreros para el mercado, con el desarrollo de técnicas cerámicas y tipos de objetos cerámicos inexistentes en Yucatán hace no más de treinta años, y especialmente con la incorporación de la medicina de patente y la transformación de las prácticas de automedicación, recordando que una parte de estos cambios ya había sido señalada por antropólogos desde década de 1930.

¿Qué significan entonces estas limitaciones al cambio educativo en el área alimenticia? Según RAMÍREZ, ARROYO y CHÁVEZ (1971), ello es debido al aislamiento en que viven las comunidades, proponiendo la rup-

tura del aislamiento para obtener un mejor proceso educativo. Pero si esta propuesta la aplicamos a Yucatán, o mejor aún a la zona henequenera, que estos mismos autores reputan de muy mala nutrición, resulta que dicha zona es de las mejor comunicadas de Yucatán, es decir no se caracterizan por el aislamiento. El sistema de caminos y de vías férreas desarrollado internamente por los yucatecos desde finales del siglo XIX, fue uno de los más tempranos y mejores de México, y si bien posteriormente se generó un estancamiento económico y cierto deterioro de las vías de comunicación, sin embargo, las comunidades siguieron estando comunicadas. Pero además de mejores y más tempranas vías de comunicación, en Yucatán se han dado tasas más tempranas y más altas de alfabetización en términos comparativos y el problema nutricional no puede ser referido a «bolsones aislados», puesto que constituye un problema sumamente extendido en este estado.

Consideraciones como las señaladas no ayudan a entender los procesos reales generados en Yucatán, y han conducido paradójicamente a conclusiones antagónicas a partir del análisis de un mismo proceso. Así para unos la comunicación y la ruptura del aislamiento, constituye la solución; mientras para otros estos mismos factores representan la «suma de todos los males», ya que las comunicaciones «perforan», distorsionan, eliminan las formas «sanas» de vida campesina. Esta manera abstracta, monocausal, lineal, polarizada de utilizar los datos por autores que emplean metodologías dizque positivistas o dizque marxistas, evidencia nuevamente el peso negativo de las ideologías en las interpretaciones de los procesos que estamos analizando.

Esta problemática, podemos profundizarla a través de la observación de los cambios en el consumo y no solo alimentario, que se han dado en comunidades yucatecas aisladas y no aisladas. Y así, por ejemplo, personal que ha estudiado el aumento del poder adquisitivo en los nuevos ejidos ganaderos del sur de Yucatán, informa que una gran parte de los ingresos se dedica a gastos suntuarios, a bebidas alcohólicas, a refrescos. Esta orientación en el consumo ha sido planteada, además, por aquellos que señalan la «irracionalidad» de la conducta del campesino o, para ser más correctos, de «muchos» miembros de los estratos de menores ingresos, que prefieren vender la leche que les regala el centro de salud a darla de beber a sus hijos; o a consumir coca cola en lugar de carne. ¿Cómo explican los antropólogos o los especialistas en salud pública, el rápido cambio en los patrones de algunos consumos y la fuerte adhesión a otros? Es decir,

¿cómo explican la aceptación rápida de la coca cola, la «manzanita» o el «pino»<sup>83</sup> y el rechazo de productos entregados por el sector salud, incluidos tipos de alimentos considerados necesarios por los nutricionistas?

La mayoría de los autores encuentran la explicación en la «irracionalidad» de esta conducta, pero no hacen ningún esfuerzo para entender la «racionalidad» de la misma; y frecuentemente le echan la culpa a «los medios de comunicación masiva». Pero, además, no se interrogan ni responden otra pregunta posiblemente más decisiva: ¿por qué, pese a estos cambios negativos en el consumo, las tasas de mortalidad siguen bajando? Y es en función de ello, que formularé otros interrogantes referidos a la cotidianidad de algunos sujetos y grupos sociales de los estratos subalternos de Yucatán, preferentemente de Ticul, tratando de responderlos apelando a la racionalidad posible de sus comportamientos. Y así, por ejemplo, frente a la pregunta sobre ¿Cuál es la racionalidad que lleva a muchos varones yucatecos a ir con su antigua escopeta a la espalda mientras van a pie o en bicicleta por caminos rurales de Yucatán? Por supuesto que la posibilidad de cazar un venado, un pavo de monte o algún otro animal vendible y comestible. ¿Cuál es la racionalidad que lo lleva a quedarse solo con las patas y la cabeza y vender el resto del animal a las carnicerías, restaurantes o personas con mayor capacidad económica? Por supuesto que ninguna antigua estructuración del reparto preferencial del objeto cazado, sino una simple y clara determinación económica.

Pero además ¿Cuál es la racionalidad de vender la leche, que inclusive a veces le regala el centro de salud a través de sus programas alimentarios? Lo cual hacen sobre todo las mujeres, inclusive las que tienen hijos pequeños, y cuya racionalidad tiene que ver, por lo menos en Ticul, con que la leche es un producto escaso y caro; su venta puede suponer ingresos comparativamente altos, que sirven para comprar productos que las personas consideran necesarios. Pero, además, esta racionalidad económica no solo opera en función de estas necesidades, ya que la comunidad sabe de la venta de la leche por algunos de los encargados de distribuirla gratuitamente o de venderla a precios bajos ya sea en su puesto del mercado o en el consultorio médico, tal como lo hemos observado en Ticul. Como también sabe de la distribución diferencial de la leche a familiares, amigos o personas conocidas, como parte de relaciones de reciprocidad o

83 Estos nombres refieren a refrescos.

clientelares. Por lo cual suelen ser las propias instituciones, incluidas las de salud, las que «demuestran» a la población los beneficios económicos de la venta de la leche. Pero además ¿Cuál es la racionalidad de entregar a las madres fórmulas lácteas, en lugar de impulsar el amamantamiento al seno materno?

Y estas preguntas suelen ser referidas por el personal de salud a la «irracionalidad» de las madres, sin incluir las actitudes económicas y políticas generadas por sujetos e instituciones respecto de los usos de la leche. De tal manera que la irracionalidad solo es detectada en los estratos subalternos, tal como ocurre también con la crítica a los sujetos que gastan su dinero en alcohol o en refrescos, en lugar de consumir productos alimenticios, sin que quede claro si los que pueden comprar tanto alcohol como carne serían también «irracionales». Hay en todo esto una notable obviedad, que, no obstante, hay que poner de manifiesto, ya que lo que opera es una «irracionalidad de clase»; el acto se convierte en irracional o no según se tenga o no capacidad adquisitiva.

En la construcción de esta «racionalidad», como señalé, cumplen una función importante los propios servicios de salud, aunque a veces en forma compleja y paradójica, ya que por ejemplo es el personal del salud, incluidos los médicos, los que para los padecimientos gastrointestinales que constituyen una de las principales causas de mortalidad, recomiendan el consumo de refrescos, sobre todo manzanita y coca cola, ya que los consideran las bebidas más potables que pueden consumirse en la comunidad, lo cual es correcto. Es decir que el personal de salud recomienda beber refrescos producidos por grandes empresas capitalistas y no «agüitas» de frutas u horchatas fabricadas por la gente, contribuyendo con ello, como dirían algunos analistas, a la reproducción del capital y a cuestionar costumbres tradicionales, lo cual puede ser verdad, pero también es verdad que «manzanita» y «coca cola» constituyen las bebidas más potables, y que pueden contribuir a disminuir la mortalidad, sobre todo en niños pequeños, por lo menos en el caso de Yucatán.

Y este caso constituye un ejemplo casi paradigmático de los procesos que estamos analizando, así como de algunas de sus interpretaciones como hemos visto previamente; ya que la coca cola y la biomedicina son «externas» a la comunidad, y el personal de salud impulsa el uso de las mismas. Consumo de refrescos y de fármacos que van a ir constituyéndose en parte de los comportamientos normales de la población, y que además

desplazarán y posiblemente sustituirán a las viejas costumbres, o convivirán un tiempo con ellas hasta su desaparición.

Un aspecto fundamental que surge de estos casos y procesos es que, por lo menos parte de su uso es debido a su eficacia comparativa, ya que, sin negar la importancia de la eficacia simbólica, considero que las principales razones de la apropiación de los saberes hegemónicos médicos por parte de los sujetos y grupos subalternos reside en su eficacia práctica. Considero que no es la palabra en sí, sino la palabra que tiene que ver con un referente práctico, lo que genera modificaciones en los comportamientos de la gente, inclusive la modificación de costumbres «ancestrales» como serían —según la mayoría de los analistas— las enfermedades y terapéuticas tradicionales. Las clases subalternas no van a modificar sus comportamientos por las pláticas «teóricas» que les da el personal de salud, sino por los logros que se obtienen por el uso del fármaco recetado. Lo cual no niega que la población genere críticas, desconfianzas, resistencias y hasta rechazos verbales hacia la biomedicina, pero dichas palabras tenemos que contrastarlas con la trayectoria no solo de los comportamientos de los sectores sociales subalternos, sino también del Sector Salud.

Y así, un estudio sobre el centro de salud del INI localizado en la comunidad de Peto señala que

En el caso de la vacuna antivariolosa se observó una gran resistencia de la población por aceptarla; se señalaron como motivos principales de tal oposición: los accidentes, complicaciones y reacciones secundarias de la vacuna, provocadas por descuidos y falta de previsiones que debió indicar el personal que la aplicó. En algunos casos, mencionan los habitantes de las comunidades, que los vacunados se vieron tan graves que inclusive se presentó alguna defunción a consecuencia de la vacuna. Por otra parte, hubo informaciones de que se utilizó linfa muy virulenta. Desgraciadamente, la población identificó todo tipo de vacunas con la antivariolosa y el solo hecho de escuchar la palabra vacuna los atemorizaba; por esta razón, el personal de Salubridad tuvo que ser cauto en el empleo de este término. Al hacer las promociones para las campañas contra la poliomielitis, tos ferina y tétanos, generalmente se les explicaba que las vacunas eran medicamentos para protegerlos contra esas enfermedades y que se aplicaban por medio de cucharaditas e inyecciones. Además, se les creaba la confianza y seguridad de que el personal de Salubridad del Centro, les prevenía las reacciones que pudieran ocasionarse, las formas de controlarse y que en el supuesto caso de complicaciones, tendrían la atención médica necesaria (G. GONZÁLEZ, 1962: 118).

De este informe sobre Peto, se desprende que son los «educadores» los que practican actividades e inclusive utilizan materiales que crean las condiciones de aceptación o de «rechazo», y que una reformulación de la relación con la comunidad puede conducir a la población de la «resistencia a la aceptación».

En el trabajo de G. González se dan datos sobre los altos rendimientos del nuevo centro de salud del INI instalado en Peto, y esto no solo referido a la atención médica sino también a la aplicación de diversas vacunas. Pero esto no suele ser permanente, ya que, si observamos el historial de los centros del INI o de la Secretaría de Salud, encontramos una notable discontinuidad en las campañas de inmunización, y en el caso del INI un paulatino y continuo descenso de sus actividades. Esto se verifica tanto en la reducción del personal médico, que pasa de estar constituido por tres facultativos en 1962 a ser solo uno en 1978, como en el desmantelamiento casi total del equipo material entre las mismas fechas, lo cual se traducirá en una reducción de la demanda. Es observando esta trayectoria que podemos constatar que las instituciones no solo operan en forma discontinuada, sino que pueden llegar a utilizar «biológicos» inadecuados, y no dar información a la población sobre las consecuencias de los mismos, aun cuando más adelante la den. Y es esta discontinuidad de los servicios de salud, así como otros procesos que vive la población, los que necesitamos buscar para explicar, por lo menos, parte del rechazo y resistencia, así como el desarrollo de conductas «irracionales» que hemos observado en Ticul y Pustunich.

Son estas experiencias las que influyen en el aprendizaje de los conjuntos sociales mucho más que las comunicaciones formales, máxime cuando un porcentaje de dichas acciones formales no es eficaz. Una cosa es hablar sobre la pelagra y enseñar técnicas culinarias eficientes, y otra proveer de medicamentos que curen sintomáticamente la pelagra: «De hecho en Yucatán no se le hace mayor caso [a la pelagra] y cuando en las clínicas se presentan enfermos de este síndrome, lo más que se hace es ponerles un par de inyecciones de ácido nicotínico y regalarles un frasco de levadura de cerveza» (MADRIGAL *et alii*, 1976:659). La eficacia inmediata, que no es privativa de los estratos sociales subalternos; la racionalidad económica e ideológica con que los sujetos y grupos resuelven sus necesidades reconocidas de salud; las transacciones que generan en función de su situación social, operan en el proceso de modificación y uso de los saberes que los sujetos subalternos tienen respecto de los procesos de s/e/a-p.



El estudio y comprensión de la racionalidad cultural e ideológica de los grupos hacia la economía o hacia la enfermedad ha sido y sigue siendo uno de los objetivos centrales de la antropología, y dicha racionalidad ha sido buscada e interpretada desde muy diferentes marcos teóricos, pero sin embargo, en el caso yucateco la racionalidad económica y la referida a procesos de *s/e/a-p* han sido frecuentemente analizadas a través de marcos teóricos unilineales, que dejan de lado la complejidad de los procesos, en beneficio de explicaciones mecanicistas. Ya hemos señalado que la racionalidad del rechazo/no rechazo a las vacunas debe buscarse en la experiencia colectiva que los yucatecos han tenido no solo con la eficacia/no eficacia de las mismas, sino con los servicios de salud y la discontinuidad de los mismos. Dicha experiencia supone incluir no solo la eficacia de las inmunizaciones sino también las consecuencias negativas de las mismas, así como la reducción o intensificación de las campañas de inmunización a lo largo del tiempo, y también las intervenciones incorrectas sobre la población yucateca.

Durante la década de 1920 se realizaron en Yucatán, pero sobre todo en Mérida, campañas de vacunación contra el tifo, que, por supuesto no dieron ningún resultado positivo, debido a la ineficacia de la vacuna aplicada, subrayando que dicha campaña fue impulsada por A. Carrillo Gil, quien eras uno de los más destacados y conocidos pediatras yucatecos. Ahora bien ¿cuáles fueron las consecuencias de este fracaso en el desarrollo de rechazos y resistencias por parte de la población yucateca, ya que dicha vacunación no impidió que la población siguiera enfermándose y muriendo del padecimiento contra el cual se la vacunaba? No cabe duda que no lo sabemos, pero hipotéticamente estas y otras experiencias negativas, pueden haber contribuido a fomentar el rechazo hacia las vacunaciones, pero lo notable a mi juicio es que, pese a ello, lo que va a ir dominando no es la resistencia sino la aceptación de los programas de inmunización. Receptividad para las vacunas que no puede ser explicada por las acciones educativas realizadas por el Sector Salud, ni a través de la continuidad y eficiencia de los centros de salud, sino a una discontinua pero constante expansión de los servicios médicos, a la aplicación de medidas coercitivas, al impulso dado a unas pocas medidas preventivas, y a la propia experiencia de la población.

Para comprender la racionalidad/irracionalidad con que actúan los sectores subalternos yucatecos respecto de los procesos de *s/e/a-p* necesitamos incluir las formas arbitrarias, frecuentemente erráticas con que

actúa el personal de salud; necesitamos incluir el énfasis en determinados programas y el olvido de otros, así como el uso por el Sector Salud de curadores tradicionales, pese a criticarlos. Es decir, los sectores subalternos necesitan desarrollar una racionalidad que incluya procesos aparentemente contradictorios.

Necesitamos por lo tanto describir y analizar la racionalidad con que actúan los sectores subalternos y los dominantes respecto de los procesos que nos interesa entender, pero no para imponer a dichos procesos nuestra racionalidad como investigadores, ya que hemos observado reiteradamente que éstos pueden señalar las formas negativas en que el personal de salud trata a la población subalterna, pero también pueden adherir y defender la racionalidad de los subalternos, aun en los aspectos en los que éstos demuestran serios errores. De tal manera que toman partido respecto del valor de una técnica productiva o de una terapéutica tradicional, y se convierten en pro-rozado o en pro-*shamanes* sin tomar en cuenta las consecuencias negativas que las mismas pueden tener.

Así, varios autores han enumerado las características negativo/positivas del sistema rozado/tumba, respecto del cual E. Hernández realizó una excelente síntesis, ya que según este autor, el campesino yucateco tiene toda una serie de saberes positivos, dado que

Reconoce en forma consciente la importancia del período de barbecho en el aprovechamiento constante de los suelos, que analiza la condición de la selva durante el proceso de selección del terreno para su milpa, que hace un desmonte selectivo y deja los tocones para el restablecimiento más rápido de la selva, y que tiene nociones sobre la relación: condición de la selva-propiedades del suelo (HERNÁNDEZ, 1959: 46).

Pero este reconocimiento no implica que tal saber no genere consecuencias negativas en el área productiva, que, por ejemplo, ha conducido a la pérdida de áreas forestales, o a la erosión creciente de sus tierras, y que además ese campesino no sepa cómo resolver dichos problemas. Así en Yucatán, cada vez que se anticipan las lluvias a las quemas —y recordemos que por tratarse de un área ciclónica hay muchas probabilidades de que esto ocurra— quedan grandes extensiones de tierra sin sembrar, y además lo que se siembra rinde poco. Frente a esto el campesino yucateco no solo no sabe a qué se debe, sino que no tiene ni ha desarrollado técnicas para controlar la situación que lo expone a graves situaciones económico/alimenticias. El análisis de los procesos productivos campesinos no solo

debe efectuarse a través de la racionalidad dominante que lo explota, sino a través de la propia racionalidad que lo limita, y a través de la cual él se ha auto explotado.

Lo cual implica asumir que las explicaciones y tratamientos tradicionales respecto de los principales padecimientos que afectaban a la población yucateca no fueron eficaces, dadas las altísimas tasas de mortalidad dominante, y que la racionalidad con que los justificaban y aplicaban tenían que ver con lograr un mínimo de eficacia, pero que correlativamente justificara la persistencia de las altas tasas de mortalidad. Y es a partir de este reconocimiento que necesitamos asumir que, como vimos, las acciones salubristas y clínicas directas e indirectas cumplieron y siguen cumpliendo un papel decisivo en la reducción o por lo menos contención de los daños a la salud.

Pero necesitamos reconocer críticamente dicho papel, dado que algunas medidas salubristas no tuvieron el efecto que se pretende, ya que no se desarrolló una infraestructura sanitaria en la mayoría de las poblaciones. A su vez, las inmunizaciones no tuvieron incidencia inicial, sino en el caso de la vacuna antivariólica, ya que la mortalidad por sarampión, tos ferina, difteria y tuberculosis habían iniciado su descenso antes de la aplicación sistemática de las vacunas específicas, lo cual ya había ocurrido en el caso de países europeos<sup>84</sup>. Pero además el decremento de la mortalidad por paludismo, por diarreas, y por enfermedades respiratorias agudas, que fueron y siguen siendo —en el caso de las dos últimas— las principales causas de muerte, no puede explicarse por la acción inmunizadora. No obstante, reconocemos que las vacunas tendrán un importante papel sobre todo a partir de la década de los 60, para seguir manteniendo, aunque sea en forma desacelerada, la tendencia a la baja de las tasas de mortalidad infantil y preescolar.

Y por último tenemos las acciones clínicas biomédicas, señalando dos aspectos que considero importantes; el primero refiere a la influencia no solo directa sino indirecta de la atención biomédica, y el segundo a la im-

84 Autores como F. DELARUE (1980) cuestiona que las vacunas tengan algo que ver con el descenso de la mortalidad de la mayoría de las «enfermedades prevenibles por vacunación», mientras McKEOWN elabora en (1976) un notable análisis de conjunto de las condiciones que dieron lugar al descenso de la mortalidad en Inglaterra, Gales y otros países europeos, para concluir que las vacunas casi no incidieron en la reducción de las tasas de mortalidad de las principales enfermedades.

portancia que potencialmente tiene la relación personal de la población con los médicos y el resto del personal de salud. Por influencia directa nos estamos refiriendo a la que tienen los médicos con los pacientes y familiares del mismo, tanto a nivel oficial como privado, y que tuvo una expansión más temprana y amplia en Yucatán, inclusive a nivel de medianas y pequeñas comunidades.

Y por influencia indirecta, al uso de medicamentos biomédicos que son parte básica del saber biomédico, pero que no solo los sujetos y grupos aprenden a utilizar a partir de los facultativos, sino también a través de familiares, vecinos, tenderos, farmacéuticos, y también de curadores tradicionales, hasta ir convirtiéndose en el tipo de medicamento más automedicado. Tanto así, que cuando los sujetos y grupos, incluido el personal de salud, e inclusive los científicos sociales, hablan actualmente de automedicación solo, piensan en términos de medicina de patente. De tal manera, y es uno de los aspectos que me interesa destacar, que los sectores sociales subalternos han hecho «suyos», es decir son parte del saber popular, los fármacos biomédicos inventados, producidos y recetados por los sectores sociales dominantes, lo cual no solo constituye un éxito económico para una parte de éstos, sino un éxito ideológico/cultural para el sistema dominante.

Los fármacos vienen siendo recetados por los médicos, por lo menos desde finales del siglo XIX en Yucatán, pero necesitamos asumir que la mayoría de ellos eran ineficaces, y salvo algunas excepciones los primeros medicamentos eficaces, es decir las sulfamidas y los antibióticos comienzan a aplicarse en Yucatán durante las décadas de 1930 y 1940, respectivamente. Las diferentes fuentes, trabajos antropológicos, materiales estadísticos e informes del sector salud, indican, por ejemplo, el enorme y temprano uso de antibióticos en México, y así A. GONZÁLEZ y A. SANDOVAL señalan que

El éxito alcanzado en el tratamiento de determinadas infecciones bacterianas por la aplicación de penicilina ha conducido a un empleo anárquico y desmedido de la droga. Este antibiótico ha sido empleado no solo en cualquier infección con gérmenes, sino hasta en entidades clínicas que no tienen por causa microorganismos (1946: 193).

Y éste es un aspecto que me interesa comentar y que tiene que ver con la influencia médica ya señalada, dado que todo indica que los sectores subalternos y no subalternos han aprendido de los médicos, y en segundo lugar del resto del personal de salud, no solo los usos correctos, sino

también los usos incorrectos de los fármacos, incluidos los antibióticos. Es de los médicos que la gente aprendió a utilizar antibióticos correctamente para ciertas enfermedades respiratorias agudas, pero es también de los médicos que aprendió para tratar las gastroenteritis con antibióticos, lo cual es incorrecto. Y es en gran medida por este «efecto médico», que la población siguió realizando automedicaciones correctas e incorrectas.

Ahora bien, el aumento del número de farmacias, la presencia de botiquines en instituciones no médicas, el incremento del número de médicos, la extensión de los servicios de salud, el desarrollo de campañas de inmunización favoreció constantemente el uso de fármacos de patente a nivel nacional, y en Yucatán en particular. Ya hemos visto cómo los servicios médicos ejidales generaron un alto volumen de recetas y cómo los medicamentos y botiquines constituyen ejes de las demandas de los campesinos desde finales del decenio de 1930, y este proceso se incrementará en las décadas sucesivas ya que tanto a nivel mundial como nacional son las décadas de 1940 y 1950 las que suponen el desarrollo creciente de la producción y consumo de fármacos.

Ya ha sido sumamente descripto y analizado cómo este desarrollo se efectúa a través de la acción intensiva que las compañías productoras y vendedoras de medicamentos especialmente sobre los médicos y sobre el sector salud oficial, dado que inicialmente es a través de los médicos que el paciente aprende a utilizar los fármacos. Ya analizamos en otro trabajo (E. L. Menéndez 1979b), cómo dicho proceso tiene consecuencias positivas tanto para médicos como para las empresas productoras de medicamentos, ya que para éstas el médico constituye el principal medio para que los pacientes se enteren, demanden y compren medicamentos, mientras que correlativamente dota al médico de un instrumento que le permite tener una eficacia comparativa respecto de otros curadores, y le permite la posibilidad de mayores ingresos mediante la venta directa y/o indirecta de los medicamentos, por lo menos en comunidades de Yucatán.

La notable expansión de la asistencia médica en Yucatán debe ser relacionada con la expansión de la medicina farmacológica, y así, por ejemplo, el análisis del volumen y tipo de recetas generado para instituciones como los Servicios Médicos Ejidales para la década de 1940, evidenciaría un temprano desarrollo de la polifarmacia. El aumento del número de farmacias en todo el territorio yucateco durante el decenio de 1960 y sobre todo el de 1970 convalida dicho proceso, del cual es parte el desarrollo de un mercado «paralelo» de medicamentos basado en la compra de las

muestras gratuitas, y que existe en Yucatán: «En algunas ciudades de México, como Mérida, las ventas en el mercado de muestras gratuitas cobra particular importancia» (CAMPOS, 1977: 901). El conjunto de estos datos, evidencian la penetración de la biomedicina en Yucatán a través de la medicina de patente.

### *Mortalidad: otra vuelta de tuerca*

En varios capítulos además del específico, analicé o comenté diferentes aspectos referidos a las tendencias de la mortalidad general en Yucatán, debido a que considero que la notable reducción de las tasas de mortalidad general y etáreas así como la ampliación de las expectativas de vida constituyen dos de los fenómenos más importantes que han ocurrido en Yucatán tanto en términos sociales como a nivel de los sujetos. Y además porque nos permite analizar y tal vez comprender el papel que la biomedicina y la medicina tradicional han tenido al respecto.

De la revisión del conjunto de procesos y factores que han incidido en la reducción de las tasas de mortalidad, y especialmente de las altas tasas de mortalidad infantil y preescolar surge que para las décadas de 1930' y 1940' que es cuando se generan los más profundos descensos, no aparecen como factores decisivos la extensión de una infraestructura sanitaria, los factores educativos formales generales y específicos, ni las inmunizaciones. Además, tampoco son factores de abatimiento las condiciones de higiene hogareña, ni las pautas de amamantamiento, en la medida que las mismas han permanecido más o menos constantes durante todo el período<sup>85</sup>.

85 Ya hemos hecho extensas referencias a las notables condiciones de higiene personal y hogareña yucatecas, así como a la extensión del período de lactancia. Debe recordarse que el amamantamiento durante un largo periodo tiene no solo efecto nutricional, sino que también posibilita mejores condiciones de higiene, ya que elimina durante un lapso prolongado la ingesta de leche no materna, y la mayor potencialidad contaminante de la misma. La leche de vaca o de cabra supone posibilidades mayores de manipulación antihigiénica y, además, debido a sus condiciones de producción, constituye en muchas áreas uno de los vehículos de patogenicidad para los niños. Estas características eran reconocidas para la producción láctea yucateca por el propio gobierno, ya que en la década de 1940 indicaba la «criminal» adulteración de la leche, el elevado porcentaje de vacas enfermas debido a la baja alimentación y a las condiciones de los establos, así como sobre todo al número de vacas tuberculosas y pretuberculosas. Tanto los datos censales como los obtenidos por informantes en algunas

De nuestro análisis general de Yucatán surge que han incidido en el descenso de la mortalidad el mejoramiento de las condiciones alimenticias y el aumento del poder adquisitivo producidos durante la década de 1940 y primeros años de la siguiente década, así como el desarrollo sistemático de actividades de saneamiento ambiental (acción antimalaria), y el desarrollo expansivo de la medicina de patente incluido el cambio en las pautas de automedicación.

En este proceso, la atención médica y paramédica actúa como un vehículo de demostración, cuya función, si bien limitada, no puede desprenderse del conjunto de medidas que operan ideológicamente, además de estructuralmente, sobre los procesos de *s/e/a-p*. Señalamos esto ya que, si bien consideramos limitadas las acciones médicas directas, su secundarización nos puede llevar a conclusiones esquemáticas y unilaterales que no nos permiten explicar los procesos analizados, pese a que los expliquemos. Dos trabajos sobre la situación mexicana, señalan la limitada influencia de la atención médica en las condiciones de salud de la población; Heredia Duarte analiza la mortalidad general, infantil y preescolar para el quinquenio 1966-1970, con el objetivo de relacionar las tasas de mortalidad con el nivel de desarrollo socioeconómico, y observar si la atención médica incide en la magnitud de los daños. El nivel de atención médica se analizó en función del número de médicos y de camas hospitalarias, concluyendo el autor que «No se encontró correlación entre la magnitud de la atención médica y la de las tasas de mortalidad» (HEREDIA DUARTE, 1972:492).

COLLADO ARDÓN llega a conclusiones similares, pero sosteniendo planteos aún más críticos respecto a las consecuencias de la actividad médica: «Nosotros encontramos que la disponibilidad de atención médica en los estados mexicanos no producía un nivel correlativo en las tasas de mortalidad general, infantil y preescolar. Por consiguiente, todo parece indicar que la salud no depende de la atención médica» (1978: 26), y agrega: «La atención médica sí produce efectos significativos en la mortalidad neonatal del país, pero esos efectos se pierden conforme la salud del individuo depende menos del cuidado hospitalario y más de su enfrentamiento al medio social» (1976: 59-60). La atención médica juega una función eficaz en poblaciones con mejor nivel de vida, pero «Aunque faltan ele-

---

comunidades evidencian la existencia de ganado en tierras ejidales y parcelanas y su utilización como productor lácteo.

mentos probatorios, parece lógico suponer que en los grupos socioeconómicos débiles la atención médica no logra un descenso significativo de la mortalidad» (COLLADO ARDÓN, 1976: 59), señalando que este autor toma en consideración casi los mismos indicadores que Heredia Duarte.

Lo señalado por estos autores es correcto en términos globales, ya que son las condiciones de vida las que generan mejores condiciones potenciales de salud o, para ser más precisos, las que reducen el efecto de determinados daños; de manera secundaria incidirían algunas acciones de salud pública, y solo en último término las condiciones de la atención médica. Pero, ¿cómo aplicamos esta interpretación a Yucatán en particular, y a México en general?, asumiendo además que esta interpretación es propuesta también por autores ideológicamente mucho más radicales que los autores citados, ya que proponen que el desarrollo capitalista actual mexicano genera condiciones de salud negativa, lo cual constituye a todas luces una falacia respecto de las tendencias en la mortalidad y de la esperanza de vida de ese país. Que el desarrollo capitalista dependiente genere una situación de desprotección social para la salud de gran parte de las clases subalternas; que se generen nuevos y graves problemas de salud, y que además existan condiciones desiguales de atención médica, es una cosa muy distinta que sostener el incremento unilineal de las condiciones negativas de salud, y menos referidas a la mortalidad y esperanza de vida, cuyas tendencias no pueden ser explicadas a través de sus interpretaciones.

Considero que la primera aproximación deja de lado el papel de algunas consecuencias de la expansión biomédica, y que la segunda propone una concepción unilateral que concluye por esquematizar la dinámica real de los procesos que se pretende analizar. El desarrollo capitalista supone en todos los contextos donde opera el desarrollo de procesos contradictorios a nivel económico/político y de sus relaciones con los procesos de s/e/a-p. Ahora bien, uno de los aspectos aparentemente contradictorios en las sociedades de capitalismo dependiente, es que la profundización del proceso capitalista se correlaciona con un cada vez mayor abatimiento de las tasas de mortalidad, y que la profundidad y velocidad de estos abatimientos depende del desarrollo capitalista alcanzado. Lo cual podemos observar a través de las tasas de mortalidad infantil comparando la situación de Uruguay o Costa Rica con las de Bolivia o Haití. Lo cual, y lo subrayo, no supone hacer una defensa del capitalismo, sino primero señalar los procesos que están realmente ocurriendo, y segundo evidenciar el



ideologismo de gran parte de las críticas al mismo, por lo menos en el caso de los procesos de s/e/a-p.

El desarrollo estratificado de las sociedades capitalistas implica generalmente un desarrollo desigual y estratificado de la distribución de los padecimientos y de la atención médica de los mismos. El Sector Salud y la atención médica no constituyen instituciones y hechos aislados ni aislables, sino que son parte de una determinada sociedad, y expresan el juego de fuerzas sociales existentes, y los objetivos de dichas fuerzas, y especialmente los objetivos de las clases dominantes. Y en México, el Sector Salud se propuso reducir las tasas de mortalidad a nivel nacional y local, así como extender la atención biomédica respecto de los sectores sociales que no solo tenían que ver con el desarrollo económico/productivo del país, sino con la capacidad de demanda de los mismos. Y por eso el estado mexicano decidió dar las mejores coberturas a los trabajadores industriales (IMSS), que incluye sectores agrarios en función de su significación económica, como ocurrió durante un lapso con los henequeneros de Yucatán; en segundo lugar, dio cobertura a quienes trabajan para instituciones del estado (ISSSTE); y en último lugar al campesinado, y sobre todo el campesinado de subsistencia (SSA). Lo cual replica no solo lo que ocurrió en los países de capitalismo avanzado, sino también en los denominados «socialistas reales».

Este proyecto, con las variantes propias que hemos descripto, se aplicó también a Yucatán, pero dentro de una situación económico/productiva intermitente, que incluyó largos períodos de deterioro económico que afectó a los estratos bajos de la sociedad y sobre todo al campesinado. No obstante, esos procesos, si bien se correlacionan con una disminución de la velocidad y profundidad del abatimiento de la mortalidad, si bien se reflejan en la disminución comparativa del ascenso en la esperanza de vida, no suponen un retroceso en términos absolutos; la mortalidad general, así como las mortalidades diferenciales, siguieron descendiendo. Ya sabemos que a nivel nacional durante las décadas de 1960 y 1970 se presentan durante algunos años incrementos en la tasa de mortalidad general y de algunas mortalidades específicas; y en Yucatán a partir de los datos estatales, y de los que tenemos sobre Ticul, parece haberse dado un proceso similar. De todas maneras, el análisis de la mortalidad indica una tendencia decreciente, aunque cada vez más desacelerada; y es en función de ello que deben analizarse las medidas aplicadas por el gobierno federal durante la década de 1970, a través del notable incremento de las inversiones en salud en Yucatán.

A partir del conjunto de estos señalamientos, trataré de observar las tendencias de la mortalidad en Yucatán a través de la periodización utilizada en capítulos anteriores para el lapso 1900/1978, para ver si logramos encontrar explicaciones más puntuales. El primer período, que llega hasta 1914, se caracteriza por altas tasas de mortalidad general e infantil, por un incremento de la medicina privada, concentrada básicamente en Mérida, por el desarrollo de una medicina pública reducida también a Mérida y centrada en acciones de saneamiento en las áreas de comercialización y sobre todo en los puertos, así como por una estructura social que establece una organización de clases prácticamente dicotómica.

El segundo período se extiende entre 1915 y principios de la década de 1940, y esta etapa se caracteriza por el mantenimiento de altas tasas de mortalidad general e infantil, aunque descienden las mismas y sobre todo la mortalidad infantil durante la década de 1930, pero evidenciando profundas fluctuaciones que, en gran medida, deben ser referidas a la capacidad de registro por parte del Sector Salud. Hay un notable desarrollo de la medicina privada, y la medicina pública sigue concentrada en tareas de saneamiento, aunque se desarrolla un proceso de penetración de la misma en las áreas rurales en el decenio de 1920 y sobre todo a finales del de 1930, básicamente en el área henequenera. Es durante esta última década que se iniciara el incremento de la importancia de la medicina de patente. Desde una perspectiva socioeconómica este período corresponde al del inicio y desarrollo de la crisis económica henequenera, al de la agudización de la lucha de clases, al inicio y fracaso de una alternativa política por parte de las clases subalternas. Desde una perspectiva ideológica correspondería al período en que se pondera la difusión de la importancia de la medicina científica y de la importancia de las condiciones de salud de la población, es decir que la salud del pueblo deviene una consigna ideológica.

El tercer período se extiende entre 1943-1944 y 1954-1956, y en él tanto la mortalidad general como las mortalidades específicas descienden en forma notable, sobre todo durante la década de 1940. Las fechas finales corresponderán no solo al desaceleramiento del descenso, sino a períodos en que las tasas de mortalidad general e infantil ascienden nuevamente. Este lapso se caracterizará por el notable incremento de la esperanza de vida que coloca a Yucatán por encima de la media nacional. Esta etapa es la de mayor auge económico de Yucatán, junto con la transcurrida entre fines del siglo XIX y finales de la guerra mundial de 1914-1918. Pero a la vez es el período en que los trabajadores henequeneros obtienen los más

altos ingresos en términos comparativos, el período en que se incrementa notablemente la producción maicera local destinada en gran medida al autoconsumo, y los años en que se inicia y expande la aplicación de antibióticos.

Desde la perspectiva de las acciones de salud pública, tanto las acciones de saneamiento como las tareas asistenciales siguen concentradas en el área henequenera, pero es el período en que se acentúa la influencia de una medicina basada en medicamentos, y en el cual los antibióticos comienzan a tener un papel determinante en la reducción de la mortalidad. Desde una perspectiva política este período corresponde al de la disminución de la lucha de clases, la desaparición de la alternativa de las clases subalternas, y la institucionalización de la hegemonía del estado federal.

El último período se extiende desde 1957 hasta la actualidad, y supone un proceso de extensión de servicios de salud oficiales y privados en forma constante, y que, si bien se inicia en la década de los 60, alcanza en los 70' su mayor expansión. Lo cual es correlativo de la aplicación sistemática de los esquemas de vacunación, de la generación y fenomenal expansión de nuevos antibióticos, del incremento de políticas de saneamiento no solo reducidas a acciones antipalúdicas, de la expansión de los trabajos de potabilización de agua y, en menor medida de los sistemas de drenaje. La década de 1970 supondrá, además, el mayor incremento en inversiones de salud de toda la historia de Yucatán, el cual se concentra en el IMSS, en segundo lugar, en el ISSSTE y, en menor medida, en la SSA, recordando que el IMSS es quien se encargará de extender las coberturas en las áreas rurales. Dichas extensiones de servicios de salud tendrán que ver en gran medida con la aplicación intensiva y extensiva del programa de planificación familiar, que tuvo un alto impacto en la reducción no solo de las altas tasas de natalidad, sino en la disminución y cointención de las tasas de mortalidad infantil.

Pese a esta extensión de cobertura se desaceleran notablemente las tendencias en la mortalidad, y sobre todo se dan recurrencias en el aumento de las mismas, tanto en la mortalidad general como en la infantil. Es durante este período que aparecen agudizados los problemas de desnutrición y el efecto multiplicador e inductor de la misma en las consecuencias letales de varios padecimientos. Desde una perspectiva económica, en esta etapa se entra en un proceso de crisis permanente, que afecta de manera directa a las clases subalternas, y de la cual Yucatán no ha salido hasta la actualidad. Por el contrario, todo indica una agudización cada vez mayor

de esta crisis, que se expresará en el incremento del desempleo estacionario y permanente. Desde una perspectiva sociopolítica las clases subalternas aparecen continuamente a la defensiva, y sus reacciones están depositadas casi con exclusividad en demandas económicas y ocupacionales, siendo el sector obrero el que demuestra mayor capacidad de movilización. Y será durante este lapso que las diferentes actividades biomédicas tendrán un efecto constante de contención respecto del incremento de las tasas de mortalidad.

Durante todas las etapas analizadas, tanto a nivel privado como público, el porcentaje de médicos ha sido más alto en Yucatán que en la mayoría de los estados mexicanos, y esta situación se ha mantenido hasta la actualidad. Esto implica no solo una continuidad de las acciones médicas sino, junto con esto, el efecto de demostración y «educación» que las mismas suponen. Nuestro análisis, no considera que esta presencia sea la determinante en el descenso de la mortalidad, pero tampoco planteamos maniqueamente su ineficacia casi total, o reducimos el análisis de las acciones de salud al incremento de la iatrogenia como sostienen los continuadores de Illich. Nuestros datos indican que el incremento de todas las acciones de salud pública y el aumento constante de la práctica médica privada corresponden al período de agudización de la crisis económica, a la etapa en que la desocupación se convierte en una constante en todas las regiones y no solo en la zona henequenera, en que los precios comparativos de los productos agropecuarios se reducen año tras año, en que se genera la reducción paulatina y luego acelerada de la superficie dedicada a la producción de maíz. Y en consecuencia la atención médica, el incremento del consumo de fármacos, las actividades de prevención, y la apropiación de los saberes médicos a través de la autoatención por parte de la población, operaron como contención de un proceso, cuya resultante sería el incremento de la mortalidad. El estancamiento de la esperanza de vida de los yucatecos durante el último período da la medida, a nuestro juicio, de la situación actual y de la función que cumplen parcialmente las instituciones de salud.

Nuestro análisis del descenso de la mortalidad trata de ser específico para Yucatán, aun cuando estableciendo relaciones con la situación mexicana en su conjunto, y es por ello que, si bien hemos tomado en cuenta los análisis y explicaciones respecto de la caída de la mortalidad en contextos europeos, sin embargo, considero que en Yucatán existen particularidades que nos obliga a considerar otros factores, aun cuando podamos percibir

que algunos operen en forma similar. MCKEOWN(1976), como lo señalé reiteradamente, ha producido uno de los más notables análisis sobre el proceso de descenso de la mortalidad en algunos países capitalistas, en particular Inglaterra y Gales. Según él, ese descenso se debe básicamente a la reducción de las enfermedades transmisibles y, en segundo lugar, a la de algunas no transmisibles; ya que según este autor

El descenso de la mortalidad ocurrida en Inglaterra y Gales entre 1848-1854 y 1971 es debido en un 75 % a enfermedades asociadas con microorganismos, y en 25 % a enfermedades no infecciosas. El 40 % de la reducción es atribuible a enfermedades del aparato respiratorio, un 21 % a enfermedades hídricas y un 13 % a otras infecciones (MCKEOWN, 1976: 56).

Agregando que un 26 % debe ser referido a enfermedades no transmisibles, de las cuales las dos más importantes fueron el hambre y el infanticidio.

Revisa el desarrollo epidemiológico de la tuberculosis, bronquitis, neumonía, influenza, tos convulsa, sarampión, escarlatina, difteria y viruela, y señala que la mayoría del abatimiento de estos padecimientos se genera al margen de la acción médica, incluidas las inmunizaciones. El análisis de este proceso epidemiológico global lo lleva a las siguientes conclusiones: *a*) que el aumento de la población en Inglaterra y Gales está basado en el descenso de la mortalidad y que ésta a su vez se debe al control de las enfermedades transmisibles y a la reducción del hambre y del infanticidio; *b*) que algunos decrementos pueden ser atribuidos a cambios en la relación huésped/agente, aunque éstos tendrían muy baja significación en el descenso global; *c*) que el descenso no puede ser atribuido de manera sustancial a las acciones de inmunización o a las acciones terapéuticas antes de 1935, cuando pueden usarse ya las sulfamidas. El decremento de las muertes por causas infecciosas sobre las cuales podrían desarrollarse acciones médicas antes de 1935 (por ejemplo, viruela, sífilis, tétanos, etcétera), solo en muy pequeña escala puede ser atribuido a estas acciones; así, el decremento de la incidencia de la viruela que generalmente se percibe como uno de los grandes éxitos de la inmunización solo puede atribuirse a estas acciones en un 1.6%; *d*) los factores que realmente intervinieron en el descenso de la mortalidad fueron, en primer lugar, el mejoramiento de la alimentación; en segundo lugar, medidas de higiene tanto ambiental como referida a alimentos y sobre todo a la leche. El decremento de la mortalidad por causas no infecciosas se debió parcialmente a medidas médicas, pero también a la contracepción y a la alimentación.

Del análisis de este autor surge que solo a partir de mediados de 1930, y especialmente desde la década de 1940, puede hablarse de una efectiva acción médica y de su incidencia en el decremento de la mortalidad por enfermedades. No obstante, algunos análisis sostienen que, por ejemplo, la incidencia de la biomédicina y de la tecnología médica en el abatimiento de la mortalidad en Estados Unidos entre 1930 y 1975 sería solo de alrededor del 25 % (CHEN Y WAGNER, 1978: 73).

Considero que McKeown y algunos otros autores han realizado una historia epidemiológica y social de la mortalidad que obliga a reflexionar sobre ciertas explicaciones mecanicistas respecto de los factores que reducen o incrementan la mortalidad, pues al igual que en Yucatán emergen procesos aparentemente contradictorios, ya que, por ejemplo, en Inglaterra se impulsó un desarrollo industrial que inicialmente redujo el nivel de vida de las clases subalternas, y creó condiciones negativas en el medio ambiente, pero pese a ello la mortalidad se redujo. Más aún, entre 1700 y 1900 el porcentaje mayor de abatimiento se habría presentado cuando las condiciones negativas de la clase obrera estaban en su máxima expresión. Según HOBBSBAWN la mortalidad decreció entre 1780 y 1840, pero esto

No se debió necesariamente a un aumento del consumo anual per capita, sino a una mayor regularidad del abastecimiento, es decir a la abolición de las escaseces y hambrunas que dieztaban a sus poblaciones. Probablemente el ciudadano de la época industrial haya estado peor alimentado en un año normal que sus predecesores, pero en cambio lo estaba de manera regular (1979: 85).

Pero será a partir de 1840, que el nivel de vida de la clase trabajadora comenzará a aumentar recuperando niveles anteriores a 1780-1790, para ulteriormente mejorarlos. Y así hasta 1900 mejoran la alimentación, las condiciones en la infraestructura sanitaria, la calidad de la leche que, junto con las nuevas condiciones de potabilidad del agua, redujeron la mortalidad. Solo a partir de mediados de la década de 1930 la práctica médica tendría un papel relevante en la reducción de las tasas de mortalidad y en el control de enfermedades.

Es decir, el proceso capitalista opera contradictoriamente; destruye condiciones positivas de salud y reorganiza otras condiciones potencialmente positivas, y es en esta dialéctica que debe percibirse estructuralmente la posibilidad del abatimiento de la mortalidad, o de las principales causales de mortalidad. Los análisis que solo acentúan de manera unilateral el proceso de «destrucción capitalista» no solo distorsionan la realidad,

sino que proponen interpretaciones y formas de operar que son ineficaces, dado que tienen poco que ver con lo que le ha ocurrido, por ejemplo, a las clases obrera inglesa, por lo menos en términos de mortalidad. Lo que nos enseña el proceso capitalista metropolitano es que el capitalismo puede y necesita estructuralmente solucionar determinadas problemáticas de salud, dado que, si bien son demandadas y sostenidas a través de luchas por las clases subalternas, a los sectores sociales dominantes les conviene «concederlas» en función de asegurar la productividad.

En los países de capitalismo periférico el proceso adquiere una dialéctica aún más compleja, ya que las formas de intervención iniciales de los colonizadores generaron en América un ascenso espectacular de la mortalidad, generándose una catástrofe demográfica como nunca más habría de darse en ninguna sociedad (E. L. MENÉNDEZ, 1978; HARTWIG Y PATERSON, 1978). A partir de esos derrumbes demográficos, el crecimiento de la población será lento y basado en una relación casi negativa entre natalidad y mortalidad, ya que persisten altas tasas de natalidad y de mortalidad, y solo el declive significativo de esta última generará un incremento paulatino de la población, lo cual en Yucatán se dará durante finales de los 30' y durante los 40.

Para toda una serie de autores que analizan esta problemática a nivel latinoamericano, incluido Yucatán, desde la década de 1920 son los factores nutricionales los que constituyen la clave de los principales problemas de morbimortalidad, por lo menos en los grupos etáreos infantil y preescolar, y relegan a segundo plano los otros factores, incluida la atención médica. Uno de los investigadores que más ha trabajado esta problemática en Latinoamérica, SCRIMSHAW, resume así sus experiencias:

Basado en mi experiencia personal puedo mencionar ejemplos acerca de la capacidad relativa que tiene una mejor nutrición y atención médica para reducir la morbilidad y mortalidad entre niños de edad preescolar. En tres poblados del altiplano de Guatemala con tasas de mortalidad infantil de alrededor de 100 por 1000 nacidos vivos registrados y tasas de mortalidad en niños de 1 a 4 años de 40 por 1000, llevamos a cabo durante un periodo de cinco años, un programa de alimentación en uno de esos poblados, mientras en otro poníamos en práctica un programa médico y en el último poblado nos limitábamos a observar. Todos tenían una elevada prevalencia de enfermedades respiratorias y diarreas. La alimentación suplementaria constaba solo de una bebida rica en proteínas y otros nutrientes que se daba una vez al día durante cinco días a la semana; estas raciones fueron consumidas por menos del 40 % de los niños durante poco más de la mitad del número posible de días. Sin

embargo, tanto las tasas de morbilidad como las de mortalidad descendieron vertiginosamente y no se registraron muertes causadas por sarampión entre los niños que formaban parte del programa; en cambio en los otros poblados la enfermedad se presentó con la misma frecuencia de antes y continuó teniendo un alto índice de mortalidad por caso. En el segundo poblado ninguna de las medidas médicas que se introdujeron aumentó la resistencia del huésped o interrumpió la propagación de la diarrea y de las enfermedades respiratorias. Se han acumulado muchas evidencias que indican que la mortalidad infantil postneonatal excesiva en los niños de países en desarrollo, comparada con la de los industrializados, es casi enteramente el resultado de la interacción sinérgica entre desnutrición e infección, hecho que simplemente no ocurre cuando los niños están nutridos (1977: 412-413).

Uno de los más destacados salubristas mexicanos, al analizar la situación nacional entre 1922 y 1968, señalaba que desde la perspectiva de la mortalidad el primer hecho destacable era la desaparición total de defunciones causadas por paludismo y viruela, así como el gran abatimiento del tifo exantemático y otras causas infecciosas, y el segundo la disminución constante de la mortalidad por enfermedades infecciosas en general y, en menor grado, por causas no infecciosas. Según P. D. MARTÍNEZ esto se debe al mejoramiento del nivel de vida y sobre todo de la alimentación:

La alimentación y el estado de nutrición se han mejorado por lo general, sin desconocer que persisten sectores de importancia en condiciones muy precarias. Pero además de los adelantos en la producción, distribución, almacenamiento y tecnología de los alimentos, la disponibilidad de éstos ha aumentado. Por ejemplo, en 1940 se contó con 241 grs. de maíz por día por persona; y en 1968 aumentó a 292 grs. netos; otros cereales aumentaron de 334 grs. a 417 grs. y la carne de 37,6 grs. a 46 grs. De ahí que puede aseverarse que la población está mejor nutrida que hace cincuenta años, y por tanto es justificable la hipótesis de que este mejoramiento es quizás el factor fundamental en la disminución de la mortalidad por las enfermedades infecciosas (1970: 37-38).

Lo cual se corresponde con los procesos observados en Yucatán para la década de 1940 y primeros años de la de 1950. A partir de estas consideraciones es importante revisar históricamente -aunque sea esquemáticamente- la problemática del hambre en Yucatán, ya que la misma no solo está a la base de las altas tasas de mortalidad, sino que no constituye un problema reciente sino un problema que ha oscilado entre lo epidémico y lo endémico a través de todo el lapso en que tenemos información. Y así todos los datos indican que el hambre, por lo menos durante alguna de las



etapas más recientes del periodo prehispánico, constituyó un problema epidémico que la conquista europea desequilibró contradictoriamente. Durante las etapas prehispánicas las hambrunas fueron debidas al régimen de lluvias y a las plagas de langosta, es decir fueron de carácter epidémico, aun cuando según algunos autores el incremento de la población estaba generando una situación de hambre endémica en los años previos a la conquista. Pero la conquista española diezmo la población nativa debido sobre todo a la expansión de enfermedades infectocontagiosas, lo cual generó durante casi dos siglos una baja presión por la demanda de tierras, reduciendo hipotéticamente el problema del hambre, la cual no obstante siguió siendo epidémica debido a las causas señaladas. Pero además, hasta mediados del siglo XVIII la situación de hambre se hizo sentir más en las zonas urbanas, debido al monopolio de la producción de granos por los indígenas, y si bien hubo varios lapsos de gran escasez entre el siglo XVI y mediados del XVIII a raíz de las condiciones productivas (1572, 1630-1632, 1648-1651, 1726), sin embargo hasta 1750 «solo una pérdida casi total de las cosechas podía causar escasez, mientras que después de aquella fecha hasta una cosecha mediocre podía causar una grave falta de maíz» (PATCH, 1976: 110).

Este cambio se debió al lento pero constante aumento de la población tanto indígena como española, y sobre todo mestiza, lo que condujo a que posiblemente «en la segunda mitad del siglo XVIII la gente viviera más cerca del nivel mínimo de subsistencia de lo que había vivido anteriormente» (PATCH 1976: 110). Según Patch los documentos de la segunda mitad del siglo XVIII y principios del XIX están llenos de referencias a la falta de maíz, que habría de agravarse aún más durante el período independiente. No obstante, CLINE (1978) informa, que entre 1813 y 1847 el precio del maíz se cuadruplicó en Yucatán, lo cual habría conducido al desarrollo de las haciendas maiceras, debido a que a partir de estos años la producción de maíz se vuelve rentable.

El desarrollo de las haciendas azucareras y henequeneras generó un violento proceso de apropiación de tierra y de mano de obra por parte de los sectores dominantes, que agudizó aún más la carencia de alimentos, ya que parte de la población fue separada cada vez más de la producción directa de alimentos, y debido también a que algunas de las tierras más aptas para la producción de alimentos, como las del Puuc, fueron dedicadas a la producción de henequén. El mantenimiento de un cinturón maicero no solucionó el problema, sobre todo durante los periodos de baja produc-

ción, por lo cual el hambre devino endémica con la expansión henequenera, y sobre todo a partir de la crisis de comercialización de este producto, después de la conclusión de la guerra mundial de 1914/1918.

Ya he señalado, que el régimen de lluvias y las plagas, en particular de langosta, han incidido en las epidemias del hambre, pero no alcanzamos a precisar cómo las mismas han afectado las tendencias demográficas y en particular la mortalidad. A nivel nacional se han planteado algunas hipótesis no totalmente verificables en nuestra área de estudio, pero no obstante revisaré algunas de sus propuestas. A nivel global se señala que «Desde el siglo XVI la historia de las grandes catástrofes demográficas está vinculada a períodos de carestía y hambres agudas. En el siglo XVII casi todas las grandes crisis agrícolas están asociadas a grandes mortandades» (CASTORENA *et alii*, 1980: 34), y estos autores dan datos de mortalidad para algunos años del siglo XVIII y los correlacionan con períodos de sequías, pero no son datos referidos ni referibles a Yucatán.

En dicho texto se periodizan las sequías y se establecen las consecuencias de las mismas durante los períodos diferenciados; y así en los siglos XVI, XVII y XVIII las sequías tendrán como consecuencia desocupación, robo/delincuencia, epidemias y hambres; en el siglo XIX se las correlacionará con hambre, levantamientos campesinos y epidemias, y en el siglo XX con el bracerismo, el desempleo y la emigración. Pero

Para ofrecer un cuadro más completo de los efectos sociales de las sequías en el campo y en la ciudad será necesario que la investigación futura complete el registro nacional y regional de las sequías y correlacione la fuerza e intensidad de éstas con los datos estadísticos del desempleo, la mortalidad, las epidemias, las migraciones, la criminalidad y el incremento en la violencia. Algo se sabe sobre incremento en la mortalidad infantil por deshidratación en algunas ciudades norteañas (Monterrey, Coahuila, etc.), en años de gran sequía y de altas temperaturas, pero en general el estudio de las sequías ha desdeñado tanto el análisis de sus efectos económicos globales, como la investigación de sus consecuencias sociales y demográficas (CASTORENA *et alii*, 1980: 62-63).

Pensamos que estas consideraciones son correctas, pero nos resulta ininteligible que para los siglos XVI-XIX puedan plantearse correlaciones entre epidemia/muerte/sequías a nivel de aseveración, mientras que para fechas más recientes dichas correlaciones solo aparezcan planteadas como posibilidad, lo cual resulta contrastante dado que actualmente tenemos datos de mortalidad mucho más confiables. Además, en estos análisis las sequías, la pérdida o disminución de las cosechas, aparecen planteadas casi

como variables independientes, no contextualizando sus consecuencias y causalidades. Así la relación sequía/movilización campesina ha operado en algunos estados y en otros no; y en el caso de Yucatán solo algunas sequías condujeron a movilizaciones populares, y en determinado momento económico-político. Pero, además, si correlacionamos mortalidad/sequía, en Yucatán no percibimos una correlación homogénea, sino una discontinuidad que, además, luego de la década de 1940, es cada vez más difícil de establecer. Esto no supone negar la relación entre sequía, desnutrición y mortalidad, sino proponer que la sequía y el hambre deben ser analizados incluyendo procesos económicos, políticos, ideológico/culturales y de salud/enfermedad operando en situaciones históricamente determinadas.

En el caso yucateco junto con la sequía debe ser analizada toda una serie de hechos que tienden a crear condiciones negativas y/o positivas de alimentación. Ya hemos hecho referencia al aumento de la productividad campesina y a la reducción de las áreas sembradas, pero también deben ser considerados procesos nucleares a la economía campesina que tienden a ser eliminados justamente a partir de los años en que comienza a reducirse la mortalidad. Nos referimos a la acelerada eliminación de la fauna local que constituía tanto un medio de alimentación como una forma de ingreso constante.

Al presente es notable comprobar el uso intensivo que se hace de los recursos cinegéticos, que aún se encuentran en la zona. El viajero puede observar con asombro el alto porcentaje de campesinos que día a día surten los mercados de las principales poblaciones yucatecas con carne de animales silvestres (VILLA, 1958: 125).

Este proceso se incrementará con la deforestación, el crecimiento demográfico y el deterioro de las condiciones económicas y ocupacionales, hasta volver crítica la situación de la fauna yucateca. Justamente el peligro de exterminio condujo a principios de la década de 1950 a plantear un período de veda que de hecho no fue respetado, dado «que su actividad es básica para la economía de un gran sector de la población» (VILLA, 1958: 126). El decremento de la fauna natural comestible y comercializable, está en relación directa con la reducción de las áreas forestales, que a su vez está parcialmente relacionada con intentos de diversificación productiva, como el desarrollo de praderas artificiales. Lo cual se verifica en el hecho de que entre 1960 y 1970 la zona boscosa yucateca se redujo en un 44%.

A partir de estas acotaciones metodológicas e informativas hemos tratado de correlacionar para Yucatán, y desde 1922, los períodos de malas y buenas cosechas con las tasas de mortalidad general e infantil. Del análisis surge que en el lapso 1922-1932/ 1933 ocurren tres años con baja producción: 1923, 1932 y sobre todo 1928. A su vez en 1929 se producirá la mejor cosecha yucateca desde 1910, pasando de una media de 25 mil toneladas en la década de 1920 a 35 mil en 1929. Durante este lapso la mortalidad infantil permanece alta y no parece haber correlación con las altas y bajas cosechas; inclusive en 1929, año en que se da una de las mejores cosechas, la mortalidad infantil aumenta, manteniéndose esta tendencia en 1930. Lo mismo podemos decir para la mortalidad general. En 1932 la producción es baja y aumenta la mortalidad general tanto en este año como en el siguiente, mientras que la mortalidad infantil solo se incrementa, aunque notablemente, en 1933. Respecto de este fenómeno debemos señalar dos hechos; primero, que, tanto en 1923 como en 1932, ante bajas producciones maiceras, la mortalidad infantil se incrementará, pero al año siguiente. Esto potencialmente debe ser referido a la relación que se da entre procesos desnutricionales y el ciclo bianual de algunas enfermedades transmisibles como la tos ferina y sobre todo el sarampión. En el lapso que va de 1932/1933 a 1942/1943 se mantendrá este proceso, que cuando se correlaciona con un período de crisis de producción grave eleva las tasas de mortalidad en forma trágica, como ocurrió en 1935. En ese año se produjo otro de los episodios de extrema carestía de alimentos y se presentaron las más altas tasas de mortalidad general e infantil de todo el período. En 1936 esas tasas bajan espectacularmente; pero el descenso de la mortalidad general continúa en los años siguientes, y sobre todo en 1939, cuando se establece un notable incremento de la producción de maíz que pasa de una media de 30 mil toneladas en los años anteriores a 51.741 toneladas.

Entre 1940 y 1942 ocurre el último de los períodos de desastre casi total de la producción agrícola, con sequías, langosta y huracanes, y en estos años aumentan la mortalidad general y sobre todo la infantil. Dentro de una tendencia al descenso será este lapso el que presente las situaciones más críticas desde la perspectiva de la alimentación, en virtud de los fenómenos señalados. Ahora bien entre 1942/1943 y 1952/1953 se darán los más fuertes descensos de las mortalidades general e infantil, y es a partir de 1943 que se inicia un descenso de la mortalidad general que se volverá notable a mediados de esta década; y si bien la mortalidad infantil

mantendrá sus características oscilatorias hasta 1945, desde entonces también se iniciará un franco descenso aunque siempre con oscilaciones que pueden atribuirse a la persistencia de brote epidémicos de enfermedades infectocontagiosas. El incremento de estos descensos debe correlacionarse con el marcado aumento en la producción de granos a partir de 1946-1947, pero sobre todo con un mejoramiento de las condiciones de vida y de alimentación generados por el notable auge de la producción henequenera, así como por el inicio y expansión de la aplicación de antibióticos.

Durante el lapso 1952/1953-1962/1963, y dentro de una tendencia al descenso, volverán a incrementarse la mortalidad general y sobre todo la infantil en los años 1957 y 1958. Esto puede ser correlacionado con la cosecha de 1957, que fue la más baja de este período y del siguiente. Sigue después la tendencia descendente hasta 1963-1964, coincidiendo también con una baja en la producción de maíz. No obstante, debe subrayarse que la mortalidad general se eleva en 1963 y la infantil en 1964. En el período 1962/1963-1972/1973 se presenta el descenso de la mortalidad infantil más notable desde la década de 1940, ya que pasa de 67,82 por 1.000 en 1964 a 54,0 por 1.000 en 1965). También en este lapso una baja cosecha coincide con un incremento de las dos mortalidades señaladas. Ajeno al hecho de poner en duda la realidad de tamaño descenso en la mortalidad infantil debemos reiterar que las oscilaciones bianuales, cuando se potencian con fenómenos de carencia, generan aumentos de la mortalidad en forma reiterada. A partir de 1969 se inicia un aumento sostenido de la producción de alimentos en términos absolutos, que dura hasta 1974; en este lapso desciende sostenidamente la mortalidad general, no así la infantil que, dentro de una tendencia descendente, sigue manteniendo las oscilaciones ya indicadas<sup>86</sup>.

86 En este análisis hemos tratado de establecer una relación casi lineal entre bajas/altas cosechas y mortalidad, pero reconocemos desde ya que esta aproximación no es totalmente correcta desde una perspectiva metodológica. Una mala cosecha no necesariamente repercute en la mortalidad del año en que ocurrió la misma, sino que puede incidir en el o los años siguientes; la repercusión en la mortalidad general se da casi exclusivamente por la repercusión en ésta de las mortalidades infantil y preescolar; y además la mortalidad infantil es un indicador menos sensible que la preescolar en algunos contextos en que el destete es tardío. En nuestro análisis hemos tomado en cuenta la repercusión de las bajas/altas cosechas tanto en el año ocurrido como en años subsiguientes, pero no hemos controlado los otros factores, en parte por carencia de información, y en parte para posibilitar patrones comparativos con trabajos que parten del estudio de la correlación inmediata.

De esta descripción más o menos analítica surgen las siguientes regularidades: *a)* en situaciones de crisis graves de producción se establece una relación de la misma con los incrementos en las tasas de mortalidad general y de mortalidad infantil, por lo menos durante las décadas de 1920, 1930 principios de 1940, que luego serían en gran medida controladas por la aplicación de determinadas políticas de salud; *b)* la mortalidad infantil mantiene una tendencia descendente durante todo el período, que supone no obstante alzas y bajas constantes en las cuales los períodos de carencia alimenticia potencian el aumento de esta mortalidad etérea, que en parte son contenidas desde mediados de los 40 por el uso de antibióticos, y desde los 60 por la aplicación de programas contra la desnutrición; *c)* el deterioro en las condiciones de vida conduce a desacelerar las tendencias descendentes de la mortalidad general e infantil, pero a partir de la década de 1950, y sobre todo de 1960, los procesos críticos negativos, como por ejemplo el de 1977, no conducen a las repercusiones graves en la mortalidad general e infantil que se dieron en 1935 y 1940-1942, debido a los factores señalados.

Considero que en la explicación de estos procesos son pertinentes algunas de las hipótesis de HOBBSBAWM (1979a, 1979b), aun cuando están referidas a la situación inglesa; según este autor, aun bajando el nivel de vida de las clases subalternas, en su caso la clase obrera, y en el nuestro los campesinados, si el sistema asegura la posibilidad de alimentación mínima en las situaciones de crisis, la mortalidad decrecerá, o por lo menos no aumentará significativamente. Y esto es lo que en parte se ha tratado de hacer a través de la aplicación de programas no solo referidos a alimentación, sino también a programas con efectos indirectos como el de planificación familiar, así como con la expansión inducida y no inducida de antibióticos.

### *Últimas interpretaciones*

Del análisis de los procesos económico-políticos, y de los procesos de *s/e/a-p*, se desprende que los sectores sociales dominantes son los dinamizadores de dichos procesos durante los cuales no solo dominan y explotan económicamente, sino que subordinan política e ideológicamente a los sectores sociales subalternos.

Las clases subalternas, y básicamente los campesinados, han demostrado en todo el lapso analizado una capacidad de adaptación a nuevas condiciones de producción, a nuevos productos, a la integración de saberes biomédicos, a modificar, por lo menos, algunas conductas «tradicionales». Del análisis no surge que las «resistencias» hayan sido las respuestas dominantes sino, por el contrario, una notable capacidad de aceptación y «aguante», expresada a través de la explotación y de la autoexplotación. Salvo las propuestas impulsadas por una parte del sector obrero y de los maestros, en Yucatán las principales orientaciones, incluidas algunas de las «alternativas», han sido propuestas/impuestas por los sectores dirigentes y/o dominantes, y en la larga duración analizada han conseguido hasta ahora no solo imponer sus proyectos, sino también destruir o absorber las alternativas generadas por un sector de las clases subalternas, e inclusive de las propuestas generadas por los sectores más progresistas de los sectores gobernantes.

Para algunos autores, la «aceptación» por parte del campesinado de las acciones impuestas por los sectores dirigentes, son producto de la ignorancia del campesinado y de las clases subalternas yucatecas en general. Esta explicación, utilizada con gran frecuencia respecto de los procesos de *s/e/a-p*, no resiste el análisis empírico ni teórico, y es producto de una concepción tecnocrática y/o clasista tanto si viene del marxismo como del funcionalismo o de la propia ignorancia. F. Benítez nos transmite una conversación que tuvo con un ejidatario yucateco que inclusive «estuvo con Carrillo Puerto»; en dicha conversación se habló de cómo los ejidatarios eran explotados y robados por las autoridades, y en un momento de la conversación Benítez le preguntó: «¿Parece que usted se daba cuenta exacta de lo que ocurría? Claro está, pero ¿a quién se queja uno? ¿A quién acude?» (BENÍTEZ, 1962:176). Y el núcleo ideológico explicativo está justamente en esta respuesta, que no remite a la propia fuerza social del campesino, sino que piensa en un «otro» que escuche las quejas y las solucione.

Expresiones similares las hemos escuchado en Yucatán, y en otros contextos mexicanos, de tal manera que no es la ignorancia o, mejor dicho, el «no saber», como no es la falta de «educación para la salud» lo que determina las condiciones de la enfermedad actual ni la posibilidad de su erradicación. Tampoco podemos atribuir única y exclusivamente esta situación al ejercicio constante de la violencia, legitimada o no, viendo en ésta el mecanismo básico de compulsión y control que asegura la «pasividad» de los sectores subalternos. Luego de la época de la guerra de castas y

del período denominado de la «esclavitud», Yucatán se caracterizó por ser una de las regiones mexicanas con menor tasa de violencia de cualquier tipo, salvo suicidios; lo que no solo se expresa en las bajas tasas de homicidio y muertes violentas en conflictos sociales, aun en los períodos más críticos, sino en la vida cotidiana yucateca. Los asesinatos ejemplificadores de Arana y de Calderón no pueden ser tomados como expresión de una situación de violencia permanente como observamos en varios estados mexicanos, sino que constituyen procesos excepcionales. La violencia física no es la forma dominante de control de las clases dirigentes yucatecas, salvo en los dos períodos de mayor agudización de la lucha de clases: 1917-1923 y 1935-1937, pero la misma ha sido mínima comparado con lo ocurrido a nivel nacional. De tal manera que la «paz yucateca» expresa en gran medida la hegemonía de las clases dominantes.

Los sectores dirigentes han desarrollado en Yucatán formas de dominación no basadas en la violencia física, sino en formas sociales e ideológicas, que les permiten seguir teniendo el poder, y sobre todo asegurar la explotación económica de las clases subalternas a partir de ellas mismas. Dentro de una economía cada vez más deprimida, ha sido la «aceptación» de la explotación por los sectores subalternos, lo que ha posibilitado el desarrollo económico de Yucatán. Lo cual en gran medida ha sido posible porque los sectores dominantes montaron su desarrollo capitalista sobre la racionalidad social y económica no capitalista y no acumulativa del campesinado.

Uno de los últimos análisis que conocemos, y que parte de esta interpretación, señala que,

En el estudio ya citado de la Dirección General de Economía Agrícola de la SARH, se dice, entre otras, lo siguiente: «Se ha comprobado que los precios de mercado y de garantía del maíz, son inferiores a la suma del precio de producción (costo de producción en las condiciones medias, más la cuota media de ganancia) y las rentas diferenciales y absolutas. El mantenimiento histórico de la producción de maíz, fundamentalmente en temporal, con resultados económicos no soportables para condiciones empresariales, se puede explicar por el amplio predominio en áreas temporales de la producción campesina no empresarial, y que carece de alternativas el grueso de la producción maicera queda garantizado por las unidades de producción de tipo campesino, que no se guían en sus decisiones por la tasa de ganancias o los ingresos netos, sino por la falta de opciones y las necesidades de autoconsumo». Si estas unidades productivas han sostenido la producción de maíz bajo condiciones en las que los empresarios agrícolas no lo harían, no quiere decir que sean inefi-



cientes, sino que siguen una lógica distinta; es decir, tienen una racionalidad diferente y resulta absurdo esperar que sus respuestas sean iguales a las de los empresarios (MONTAÑEZ Y ABURTO, 1979: 120).

Concluyendo que,

Ha sido este gran sector campesino que muchos llaman ineficiente, el que ha posibilitado que el mecanismo de los precios haya funcionado como un medio de traspaso de recursos de la agricultura hacia el resto de la sociedad, es decir que la agricultura haya sido la gran fuente de financiamiento del proceso de industrialización (1979: 121).

Las interpretaciones de este tipo tienen elementos incuestionablemente correctos, pero no explican cómo ha podido mantenerse la «lógicidad» del proceso productivo campesino, pese a ser penetrado y reconstituido por el desarrollo capitalista durante, por lo menos, el lapso analizado. Y esto además cuando el propio campesinado es parcialmente sabedor de lo que pasa y de lo que le pasa; más aún, cuando se trata de un campesinado que reconoce y no solo sufre el proceso de explotación y autoexplotación a que es sometido. Un campesinado que busca «soluciones» a su situación a través de la multiplicidad de ocupaciones, de una carrera ocupacional basada en su trabajo físico, de la emigración y/o de la movilidad social a través de la educación de alguno de sus hijos. Es decir, dicho tipo de análisis explica que hacen y porque lo hacen los sectores dominantes, pero no explica porque los sectores subalternos «aceptan» estos procesos, porque no desarrollan una vía alternativa y luchan por ella. ¿Por qué prefieren migrar a otros espacios, en lugar de modificar su propio espacio?

O, mejor dicho, este analista coloca la explicación en la existencia de una lógica campesina distinta, que es aprovechada por la lógica capitalista, lo cual tiene implicaciones de muy diferente tipo, que prefiero no desarrollar. Pero si me interesa subrayar que los campesinos saben que son explotados, pero lo que buscan es sobrevivir dentro de las condiciones que le impone la lógica capitalista. Y esto lo hacen a pesar de que dicha lógica lo va a destruir o disolver en algún momento, y en función de sus objetivos y necesidades. Más aún, el pragmatismo que caracteriza al campesinado para aguantar y sobrevivir, es el que crea las condiciones de su disolución, cuya expresión máxima es esa figura estereotipada que denominan «mez-tizo».

De nuestro texto no surgen explicaciones que puedan identificarse claramente con determinada corriente teórica; sino que emerge una des-

cripción de una parte de los procesos, así como el intento de no caer en fáciles interpretaciones economicistas o ideologizantes, tengan signo marxista, funcionalista o estructuralista, caigan en el culturalismo chayano-vianoiwolfiano o en el economicismo tecnocrático. En los últimos años, y luego de un notable repliegue de las interpretaciones culturalistas, las mismas han vuelto a primer plano; y así, específicamente para Yucatán —pero sobre todo para México— se sigue hablando de la «cultura nuclear del maíz», sin explicarnos su significado y papel en un contexto donde cada vez menor número de personas viven de producir y vender maíz. Y nosotros no negamos la posibilidad de que el maíz funcione aún como articulador ideológico/productivo, pero, como lo hemos reiterado, habría que demostrarlo. Lo mismo podemos decir para algunas propuestas como las de D. DELEULE y F. GUERY, quienes muy sueltos de cuerpo y de escritura sostienen que «los trabajadores de la tierra atribuyen a ésta y no a ellos mismos la capacidad de producción y que los campesinos se autoconciben más como consumidores, que como productores» (1975: 20). Lo cual no negamos que ocurra en algunos grupos concretos, pero pretender generalizar en términos abstractos y sin producir las descripciones y análisis en los cuales podamos encontrar lo postulado, constituye una suerte de pasatiempo intelectual.

En este trabajo no he partido de posiciones teórico/ideológicas que niegan a priori la potencialidad de transformación autónoma de las clases subalternas, o que consideran que los cambios en las mismas solo son productos de procesos impuestos por las clases dominantes. Tampoco he partido de una ideologización del papel revolucionario en primera o en última instancia de los sectores subalternos, sean la clase obrera, los campesinados o los marginales. Como ya hemos observado, el análisis de estos procesos ha sido dominado por el voluntarismo populista, por el marxismo mecanicista o por culturalismos ambiguos, imponiendo frecuentemente a la realidad sus propias interpretaciones.

Si bien las descripciones etnográficas de los campesinados han enfatizado la dependencia, el retraimiento, la pasividad, la carencia de planificación, la rutinización de la cotidianeidad, la aceptación acrítica del poder; otros han señalado su «rebeldía» más o menos primitiva o sostenido que sus retraimientos constituyen mecanismos de autodefensa. Pero propuestas similares se han hecho de otras clases subalternas, incluidas posiciones reconocidas como marxistas o para marxistas respecto de la clase obrera. Tal vez ha sido la escuela de Frankfurt la tendencia más identificada con

esta conceptualización, pero son diversas y antiguas las tendencias teóricas dentro de la sociología académica y del marxismo que proponen concepciones similares. Nosotros reconocemos en el conjunto de estas concepciones dos estructuras ideológicas que larvada e insidiosamente dominan sus conceptualizaciones por encima de sus propias negaciones; estas dos conceptualizaciones son una percepción «conductista» de los conjuntos sociales y una interpretación evolucionista de su desarrollo y estructuración social. En lo manifiesto autores como Adorno o Hogarth negarían esta impregnación, pero la estructura profunda de sus discursos lo demuestran.

Para gran parte de estos autores los obreros y los campesinos aparecen casi como títeres de las manipulaciones de las clases dominantes. Y si bien no negamos la existencia de mecanismos de «pasividad» en las clases subalternas; ya que los hemos descrito, pero sin aceptar las implicaciones unilaterales y ahistóricas de estas propuestas teóricas.

Por lo tanto, considero que los sectores sociales subalternos, y especialmente los campesinados no son marionetas de los deseos de los sectores dominantes, sino que actúan como actúan a partir de sus propios objetivos sobredeterminados por los objetivos de los que los dominan y explotan; y que en dicho proceso los campesinados tratan de permanecer como son, basando su permanencia en el aguante, en la invisibilización, en ser inclusive marginados sobre todo cuando permanecen en sus comunidades.

Ahora bien, como ya lo hemos analizado, por lo menos algunas de las corrientes teórico/ideológicas señaladas se dieron respecto de América Latina, y de México en particular a través de los estudios antropológicos sobre el campesinado, de los cuales sobre todo me interesan los que se dedicaron a los estudios de los procesos de *s/e/a-p*. Ya hemos visto que fueron básicamente la antropología culturalista, funcionalista o no, y algunas corrientes estructuralistas, las que produjeron casi la totalidad de la bibliografía en antropología médica. Es a partir de estas investigaciones que se ha constituido una serie de estereotipos teóricos y etnográficos, que actualmente no resisten la prueba de los hechos ni las pruebas de las condiciones de la producción de conocimiento.

Debe señalarse, sin embargo, que, a nivel descriptivo inmediato, a nivel fenoménico, una gran parte de esta producción describió realmente ciertos fenómenos; pero seleccionando de la realidad determinados hechos, y excluyendo otros, construyendo una imagen etnográfica que correspondía a ciertos estereotipos de la realidad, pero sin dar cuenta de los

procesos hacia donde se estaban orientando la realidad y los sujetos. En sus descripciones, como ya lo hemos señalado, solo aparecían enfermedades y curadores tradicionales, focalizando los aspectos mágicoreligiosos de la enfermedad y la curación, con muy escasa información sobre los curadores «manuales», es decir hueseros, culebreros y similares. Es esta manera de investigar, lo que condujo a la mayoría de los antropólogos a «marcar» los procesos de incomunicación en la relación médico/paciente indígena, concluyendo que los indígenas tenían un fuerte rechazo a la biomedicina, lo cual no explicaba parte de los procesos que estaban operando en los saberes nativos.

Aguirre Beltrán ha sintetizado gran parte del enfoque antropológico sobre esta temática: En la medicina dominical la estructuración de la relación médico-paciente se ve bloqueada en la práctica por la barrera que implica el uso del lenguaje técnico en el proceso de la comunicación. Los médicos son profesionales y han sido condicionados durante el curso total de su adiestramiento a la utilización de una terminología precisa, indispensable en toda ciencia para la exacta definición del contenido de la materia; pero para el paciente lego, tal sistema de habla es simple y llanamente un idioma esotérico. Las diferencias en la abstracción verbal son evidentes cuando los niveles de instrucción del médico y el paciente difieren grandemente y ha sido experiencia común, en los centros de salud establecidos en las llamadas villas miserias, la ausencia de comprensión entre el personal sanitario y la clientela. Esta no comprende el tipo y monto de la colaboración que de ella se pide, para llevar a buen término el proceso terapéutico, siguiendo al pie de la letra las instrucciones y directivas sobre la dosis y el horario en que deben administrarse los medicamentos, la calidad y la cantidad de los alimentos prescritos o los cuidados especiales que merece el enfermo. El personal médico no entiende los síndromes de la nosología popular, que sirven a los pacientes para describir sus dolencias, ni las ideas sobre la naturaleza sobrenatural de sus padecimientos, con los conceptos que consideran apropiados para tratarlos (AGUIRRE BELTRÁN 1965: 49).

Según este autor, el proceso comprensivo solo ocurre entre personas que pertenecen a la misma cultura o que presentan diferencias culturales menos marcadas que las que se encuentran cuando los actores pertenecen a medios culturales radicalmente distintos como los médicos y los pacientes indígenas. La cita es parte de un trabajo en el cual en gran medida se trata de fundamentar la incompatibilidad de este tipo de relaciones, sacando conclusiones negativas para el desarrollo y expansión de la medicina científica en estos contextos. Sin embargo, como surge de nuestros datos, históricos y

etnográficos la expansión de la biomedicina ha sido notable, inclusive influyendo no solo en la población sino en los curadores tradicionales.

Pero autores como Aguirre Beltrán, si bien partieron de la existencia de procesos de aculturación, sin embargo no asumieron los cambios que inclusive se estaban dando cuando el desempeñaba importantes cargos a nivel gubernamental:

El uso de los mecanismos de dominancia, tanto los que se basan en diferencias culturales cuanto los que se fundan en diferencias estructurales, suponen generalmente que la práctica de la medicina es materia que comprende solo al médico y al paciente; bajo esta asunción, la medicina dominical, que la sociedad liberal llevó al clímax de su eficiencia técnica en lo que al modelo biológico concierne, deja fuera de consideración los factores trascendentes del ambiente sociocultural, que tan importantes son en la manipulación del proceso terapéutico en la situación intercultural. La práctica de la medicina en las regiones de refugio, más que en cualquier otro escenario, constituye parte inseparable del proceso social y se encuentra influida e influye todos los apartados de la cultura. El establecimiento de un programa de salud que no cuente con el respaldo decisivo y rotundo de un meditado plan de desarrollo de la comunidad que contemple la modificación, no solo de la conducta médica de los indios, sino de sus formas totales de vida, incluidas las creencias y prácticas mágico-religiosas que tanto influjo tienen en el proceso de la aculturación médica, está destinado a operar a muy bajos niveles de expectativa. La modificación de la estructura social dual, propia de las regiones de refugio, que mantiene a las comunidades indígenas en franca situación de dominancia económica y se obstina en observar privilegios anacrónicos, que retrasan y obstaculizan el progreso de la región y del país, es requisito previo o coincidente, si realmente se pretenden alcanzar resultados venturosos. El contenido ideológico de la medicina dominical de libre empresa, sin embargo, hace imposibles las modificaciones estructurales, ya que ello implicaría su propia negación (AGUIRRE BELTRÁN, 1965: 57).

Y gran parte de lo que señala Aguirre es correcto en términos de dominación y exclusión económico/política de los indígenas por el sistema dominante, pero este antropólogo no pensó en términos del pragmatismo que necesitan desarrollar las clases subalternas para sobrevivir, y que va más allá de si comprenden o no el lenguaje no solo técnico, sino el idioma del otro, ya que para sobrevivir necesita apropiarse de todo aquello que evidencie eficacia y que estos grupos pueden adquirir o recibir.

El análisis «incomunicacional» de Aguirre Beltrán no puede dar cuenta de la tendencia al descenso de la mortalidad, del desarrollo de la medi-

cina privada, del notable auge de la medicina de patente, de la demanda de vitaminas para la «debilidad», pese a lo inconsciente, a lo vertical y a la inexistencia «de meditados planes de desarrollo de la comunidad». El análisis de este lúcido autor expresa en su congruencia algunos de los estereotipos más vigentes del modelo dominante en antropología médica. Su trabajo manifiesta una concepción tipologista y «proteccionista», que por otra parte está en la base de la mayoría de los antropólogos que han trabajado esta temática en Latinoamérica. Aguirre Beltrán plantea un médico y un indio opuestos tipológicamente, como si los médicos (aunque no todos) luego de varios años de trabajo con población indígena no supieran lo que es el empacho; como si los yerbateros (no todos) no utilizaran antibióticos, como si los pacientes no generaran una carrera del enfermo que implica la atención con curadores tradicionales y biomédicos, y su propio trabajo de automedicación. Tiene razón Aguirre cuando refiriéndose a la medicina liberal señala que la relación médico/paciente está incluida en un contexto socioeconómico; pero es justamente esta inclusión uno de los procesos que posibilita la «aceptación» de la medicina científica por los sectores subalternos, pero articulada con su propia medicina<sup>87</sup>.

Y estos procesos, como lo hemos señalado, venían siendo documentados desde hace años, ya que varios trabajos había descrito con diferente nivel de profundidad que las comunidades indígenas utilizaban tanto la medicina tradicional como la biomedicina. Desde, por lo menos, la década de 1960 se publican trabajos que evidenciaban estos procesos para diferentes países latinoamericanos, y así, por ejemplo, una encuesta sobre servicios de salud realizada en Colombia a nivel nacional indicaba que de la población que durante el período de estudio había enfermado y demandado atención de algún tipo de servicio, solo un 3,4% de la población urbana había consultado curanderos y, lo que aparecía aún como más extraordinario, en palabras de M. Roemer, solo un 17% de la población rural había demandado dicho servicio. Y justamente el paradigma antropológi-

87 Reconozco que solo los cambios estructurales permitirán determinados cambios positivos en la salud de la población, pero hasta que se produzcan dichos cambios estructurales, la realidad sigue transformándose generándose en algunos casos consecuencias positivas, como las que tienen que ver con las tendencias constantes en la reducción de las tasas de mortalidad infantil y en la reducción de la mortalidad por causas evitables. Lo cual no niega que podrían ser mucho menores, pero que la población asume como producto de la expansión biomédica.

co dominante se había centrado en el papel del curandero como máxima expresión de la medicina tradicional.

Numerosos trabajos antropológicos fueron cuestionando, durante las décadas de 1960 y 1970, el estereotipo creado por los antropólogos sobre la práctica curanderil, y así I. Press, en 1971, publicó un excelente trabajo que ponía en duda a nivel teórico y etnográfico lo sostenido por los especialistas en curanderismo, ya que sostuvo que las actividades de los curanderos sintetizaban y podían presentar características similares a las de los curadores «científicos». El curandero aparece entonces más como un estereotipo producido por los antropólogos, que como una expresión de la vida comunitaria.

También es a partir de la década de 1960 que varios trabajos documentan las transformaciones que las prácticas «tradicionales» necesitan generar para poder seguir siendo eficaces socialmente, y esto en gran medida se establece a través de la incorporación de recursos de la medicina científica. El trabajo de J. Brown da cuenta de este proceso para el plan alto central mexicano (BROWN, 1963: 93-118), ya que documenta la necesidad de las prácticas tradicionales de apropiarse de recursos de la medicina «moderna».

Un último elemento metodológico constitutivo del modelo antropológico es la tendencia a tratar los procesos de s/e/a-p en términos de patrones culturales ideales, y como parte de la vida actual de los sujetos. Y así, según J. y CH. McCULLOUGH,

Tradicionalmente los antropólogos se ocupaban del síndrome calor/frío como una filosofía folklórica, relacionándolo con muchos aspectos de la vida rural, como salud, comida, tierras, medicina, personas, tipos sociales o psicológicos, etc. Sin embargo, el campesino yucateco toma muy en serio su preocupación por el equilibrio diario, en función del síndrome frío/caliente, citando enfermedades y dolores como resultado (1974: 298).

Lo que apuntan estos autores es que tanto el síndrome frío/caliente como la curación del mismo han sido manejados en términos simbólicos y de eficacia simbólica, sin intentar detectar información sobre lo que pasa realmente con las enfermedades generadas por este síndrome. Casi toda la producción antropológica genera sus interpretaciones en un notable vacío de información sobre mortalidad y morbilidad, lo cual ocurre no solo donde no hay información, sino también donde existe; esta negación, esta secundarización, forma parte inconsciente de los antropólogos, a los cua-

les como he dicho varias veces parece que les interesa mucho la muerte, pero casi nada la mortalidad.

Las tendencias producidas por la antropología luego del dominio de las teorías evolucionistas y difusionistas se iban a caracterizar por una serie de rasgos dominantes: homogeneidad, ahistoricidad, sobresocialización, focalización en lo superestructural, gradualismo, totalización, relatividad, etcétera, que impondrían una mirada homogénea por encima de las diferentes tendencias a los problemas y procesos estudiados (E. L. MENÉNDEZ, 1975). La producción en antropología médica, y en particular la que tomó por objeto a la «medicina tradicional» expresó paradigmáticamente dicha mirada dominante y estereotipada. Y justamente el propio sujeto/objeto de la medicina tradicional demostraría en su proceso de transformación la cosificación que le imponía la mirada antropológica.

Es frente a estas orientaciones que, influenciado por diversas corrientes y autores, y especialmente por Gramsci, he tratado de desarrollar ciertas propuestas metodológicas y teóricas que están desplegadas a lo largo de este texto. Un aspecto metodológico central es tratar de huir de las polarizaciones explicativas, asumiendo críticamente los presupuestos desde los que partimos en nuestros estudios, y no me refiero solo a presupuestos ideológico/políticos, sino especialmente a los presupuestos que son parte de nuestras vidas cotidianas. Un segundo aspecto metodológico refiere a la necesidad de utilizar una visión procesal e histórica de los problemas a estudiar, asumiendo que dada la complejidad que pueden tener los problemas, podemos llegar a construir modelos o tipos, que deberíamos manejar como orientadores y no como realidades. Por lo cual parto del supuesto de que todo investigador no solo tiene presupuestos a través de los cuales observa y analiza la realidad, sino que dada la complejidad de los procesos que estudia maneja modelos que no suele reconocer ni explicitar. Por eso, una tarea teórica/metodológica prioritaria es la de tratar de evidenciar los presupuestos y los modelos a través de los cuales estudiamos los procesos de s/e/a-p, para a través de ese trabajo crítico no reincidir en lo que han caído gran parte de los antropólogos que estudian la medicina tradicional, es decir en la producción de profecías autocumplidas, que sin embargo no se «cumplieron» en la realidad.



## BIBLIOGRAFÍA

- ADAMS, R. (1952) «Un análisis de las creencias y prácticas médicas en un pueblo indígena de Guatemala. (Con sugerencias relacionadas con la práctica de la medicina en el área maya)». En *Publicación especial del Instituto Indigenista Nacional*, Vol. 17. Guatemala: Editorial Ministerio de Educación Pública.
- ADAMS, R. (1978) «The community in Latin America: A changing myth». *The Centennial Review*, 6: 409-434.
- ADAMS, R. y RUBEL, A. (1967) «Sickness and social relations». En WAUCHOPE, R. (ed.) (1967) *Handbook of Middle American Indians*, Vol. 6: Social Anthropology. Austin: University of Texas Press.
- AGUIRRE BELTRÁN, G. (1955) *Los programas de salud interpretados en la situación intercultural*. México, D.F.: Instituto Nacional Indigenista.
- AGUIRRE BELTRÁN, G. (1965) «El rol de la medicina en las regiones de refugio». En: LEÓN-PORTILLA, M., et alii (eds.) (1965) *Homenaje a Juan Comas en su 65 aniversario*, Vol. I. México, D.F.: Instituto Indigenista Interamericano.
- AGUIRRE BELTRÁN, G. (1976) *Obra Polémica*. México, D.F.: Sep-Inah.
- AGUIRRE ZOZAYA, F. J. (1968) «Panorama epidemiológico de la mortalidad perinatal». *Higiene*, 19 (6): 357-374.
- ALANÍS PATIÑO, E. (1959) «La población. Los problemas demográficos». En BELTRÁN, E. (ed.) (1959) *Los recursos naturales del sureste y su aprovechamiento*, Vol. I. México, D.F.: Instituto Mexicano de Recursos Naturales Renovables.
- ALARCÓN, F. y RANGEL, L. (1965) «Programas de obras rurales por cooperación». *Salud Pública de México*, 7 (3):415-425.
- ALAVI, H. (1974) *Teoría de la revolución campesina*. México, D.F.: Comité de Alumnos de la ENAH.
- ALBA, F. (1977) *La población de México: evolución y dilemas*. México, D.F.: El Colegio de México.
- ALBA, F. y ALVARADO, R. (1971) «Algunas observaciones sobre la mortalidad por causas en México 1950-1967». *Demografía y Economía*, 5 (2): 145-168.

- ÁLVAREZ AMÉZQUITA, J. *et alii* (1960) *Historia de la salubridad y asistencia en México*, Vol. 4. México, D.F.: Secretaría de Salubridad y Asistencia.
- ANDERSON, P. (1978) *Consideraciones sobre el marxismo occidental*. Madrid: Siglo XXI.
- ANGELLINI, P. (1977) *Dibattito sulle classi subalterne (1949-1950)*. Roma: Savelli.
- ARCHETTI, E. (1978) «Una visión de los estudios sobre campesinado». *Cuadernos Agrarios*, 6 (1): 24-52
- ARELLANO, M. (1978b) «Síntesis de la evaluación de efectos de la inversión en la unidad ganadera (sección tercera) del ejido Catmis, Tzucacab». En *Evaluación PIDER*. México, D.F.
- ARIAS GARCÍA, J. (1972) «El grupo doméstico de una localidad henequenera de Yucatán». Tesis ENAH, México, D.F.
- ARRIGHI, G. (1975) *Colonos, campesinos y multinacionales*. Madrid: Comunicación Serie
- ASKINASY, S. (1936) *El problema agrario de Yucatán*. México, D.F.: Ediciones Botas.
- BALAN, G. y CHÁVEZ, A. (1966) «Frecuencia de anemia en algunas comunidades rurales del altiplano y las costas». *Salud Pública de México*, 8 (2): 225-233.
- BAQUEIRO, S. (1881) *Reseña geográfica, histórica y estadística del estado de Yucatán*. México, D.F.: Sin editorial.
- BARQUÍN, M. *et alii*. (1977) *Factores que intervienen en el desarrollo y mantenimiento de formas de medicina popular: la automedicación*, México, D.F.: ESP.
- BARTH, F. (1966) «Models of social organization, Royal Anthropological Institute of Great Britain and Ireland». *Occasional Papers*, 23.
- BARTRA, A. (1978) *Apuntes sobre la cuestión campesina*. Mérida: Departamento de Estudios Económicos y Sociales de la Universidad de Yucatán.
- BASAGLIA, F. *et alii* (1978) *La salud de los trabajadores. Aportes para una política de la salud*. México, D.F.: Nueva Imagen.
- BASTIDE, R. (1967) *Sociología de las enfermedades mentales*, México, D.F.: Siglo XXI.
- BAUDRILLARD, J. (1976) *Crítica de la economía política del signo*, México, D.F.: Siglo XXI.
- BAUER, O. (1979) *La cuestión de las nacionalidades y la socialdemocracia*. México, D.F.: Siglo XXI.

- BEHAR, M. (1973) *La responsabilidad del sector salud en la alimentación y la nutrición*. México, D.F.: reproducido ESP, 79/72.
- BEHAR, M. (1974) «A deadly combination». *World Health*. (febrero-marzo).
- BEHAR, M. (1975) «Importancia de la alimentación y la nutrición en la patogenia y prevención de los procesos diarreicos». *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, vol. 77 (4): 334-341.
- BELLINGERI, M. (1977) «Proyecto de investigación. La hacienda y la sociedad yucateca en el siglo XIX». *Yucatán: Historia y Economía*, 1 (4): 3-17.
- BELTRÁN, E. (1942) «Protozoarios intestinales del hombre en la República Mexicana». *Revista del Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales*, 3 (2): 161-167.
- BELTRÁN, E. y BUSTAMANTE, N. E. (1942) «Datos epidemiológicos acerca de la úlcera de los chicleros (Leishmaniasis americana) en México». *Revista del Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales*, 3: 1-28.
- BENEDICT, F. G. y STEGGERDA, M. (1936) *The food of the present day Maya indian of Yucatán*. Washington, D.C.: Carnegie Institute.
- BENÍTEZ CENTENO, R. y CABRERA ACEVEDO, C. (1967) *Tablas abreviadas de mortalidad de la población de México: 1930, 1940, 1950, 1960*. México D.F.: El Colegio de México.
- BENÍTEZ, F. (1962) *Ki, el drama de un pueblo y de una planta*. México D.F.: Fondo de Cultura Económica.
- BERG, A. (1975) *Estudio sobre nutrición; su importancia en el desarrollo socioeconómico*. México D.F.: Limusa.
- BERMAN, D. M. (1978) *Death on the job. Occupational health and safety struggles in the United States*. Nueva York: Monthly Review Press.
- BETANCOURT, A. (1953) *Revoluciones y crisis en la economía, de Yucatán*. Mérida: sin editorial.
- BETANCOURT, A. (1971) «La verdad sobre el origen de las escuelas rurales en Yucatán». *Revista Universitaria de Yucatán*, 13 (76): 34-56.
- BETANCOURT, A. (1977) «La Federación Sindical Independiente, 1934-1940». En: CEHSMO, *Memoria del Primer Coloquio Regional de Historia Obrera*. México, D.F.: CEHSMO.
- BIANCHI BANDINELLI, R. (1962) *Dal diario de un borghese e altri scritti*. Milán: II Saggiatore.
- BOLETÍN DEL CONSEJO SUPERIOR DE SALUBRIDAD (1892-1893) Colección completa.

- BOLETÍN DEL CONSEJO SUPERIOR DE SALUBRIDAD DEL DISTRITO FEDERAL (1881) Colección completa.
- BOLIO, E. (1967) «Yucatán en la dictadura y la revolución». *Biblioteca del Instituto de Estudios Históricos de la Revolución Mexicana*, 44.
- BOLTANSKI, L. (1977) *Descubrimiento de la enfermedad*. Buenos Aires: Ciencia Nueva.
- BONFIL, G. (1962) *Diagnóstico sobre el hambre en Sudzal, Yucatán*. México, D.F.: INAH.
- BOSERUP, E. (1967) *Las condiciones del desarrollo en la agricultura*. Madrid: Tecnos.
- BOURDIEU, P. y PASSERON, J. C. (1977) *La reproducción. Elementos para una teoría del sistema de enseñanza*. Barcelona: Laia.
- BRIONES, M. et alii (1979) *La influencia del IMSS a través de su estructura funcional en el proceso de automedicación de la población derechohabiente*. México, D.F.: ESP.
- BROWN, J. (1963) «Some change in Mexican village curing practice: Induced by Western medicine». *América Indígena*, 23 (2): 93-118.
- BROWN, R. (1979) *Rockefeller Medicine Man. Medicine and capitalism in America*. Berkeley: University of California Press.
- BUCI-GLUCKSMANN, Ch. (1978) *Gramsci y el estado. Hacia una teoría materialista de la filosofía*. México, D.F.: Siglo XXI.
- BUSTAMANTE, M. E. (1942) «Distribución geográfica de la fiebre amarilla en México de 1800 a 1923». *Revista del Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales*, 3 (2): 93-105.
- BUSTAMANTE, M. E. (1959) «Los problemas de la salubridad». En BELTRÁN, E. (ed.) (1959) *Los recursos naturales del sureste y su aprovechamiento*, Vol. 3. México, D.F.: Instituto Mexicano de Recursos Naturales Renovables.
- BUSTAMANTE, M. E. (1978) «La fiebre amarilla. *Higiene*, 28 (4): 221-250.
- BUSTAMANTE, M. E. y ALDAMA, A. C. (1941a) «Esperanza de vida en veinte estados mexicanos». *Revista del Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales*, 2 (1): 5-18.
- BUSTILLOS, (1959) *Al servicio de la patria y la revolución*. México, D.F.: Editorial Botas.
- CABRERA, L. (1937) *Un ensayo comunista en México*. México, D.F.: Editorial Polis.
- CAMPOS, M. de M. (1977) «La industria farmacéutica en México». *Comercio Exterior*, 27, (8): 888-912.

- CARRADA BRAVO, T. (1977a) «El tétanos infantil en la República Mexicana. Epidemiología, letalidad y prevención». *Salud Pública de México*, 19 (5): 617-643.
- CARRADA BRAVO, T. (1977b) «Epidemiología del tétanos en la República Mexicana». *Salud Pública de México*, 19 (3): 335-353.
- CARRILLO GIL, A. (1974) *Trabajos pediátricos*. México, D.F.: edición del autor.
- CASTELAZO AYALA, L. (1977) «Perfil obstétrico. Patología gestacional». *Gaceta Médica de México*, 113 (4): 173-177.
- CASTORENA, G. et alii (1980) «Análisis histórico de las sequías en México». En *Documento 22 de la Comisión del Plan Nacional Hidráulico*. México, D.F.: SARH.
- CEHSMO (1977) *Memoria del primer coloquio regional de historia obrera*. México, D.F.: CEHSMO.
- CELIS, A. y NAVA, J. (1970) «Patología de la pobreza». *Revista Médica del Hospital General*, 33 (6): 371-386.
- CENTRO DE ESTUDIOS TECNOLÓGICOS DE TICUL (s/d) *Ticul, su desarrollo y su zona de influencia*. Manuscrito.
- CENTRO DE INVESTIGACIONES AGRARIAS (1974) *Estructura agraria y desarrollo agrícola en México. Estudio sobre las relaciones entre la tenencia y uso de la tierra y el desarrollo agrícola en México*. México, D.F.: Fondo de Cultura Económica, CERASE, F. P. y F.
- CERASE, F. P. y MIGNELLA, F. (1976) *La nuovapiccola borghesia*. Venecia: Marsilio. (versión en español, Nueva Imagen, 1980).
- CERVANTES, D. (1978) «Programa de erradicación del paludismo en México y nuevos enfoques de su estrategia». *Salud Pública de México*, 20 (5): 613-645.
- CHÁVEZ, A. (1976a) «Estudios epidemiológicos de la diabetes en tres comunidades de la zona henequenera del estado de Yucatán». En *INN. La desnutrición y la salud en México*. México
- CHÁVEZ, A. (1976b) «Maduración ósea en dos grupos de niños con diferente estado nutricional». En *INN. La desnutrición y la salud en México*. México.
- CHÁVEZ, A. y PIMENTEL, A. (1963) «Estudios epidemiológicos de la peLAGRA en una comunidad rural». *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 55: 398-404.

- CHEN, M. M. y WAGNER, D. P. (1978) «Gains in mortality from biomedical research 1930-1957: An initial assessment». *Social Science and Medicine*, 12, C: 73-81.
- CIDER (1979) *Elementos para la definición de políticas de inversión pública en el sur de Yucatán*. México, D.F.
- CLARK, M. (1979) *La organización obrera en México*. México, D.F.: Era.
- CLEAVER, E. (1969) *Alma encadenada*. México, D.F.: Siglo XXI.
- CLIMO, J. C. (1979) «Capitalism and unemployment on a collective farming (Ejido) development project in Southern Yucatan, México». *Human Organization*, 38 (4): 395-399.
- CLINE, F. (1978) «Comentarios sobre una bibliografía selecta de la guerra de castas, tópicos conexos». En: VILLA ROJAS, A. (ed.) (1978) *Los elegidos de dios*. México, D.F.: Instituto Nacional Indigenista.
- COLLADO ARDÓN, R. (1978) «¿Atención médica rural u organización rural para la salud?». En VELIMIROVIC, B. (ed.) (1978) *La medicina moderna y la antropología médica en la población fronteriza mexicano estadounidense*. Washington D.C.: Publicaciones Científicas 359.
- COLLADO ARDÓN, R. (1976) *Médicos y estructura social*. Archivo del Fondo, 70. México, D.F.: Fondo de Cultura Económica.
- COLLADO ARDÓN, R. y GARCÍA TORRES, J. E. (1975a) «La actitud de los médicos en México respecto de los curanderos». *Salud Pública de México*, 17: 459-470.
- COLLADO ARDÓN, R. y GARCÍA TORRES, J. E. (1975b) «Los médicos en México en 1970». *Salud Pública de México*, 10 (3): 309-324.
- CONGRESO OBRERO DE IZAMAL (1977) *Convocatoria a las ligas de resistencia por el Partido Socialista del Sureste*. México, D.F.: CEHSMO.
- CONGRESO OBRERO SOCIALISTA CELEBRADO EN MOTUL (YUCATÁN) (1977) *Bases que se discutieron y aprobaron*. México, D.F.: CEHSMO.
- CONSEJO SUPERIOR DE SALUBRIDAD (1904) *Memoria*. México, D.F.
- CONSEJO SUPERIOR DE SALUBRIDAD (1905) *Memoria*. México, D.F.
- CONSEJO SUPERIOR DE SALUBRIDAD (1910) *La salubridad e higiene pública en los Estados Unidos Mexicanos*. México, D.F.
- CONSEJO SUPERIOR DE SALUBRIDAD (1913) *Memoria*. México, D.F.
- CONSEJO SUPERIOR DE SALUBRIDAD (1915) *Medidas contra el tifo en México*. México, D.F.
- CONSEJO SUPERIOR DE SALUBRIDAD (1920) *Memoria*. México, D.F.

- CONSEJO TÉCNICO DE LA CAMPAÑA NACIONAL PARA LA ERRADICACIÓN DEL PALUDISMO (1974) «La lucha contra el paludismo en México». En: *Primera Convención Nacional de Salud*, Memorias, Vol. 3. México.
- CONVENCIÓN NACIONAL DE SALUD (Primera) (1973) *Atlas de la salud de la República Mexicana*, México, D.F.
- CONVENCIÓN NACIONAL DE SALUD (Primera) (1974) *Memorias*, Vol. 4. México, D.F.
- COOK, S. y BORAH, W. (1978) *Ensayos sobre historia de la población. México y el Caribe*, Vol. 2. México, D.F.: Siglo XXI.
- COPRODEY (1978) *La economía del estado de Yucatán en 1977. Análisis de coyuntura*. Mérida: Temas económicos.
- CORDERO, E. (1968) «La subestimación de la mortalidad infantil en México». *Demografía y Economía*, 2 (1): 44-62.
- CREVENNA, P. (1978) «Evolución y funciones de la salud pública en México». *Medicina y Sociedad*, 1: 81-90.
- DE LA LOZA, A. y SALDAÑA, J. H. (1972) «Cambios importantes en la mortalidad de México en 1970». *Salud Pública de México*, 12 (1): 69-88. 557
- DE MARTINO, E. (1948) *Il mondo magico, Prolegomeni a una storia del magismo*. Turín: Einaudi.
- DE MARTINO, E. (1958) *Morte e pianto rituale nel mondo antico. Dal lamento pagano al pianto di Maria*. Turín: Einaudi.
- DE MARTINO, E. (1961) *La terra del rimorso. Contributo a una storia religiosa del sud*. Milán: Il Saggiatore.
- DE MARTINO, E. (1975) *Mondo popolare e magia in Lucania*. Roma-Matera: Basilicata Editrice.
- DELARUE, F. (1980) *Salud e infección. Auge y decadencia de las vacunas*. México, D.F.: Nueva Imagen.
- DELOULE, D. y GUERY F. (1975) *El cuerpo productivo. Teoría del cuerpo en el modo de producción capitalista*. Buenos Aires: Tiempo Contemporáneo.
- DEPARTAMENTO DE SALUBRIDAD (1943) *Boletín*, 6 (3). México, D.F.
- DEPARTAMENTO DE SALUBRIDAD PÚBLICA DE MÉXICO (1928) *Memoria 1925-1928*. México, D.F.
- DEPARTAMENTO DE SALUBRIDAD PÚBLICA DE MÉXICO (1936) *Organización y funcionamiento de los servicios sanitarios en estados y territorios*. México, D.F.

- DEPARTAMENTO DE SALUBRIDAD PÚBLICA DE MÉXICO (s/d) *Memoria 1931-1932*. México, D.F.
- DEPARTAMENTO DE SALUBRIDAD PÚBLICA DE MÉXICO (s/d) *Memoria 1932-1933*. México, D.F.
- DÍAZ, J. y GÓNGORA, B (1977) «La higiene» En *Enciclopedia Yucatanense*, Vol. 4. México, D.F.
- DIRECCIÓN DE ASISTENCIA SOCIAL (1960) *Informe*. México, D.F.
- DIRECCIÓN GENERAL DE ESTADÍSTICA (1894) *Anuario estadístico de la República Mexicana, Colección completa*. México, D.F.
- DIRECCIÓN GENERAL DE ESTADÍSTICA (1928) *Censo general de habitantes. Estado de Yucatán*. México, D.F.
- DIRECCIÓN GENERAL DE ESTADÍSTICA (1934) *Quinto censo de población, 1930*. México, D.F.
- DIRECCIÓN GENERAL DE ESTADÍSTICA (1935) *Primer censo ejidal. Resumen general*. México, D.F.
- DIRECCIÓN GENERAL DE ESTADÍSTICA (1943) *Sexto censo de población, 1940*. México, D.F.
- DIRECCIÓN GENERAL DE ESTADÍSTICA (1949) *Segundo censo ejidal de los Estados Unidos Mexicanos. Resumen general*. México, D.F.
- DIRECCIÓN GENERAL DE ESTADÍSTICA (1953) *Séptimo censo de población, 1950*. México, D.F.
- DIRECCIÓN GENERAL DE ESTADÍSTICA (1956) *Estadísticas sociales del porfirato: 1887-1910*. México, D.F.
- DIRECCIÓN GENERAL DE ESTADÍSTICA (1957) *Tercer censo agrícola, ganadero y ejidal. Estado de Yucatán*. México, D.F.
- DIRECCIÓN GENERAL DE ESTADÍSTICA (1963) *Octavo censo general de población*. México, D.F.
- DIRECCIÓN GENERAL DE ESTADÍSTICA (1965) *Cuarto censo agrícola, ganadero y ejidal. Estado de Yucatán*. México, D.F.
- DIRECCIÓN GENERAL DE ESTADÍSTICA (1971a) *Anuario estadístico compendiado, 1970*. México, D.F.
- DIRECCIÓN GENERAL DE ESTADÍSTICA (1971b) *Noveno censo general de población, 1970*. México, D.F.
- DIRECCIÓN GENERAL DE ESTADÍSTICA (1972a) *Quinto censo agrícola, ganadero y ejidal, 1970. Encuesta especial sobre rendimientos y precios medios*. México, D.F.
- DIRECCIÓN GENERAL DE ESTADÍSTICA (1972b). *Quinto censo ejidal, 1979. Directorio de ejidos y comunidades agrícolas*. México, D.F.



- DIRECCIÓN GENERAL DE ESTADÍSTICA (1973) *Estadística de servicios médicos y de salud*. México, D.F.
- DIRECCIÓN GENERAL DE ESTADÍSTICA (1975a) *Estadísticas hospitalarias*, Serie 5, 1. México, D.F.
- DIRECCIÓN GENERAL DE ESTADÍSTICA (1975b) «Evaluación de la mortalidad infantil en la República Mexicana 1930-1970». *Evaluación y Análisis*, 3 (1).
- DIRECCIÓN GENERAL DE ESTADÍSTICA (1975c) *Quinto censo agrícola, ganadero y ejidal. Estado de Yucatán*. México, D.F.
- DIRECCIÓN GENERAL DE ESTADÍSTICA (1977) «El subregistro de la mortalidad infantil, 1976». En *Evaluación y Análisis*. México, D.F.
- DONABEDIAN, A. (1978) «Quality of medical care». *Science*, 200: 856-864.
- DONABEDIAN, A. (1979a) «Evaluación de la calidad de la atención». En VARIOS AUTORES (1979) *Investigaciones en servicios de salud*. México, D.F.: CONACYT y SSA.
- DONABEDIAN, A. (1979b) «The quality of medical care: A concept in search of a definition. *Journal of Family Practice*, 9 (2): 277-284.
- DUMOND, D.F. (1977) «Independent Maya of the late nineteenth century: Chiefdoms and power politics». En JONES, G. (ed.) (1977) *Anthropology and history in Yucatán*. Austin: University of Texas Press.
- DURÁN, M. A. (1975) *El agrarismo mexicano*. México, D.F.: Siglo XXI.
- DURKHEIM, Emile (1974). *El suicidio*. México, D.F.: UNAM.
- ECKSTEIN, S. (1966) *El ejido colectivo*. México, D.F.: Fondo de Cultura Económica.
- COLEGIO DE MÉXICO (1970) *Dinámica de la población en México*. México, D.F.
- ELENDORF, M. (1973) *La mujer maya y el cambio*. México, D.F.: SepSetentas.
- ERASMUS, CH. (1961) *Man takes control: Cultural development and American aid*. MINNeapolis: University of MINNesota Press.
- ERASMUS, CH. (1969) «El síndrome del 'encogido' y el desarrollo de la comunidad». *América Indígena*, 29 (1): 228-292.
- ERASMUS, CH. (1970) «Réplica a Gerrit Huizer». *América Indígena*, 30 (3): 829-843.
- ESCALERAS, J. et alii (1978) *Factores que intervienen en el desarrollo y mantenimiento de formas de medicina popular: la automedicación*. México, D.F.: ESP.

- ESCUELA DE SALUD PÚBLICA (1975-1978) Documentos: 75/242; 76/245; 77/320; 78/355 y Documento sobre municipio de Tizimin (Yucatán) de 12/1976, Documento sobre Yucatán, 8/1979, México.
- ESTEVA, G. (1977) «Una opción campesina para el desarrollo nacional». *Comercio Exterior*, 27 (5): 573-579.
- ESTEVA, G. (1978) «¿Y si los campesinos existen?» *Comercio Exterior*, 28 (6): 699-713.
- FÁBILA, A. (1941) «Exploración económico-social del estado de Yucatán». *Trimestre Económico*, 8 (octubre-diciembre): 398-465
- FANON, F. (1962) *Los condenados de la tierra*. México, D.F.: Fondo de Cultura Económica.
- FANON, F. (1968). *Sociología de la revolución*. México: ERA.
- FEDER, E. (1977) «Campesinistas y descampesinistas. Tres enfoques divergentes (no incompatibles) sobre la destrucción del campesinado. Primera parte». *Comercio Exterior*, 27 (12): 1439-1446.
- FEDER, E. (1978b) *Violencia y despojo del campesino: latifundio y explotación*. México, D.F.: Siglo XXI.
- FERRER DE MENDIOLEA, G. (1977) «Historia de las comunicaciones». En *Enciclopedia Yucatanense*, Vol. 3. México D.F.
- FINKLER, K. (1977) «El cuidado de la salud: un problema de relaciones de poder». *América Indígena*, 37 (2): 435-456.
- FOSTER, G. (1965) «Peasant society and the image of limited good». *American Anthropologist*. 67: 293-315.
- FOSTER, G. (1968) «Comentarios». En: BADGLEY, R. F. (ed.) (1968) *Ciencias sociales y planeación de la salud. Cultura, enfermedad y servicios de salud en Colombia*: New York: Fundación Milbank Memorial.
- FOSTER, G. (1972) *Tzintzuntzan*. México, D.F.: Fondo de Cultura Económica.
- FOSTER, G. (1974) *Antropología aplicada*, México, D.F.: Fondo de Cultura Económica.
- FOSTER, G. (1978) «Prólogo». En: VELIMIROVIC, B. (ed.) (1978) *La medicina moderna y la antropología médica en la población fronteriza mexicano-estadounidense*. Washington D.C.: Publicaciones Científicas 359.
- FOUCAULT, M. (1976) «La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina». *Educación Médica y Salud*, 10 (2): 152-170.
- FRENTE SINDICAL INDEPENDIENTE EFRAÍN CALDERÓN LARA (s/d) *Yucatán 1973-1977*. Mérida, México.

- GALICIA, M DE LA PAZ y G. BALAN (1967) «Programa experimental de Suddzal, Yucatán. Un programa comparativo de educación nutricional». *Higiene*, 3: 156-160.
- GAMBOA RICALDE., A. (1943-1955) *Yucatán desde 1910 (1910-1924)*, Vol. 3. Veracruz, México.
- GARCÍA SÁNCHEZ, F. *et alii* (1961) «El distrito integral de salud pública en México». *Salud Pública de México* 3 (4): 573-598.
- GOBIERNO DEL ESTADO DE YUCATÁN (1941) *El ejido henequenero de Yucatán*, Vol. 2. México, D.F.
- GOBIERNO DEL ESTADO DE YUCATÁN (1974-1978) *Monografías del estado de Yucatán (años 1974, 1975, 1976, 1977, 1978)*. Mérida, México.
- GOBIERNO DEL ESTADO DE YUCATÁN (1977) *Enciclopedia Yucatanense*, Vol. 9. México, D.F.
- GOBIERNO DEL ESTADO DE YUCATÁN (1978) *Plan estatal de desarrollo urbano*, Vol. 2. Mérida, México.
- GOLDKIND, V (1966) «Class conflict and cacique in Chan Kom». *Southwestern Journal of Anthropology*, 22 (4): 325-345.
- GOLDKIND, V. (1965) «Social stratification in the peasant community: Redfield's Chan Kom reinterpreted». *American Anthropologist*, 37: 863-887.
- GONZÁLEZ APARICIO, E. (1936) *El problema ejidal en Yucatán*. El Universal.
- GONZÁLEZ NAVARRO, M. (1968) *La Confederación Nacional Campesina. Un grupo de presión en la reforma agraria mexicana*. México, D.F.: Costa Amic.
- GONZÁLEZ NAVARRO, M. (1970) *Raza y tierra. La guerra de castas y el henequén*. México, D.F.: El Colegio de México.
- GONZÁLEZ NAVARRO, M. (1973) «El porfiriato. La vida social». En: Cosío VILLEGAS, D. (ed.) *Historia moderna de México*, Vol. 4. México, D.F.: Hermes.
- GONZÁLEZ NAVARRO, M. (1974) *Población y sociedad en México (1900-1970)*, Vol. 2. México, D.F.: UNAM.
- GONZÁLEZ RAMÍREZ, M. (1966) *La revolución social en México. El problema agrario*, Vol. 3. México, D.F.: Fondo de Cultura Económica.
- GONZÁLEZ, A. y DE LOS A. SANDOVAL, M. (1946) «Acción de la penicilina sobre los hongos patógenos». *Revista del Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales*, 7 (4): 193-200.

- GONZÁLEZ, G. (1962) «El problema ejidal en Yucatán». En INI (1962) *Los Centros Coordinadores Indigenistas*. México, D.F.: INI.
- GONZÁLEZ, M. y ALMARAZ, A. (1948) «Estudio comparativo de las tablas de vida de 1930 y de 1940 en la República Mexicana». *Revista del Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales*, 9 (4): 263-281.
- GOODNER, K. (1933) «Bacteriological and serological studies in Yucatán in 1929». En: SHATTUCK, G. CH. *et alii* (1933) *The Península of Yucatán. Medical, biological, meteorological and sociological studies*, publicación 431. Washington, D.C.: Carnegie Institute.
- GOULD-MARTIN, K. (1978) «Hot cold clean poison and dirt: Chinese folk medical categories». *Social Science and Medicine*, 12: 39-46.
- GRACIARENA, J. (1976) *Poder y clases sociales en el desarrollo de América Latina*. Buenos Aires: Paidós.
- GRAMSCI, A. (1962) *Literatura y vida nacional*. Buenos Aires: Lautaro.
- GRAMSCI, A. 1977 *Escritos políticos (1917-1933)*, Vol. 54. Córdova: Cuadernos de Pasado y Presente.
- GROSS, M. L. (1968) *Los doctores*. México, D.F.: Grijalbo.
- HARMAN, R. C. (1974) *Cambios médicos y sociales en una comunidad maya tzellal*. México, D.F.: INI.
- HARTWIG, G. y PATTERSON, K. (1978) *Disease in African history. An introductory survey and case studies*. Durham: Duke University Press.
- HEREDIA DUARTE, A. (1972) «El incremento de la mortalidad infantil en México». *Gaceta Médica de México*, 103 (6): 475-493.
- HERNÁNDEZ, E. (1959) «La agricultura». En BELTRÁN, E. (ed.) (1959) *Los recursos naturales del sureste y su aprovechamiento*, Vol. 3. México, D.F.: Instituto Mexicano de Recursos Naturales Renovables.
- HERNÁNDEZ, M. (1978) «Desarrollo y evaluación de un programa de educación en alimentación infantil para el medio rural». *Cuadernos de Nutrición*, 3 (4): 355-364.
- HILFERTY, M. y MAHER, H. C. (1933) «Vital statistic». En: SHATTUCK, G. CH. *et alii* (1933) *The Península of Yucatán. Medical, biological, meteorological and sociological studies*, publicación 431. Washington, D.C.: Carnegie Institute.
- HOBBSAWM, E. (1979a) «El nivel de vida en Gran Bretaña entre 1790 y 1850», En HOBBSAWM, E. (1979) *Trabajadores. Estudios de historia de la clase obrera*. Barcelona: Editorial Crítica.
- HOBBSAWM, E. (1979b) *Trabajadores. Estudios de historia de la clase obrera*. Barcelona: Editorial Crítica.

- HOLLAND, W. R. (1963) *Medicina maya en los altos de Chiapas*. México, D.F.: INI.
- HUCHIM, E. (1980) «El largo camino de la CNC». *Unomásuno*, 27, 28 29, 30, 31 (agosto- septiembre).
- HUIZER, G (1973) *El potencial revolucionario del campesino en América Latina*. México, D.F.: Siglo XXI.
- HUIZER, G. (1970a) *La lucha campesina en México*. México, D.F.: Centro de Investigaciones Agrarias.
- HUIZER, G. (1970b) «Resistencia al cambio como un potencial para la acción radical campesina: Foster y Erasmus reconsiderados». *América Indígena*, 30 (2).
- INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (IMSS) (1971) «Estado actual de la organización de los servicios de salud en el medio rural». *Higiene*, 23 (1) y (2): 61-68.
- INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (IMSS) (1973a) *Memoria estadística de 1973*. México, D. F
- INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (IMSS) (1973b) *El Seguro Social en cifras: 1963-1972*. México, D. F
- INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (IMSS) (1975a) *Anuario estadístico de servicios médicos*. México, D.F.
- INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (IMSS) (1975b) *Memoria estadística de 1975*. México, D.F.
- INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (IMSS) (1978) *Anuario estadístico de servicios médicos, 1977*. México, D.F.
- INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (IMSS) (1979) *Anuario estadístico de servicios médicos, 1978*. México, D.F.
- INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (IMSS) (s/d) *Anuario estadístico de servicios médicos, recursos humanos, materiales y de servicios, 1970*. México, D.F.
- INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (IMSS) (s/d) *Memoria estadística de 1971*, México, D.F.
- INSTITUTO NACIONAL DE LA NUTRICIÓN (1963) *Encuestas nutricionales en México*. México, D.F.
- INSTITUTO NACIONAL DE LA NUTRICIÓN (1976a) *La desnutrición y la salud en México*. México, D.F.
- INSTITUTO NACIONAL DE LA NUTRICIÓN (1976b) *Recopilación de investigaciones epidemiológicas en el medio rural*. México, D.F.

- ISSSTE (1966) *Boletín estadístico de los servicios médicos del ISSSTE*. México, D.F.
- ISSSTE (1969) *Boletín estadístico de los servicios médicos del ISSSTE*. México, D.F.
- ISSSTE (1971) *Boletín estadístico de los servicios médicos del ISSSTE*. México, D.F.
- ISSSTE (1977) *Anuario estadístico 1977*. México, D.F.
- JONES, G. D. (1971) «La estructura política de los mayas de Chan Santa Cruz: el papel del respaldo inglés». *América Indígena*, 31 (2): 415-428.
- JONES, R. (1979) «Self-medication in a small community». *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 26: 410-413.
- JOSEPH, G. M. (1977) «Yucatán y la revolución mexicana». *Revista Universitaria de Yucatán*, 109: 12-35.
- KELLY, I. (1955) «El adiestramiento de parteras empíricas en México desde el punto de vista antropológico». *América Indígena*, 15: 109-117.
- KELLY, I. et alii (1956) *Santiago Tuxtla, Veracruz. Cultura y salud*. México, D.F.: Edición Mimeografiada.
- KUMATE, J. y GUTIÉRREZ, G. (1975) *Manual de infectología*. México, D.F.: Ediciones Médicas del Hospital Infantil de México, D.F.
- KUMATE, J.; CAÑEDO, L. y PEDROTTA, O. (1977) *La salud de los mexicanos y la medicina en México*. México, D.F.: El Colegio Nacional.
- LAURELL, A. C. (1975) «Medicina y capitalismo en México». *Cuadernos Políticos*, 5: 80-93.
- LAURELL, A. C. (1978) «Proceso de trabajo y salud». *Cuadernos Políticos*, 17: 59-80.
- LÉVI-STRAUSS, C. (1968) *Antropología estructural*. Buenos Aires: EUDEBA.
- LEWIS, O. (1955) «Medicine and politics in a Mexican Village». En PAUL B. D. (ed.) (1955) *Health, culture and community. Case studies of public reactions to health programs*. Russell Sage Foundation.
- LINTON, R. (1945) *Cultura y personalidad*. México, D.F.: Fondo de Cultura Económica.
- LITMAN, T. J. (1974) «The family as a basic unit in health and medical care: A social behavioral overview». *Social Science and Medicine*, 8: 495-518.
- LITTLEFIELD, A. (1976) *La industria de las hamacas en Yucatán, México. Ensayo de antropología económica*. México, D.F.: INI.

- LOMBARDI-SATRIANI, R. (1975) *Antropología cultural. Análisis de la cultura subalterna*. Buenos Aires: Galerna.
- LOMBARDI-SATRIANI, R. (1978) *Apropiación y destrucción de la cultura de las clases subalternas*. México, D.F.: Nueva Imagen.
- LOMBARDO TOLEDANO, V. (1977) *El llanto del sureste*. México, D.F.: CE-HSMO.
- LÓPEZ ACUÑA, D. (1976) *La crisis de la medicina mexicana*. Puebla: Universidad Autónoma de Puebla.
- LÓPEZ ACUÑA, D. (1980) «Salud y seguridad social: problemas recientes y alternativas». En: GONZÁLEZ CASANOVA, P. y FLORESCANO, E. (eds.) (1980) *México hoy*. México, D.F.: Siglo XXI.
- LÓPEZ AUSTIN, A. (1971) *Medicina náhuatl*. México, D.F.: SepSetentas.
- LORET DE MOLA, C. (1978) *Confesiones de un gobernador*. México, D.F.: Grijalbo.
- LOVEIRA, C. (1978) «El socialismo en Yucatán». *Historia y economía*, 2 (7) mayo-junio: 17-47 (reproducción del original de 1923).
- MACCIOCHI, M. A. (1977) *Gramsci y la revolución de occidente*. México, D.F.: Siglo XXI.
- MADRIGAL, H. (1968) *Estudios experimentales sobre la prevención de la pelagra*. México, D.F.: SSA.
- MADRIGAL, H. et alii (1976) «La utilidad de diversos métodos para prevenir la pelagra endémica». En *La desnutrición y la salud en México*. INN.
- MALDONADO HUERTA, M. (1965) *Manual de geomédica mexicana*. México, D.F.: sin editorial.
- MARTÍNEZ BAEZ, M. (1975) «El paludismo en el mundo». *Gaceta Médica de México*, 110 (6): 391-396.
- MARTÍNEZ VILLAGÓMEZ, V. et alii (1975) *La organización colectiva de ejidos y comunidades indígenas (el caso de la región maya del sur de Yucatán)*. México, D.F.: Secretaría de la Reforma Agraria, Dirección General de Planeación.
- MARTÍNEZ, C; CHÁVEZ, A. y BOURGES, H. (s/d) *La lactancia en el medio rural. Estudios cuantitativos sobre producción, valor nutritivo de la leche humana*, Monografía L-26. México, D.F.: INN.
- MARTÍNEZ, P. D. (1970) «Diez observaciones sobre la mortalidad en México». *Salud Pública de México*, vol. 12 (1): 37-43.

- MCCALL, G. J. (1966) «El Hudú (mal de ojo) y el tinglado de los números». En: BECKER, H. (ed.) (1966) *Los «otros» entre nosotros*. Barcelona: Sagaritario.
- MCCULLOUGH, J y CHRISTINE (1974) «Las creencias del síndrome friócaliente en Yucatán y su importancia para la antropología aplicada». *Anales de Antropología*, 11:295-305.
- MCKEOWN, T. (1976) *The modern rise of population*. Gran Bretaña: Academic Press.
- MÉJIDO, M. (1973) *México amargo*. México, D.F.: Siglo XXI.
- MENÉNDEZ, E. L. (1969) «Colonialismo, Neocolonialismo y racismo». *Revista de Ciencias Sociales*, 6: 72-94.
- MENÉNDEZ, E. L. (1971) «Frantz Fanón». En *Los libros*, 4. Buenos Aires.
- MENÉNDEZ, E. L. (1975) *El modelo antropológico clásico. Estructura y función*. Inédito.
- MENÉNDEZ, E. L. (1978a) *El concepto de clases sociales en la producción teórica sociológica y antropológica mexicana*. Inédito.
- MENÉNDEZ, E. L. (1978b) «El modelo médico y la salud de los trabajadores». En BASAGLIA, F. et alii (1978) *La salud de los trabajadores. Aportes para una política de la salud*. México, D.F.: Nueva Imagen.
- MENÉNDEZ, E. L. (1978c) *Situación colonial y enfermedad: origen y desarrollo de las condiciones actuales de mortalidad y morbilidad*, Publicación interna: 78/146, 78/147. México, D.F.: Escuela de Salud Pública de México.
- MENÉNDEZ, E. L. (1979a). *Cura y control. La apropiación de lo social por la práctica psiquiátrica*. México, D.F.: Nueva Imagen.
- MENÉNDEZ, E. L. (1979b) *La educación para la salud a través de los medios de comunicación. Automedicación, reproducción terapéutica y medios de comunicación masiva*. Inédito.
- MENÉNDEZ, E. L. (1979c) «Los modelos médicos y la práctica psiquiátrica». En *Salud y Enfermedad en México*, Presentado en el seminario del IPN.
- MENÉNDEZ, I (1978) «La doble dependencia». *Comercio Exterior*, 28 (8): 960-968.
- MENÉNDEZ, I. (1977) «El estado y la zona henequenera de Yucatán, 1970-1976». *Comercio Exterior*, 27 (12): 1510-1517.
- MENÉNDEZ, M. A. (1947) *La industria de la esclavitud*. México, D.F.: Zama.



- MENÉNDEZ, E. L. y RAMÍREZ, M. (1980) *Ideología y práctica de los sistemas de salud en una comunidad yucateca*. Inédito.
- MESA ANDRACA, M. (1955) «La situación henequenera en Yucatán». *Problemas Agrícolas e Industriales de México*, 7 (2): 281-306.
- MIGDAL, J. (1977) *Peasant's politics and revolution*. Princeton: Princeton University Press.
- MOLINA FONT, G. (1941) *La tragedia de Yucatán*. México, D.F.: Revista de Derecho y Ciencias Sociales.
- MONTALVO, J. (1977a) «Apuntes sobre el capitalismo y el henequén en Yucatán». *Historia y Economía*, 1 (3).
- MONTALVO, J. (1977b) «Notas sobre el carácter de clase del Partido Socialista del Sureste». En: CEHSMO (1977) *Memoria del Primer Coloquio Regional de Historia Obrera*. México, D.F.: CEHSMO.
- MONTAÑEZ, C. y ABURTO, H (1979) *Maíz. Política institucional y crisis agrícola*. México, D.F.: Nueva Imagen.
- MORA, H. et alii (1966) «Epidemiología de la pelagra en una zona rural del estado de Yucatán». En *VI Reunión Anual de la Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología*. Ixtapan de la Sal.
- MORCILLO, M. R. (1971) *Informe del servicio social realizado en Yucatán*. México, D.F.: SSA.
- NACIONAL FINANCIERA (s/d) *Posibilidades de industrialización del estado de Yucatán*. México, D.F.
- NACIONES UNIDAS (1972) *Participación popular en el desarrollo: nuevas tendencias del desarrollo de la comunidad*. Nueva York: Departamento de Asuntos Económicos y Sociales.
- NATHAN, P. (1955) «México en la época de Cárdenas». *Problemas Agrícolas e Industriales de México*, 3 (3) (julio-septiembre): 17-176.
- NAVARRO, V. (1978) *La medicina baja el capitalismo*. Barcelona: Grijalbo.
- NAVARRO, V. (1979) *Capitalismo, imperialismo, salud, medicina*. Madrid. Ayuso.
- NEUMANN, F. (1943) *Behemoth: pensamiento y acción en el nacionalsocialismo*. México, D.F.: Fondo de Cultura Económica.
- NISBET, R. (1969) *La formación del pensamiento sociológico*, Vol. 2. Buenos Aires: Amorrortu.
- OEA, DEPARTAMENTO DE ASUNTOS SOCIALES (1971) «Desarrollo de la comunidad y participación popular». En: *Asuntos Sociales*, 3 (25) y (26).

- OLPER, R. (1975) «Epidemiología de las neoplasias. Registro de patología neoplásica del IMSS». *Salud Pública de México*, 4: 533-543.
- OMS (1969) «Organización y administración de los servicios de higiene materno-infantil». En *Informe técnico*, 428, Ginebra.
- OMS (1972) «Memoranda. A survey of nutritional-immunological interactions». En *Boletín OMS*, 46 (4): 537-546.
- OPS (1970) «Nutrición materna y planificación de la familia en las Américas». En *Publicación Científica*, 204. Washington, D.C.
- OPS (1973) *Diagnóstico sectorial y análisis institucional*. Documento 73/148. Reproducido ESP, México, D.F.
- OPS (1974) «Guía para la organización de servicios de salud en áreas rurales y la utilización de personal auxiliar». En *Publicación Científica*, 290. Washington, D.C.
- OPS (1975) «Utilización de auxiliares y líderes comunitarios en programas de salud en el área rural». En *Publicación Científica*, 296. Washington, D.C.
- OPS (1977) *Extensión de cobertura de los servicios de salud con las estrategias de atención primaria y participación de la comunidad*. Washington, D.C.
- OROSA DÍAZ, J. (1955) *El campesino henequenero y la reforma agraria en Yucatán*. Mérida, México.
- ORTIZ ECHÁNIZ, S. (1979) «Origen, desarrollo y características del espiritualismo en México». *América Indígena*, 39 (1): 147-170.
- ORTIZ, R. *et alii* (1977) «Los gobiernos de Salvador Alvarado y de Felipe Carrillo Puerto». *Revista Universitaria de Yucatán*, 114: 13-33.
- OSTERWEIS, M.; BUSH, P y ZUCKERMAN, A. (1979) «Family context as a predictor of individual medicine use». *Social Science and Medicine*, 13 A: 287-291.
- PALACIOS FRAIRE, S. (1978) «El problema de la malaria y estrategia para su erradicación». *Higiene*, 28 (4): 213-220.
- PAOLI, F. (1974) «Carrillo Puerto y el Partido Socialista del Sureste». *Revista Universitaria de Yucatán*, 16 (91): 75-94.
- PAOLI, F. J. y MONTALVO, E. (1977) *El socialismo olvidado de Yucatán (elementos para una reinterpretación de la revolución mexicana)*. México, D.F.: Siglo XXI.
- PARDAL, R. (1937) *La medicina aborígen americana*. Buenos Aires: Humanior.

- PARÉ, L. (1977) *El proletariado agrícola en México. ¿Campesinos sin tierra o proletarios agrícolas?* México, D.F.: Siglo XXI.
- PATCH, R. (1976) «La formación de estancias y haciendas en Yucatán durante la colonia». *Revista Universitaria de Yucatán*, 106: 95-132.
- PATCH, R. (1979) «El mercado urbano y la economía campesina en el siglo XVIII». En *Memoria 1979*, Vol. I.
- PÉREZ HIDALGO, C. *et alii* (1970) «Recopilación sobre el consumo de nutrientes en diferentes zonas de México». En *Archivo Latinoamericano de Nutrición*, Vol. 20.
- PÉREZ NAVARRETE, J. L. (1959) «Epidemiología de las diarreas». *Gaceta Médica de México*, 89 (3): 173-182.
- PINEDA, C. (1975a) «La participación de la partera empírica en los programas de salud». *Higiene*, 25 (2-3): 165-172.
- PINEDA, C. (1975b) «Los programas de salud rural en México». *Salud Pública de México*, 17 (3): 411-422.
- PORTANTIERO, J. C. (1977) «Los usos de Gramsci». *Cuadernos de Pasado y Presente*, 54: 9-82.
- POZAS, R. (1969) «Estudio de los problemas sociales del Ingenio Azucare-ro de Catmis, Yucatán». En *Acta Sociológica*. UNAM, México.
- PRADO VÉRTIZ, A. (1958) «El problema hospitalario». *Gaceta Médica*, 88 (10): 711.
- PRESS, I. (1971) «The urban curandero». *American Anthropologist*, 73 (3): 741-756.
- PRESS, I. (1975) *Tradition/adaptation. Life in a modern Yucatán Maya vil-lage*. Connecticut: Greenwood Press.
- PUFFER, R. R. y SERRANO, C. V. (1973) «Características de la mortalidad en la niñez». En *Publicación Científica de la OPS*, 262. Washington, D. C.
- RABY, D. L. (1974) *Educación y revolución social*. México, D.F.: SepSetentas.
- RADL, A. (1931) «Historia de las ideas biológicas». *Revista de Occidente*, 2. Madrid.
- RAMÍREZ, F. (1978a) «Dzonochel, municipio de Peto». En *Evaluación PIDER*. México, D.F.
- RAMÍREZ, F. (1978b) «Estudio de caso de la localidad de Chacsinkin». En *Evaluación PIDER*. México, D.F.
- RAMÍREZ, F.; ARROYO P. y CHÁVEZ, A. (1971) «Aspectos socioeconómicos de la alimentación en México». *Comercio Exterior*, 21 (8): 675-690.

- RAMOS GALVÁN, R. (1944) *La mortalidad infantil en la comunidad de Mérida*. Tesis UNAM, México, D.F.
- RAMOS, P.; ÁLVAREZ MANILLA, J. y ÁLVAREZ TOSTADO, J. (1965) *Proyección social del médico*. México, D.F.: sin editorial.
- RASKA, K. (1972) *El concepto de vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmisibles*, reproducido ESP. México, D.F.
- RAYMOND, N. C. (1974) «Revolución, reforma agraria y población». *Anuario Indigenista*, 34: 173-182.
- REDFIELD, R. (1941) *Yucatán, una cultura en transición*. México, D.F.: Fondo de Cultura Económica.
- REDFIELD, R. (1970) *A Villa that chose progress. Chan Kom revisited*. Chicago: The University of Chicago Press.
- REDFIELD, R. y VILLA ROJAS, A. (1934) *Chan Kom: A Maya village*. Chicago: The University of Chicago Press.
- REYES, S. (1974) *Estructura agrícola en México. Estudio sobre la relación entre la tenencia y uso de la tierra y el desarrollo agrícola de México*. México, D.F.: Fondo de Cultura Económica.
- RICCHI, R. (1980) *La muerte obrera*. México, D.F.: Nueva Imagen.
- RICO, J. (1922) *Yucatán. La huelga de junio*. Mérida: sin editorial.
- RIVERA, M. O. (1976) *Una comunidad maya en Yucatán*. México, D.F.: SepSetentas.
- RIVERO G. Y. (1976) *La fiesta de Tizimin. Feria en honor de los Santos Tres Reyes*. Mérida, México.
- RODRÍGUEZ LOSA, S. (1977) *La población de los municipios del estado de Yucatán*. Mérida: sin editorial.
- RODRÍGUEZ, J. y VITAL, J. A. (1979) «Las políticas de salud y las luchas de los trabajadores». *Cuadernos Políticos*, 10: 50-67.
- ROEMER, M. (1964) *La atención médica en América Latina*, U. P. Washington, D.C.
- ROMÁN y CARRILLO, G. (1967) «Formación profesional del médico mexicano». *Higiene*, 18 (1): 9-21.
- ROMÁN y CARRILLO, G. (1975) «El paludismo en México». *Gaceta Médica de México*, 110, (6): 401-409.
- RUBEL, A. L. (1970) «Concepts of disease in Mexican-American culture». *American Anthropologist*, 62, (5): 795-814.
- RUBEL, A. L. (1978) «Dificultades para expresar al médico los trastornos que aquejan al paciente: la enfermedad del susto como ejemplo». En: VELIMIROVIC, B. (ed.) (1978) *La medicina moderna y la antropología*

- en la población fronteriza mexicano estadounidense*. Washington D.C.: Publicaciones Científicas 359.
- RUIZ GÓMEZ, J. y BUSTAMANTE, M. E. (1978) «Seroepidemiología del sarampión, rubéola y parotiditis en la República Mexicana». *Salud Pública de México*, 20 (1): 19-27.
- RUIZ GÓMEZ, J. y SILVA ACOSTA, C. (1978) «Seroepidemiología del sarampión, rubéola y parotiditis en la República Mexicana». *Salud Pública de México*, 20 (1): 35-39.
- RYDER, J. W. (1977) «Internal migration in Yucatán: Interpretation of historical demography and current patterns». En JONES, G. (ed.) (1977) *Anthropology and history in Yucatán*. Austin: University of Texas Press.
- SANDGROUND, J. H. (1933) «Certain helminthic and protozoan parasites of men and animals in Yucatán». En: SHATTUCK, G. CH. *et alii* (eds.) (1933) *The Peninsula of Yucatán. Medical, biological, meteorological and sociological studies*, publicación 431. Washington, D.C.: Carnegie Institute.
- SCRIMSHAW, N. (1977) «Mitos y realidades en la planificación internacional para la salud». *Boletín Oficina Sanitaria Panamericana*, 82 (2): 408-416.
- SECRETARÍA DE LA ASISTENCIA PÚBLICA (1940) *La asistencia social en México 1934-1940*. México, D.F.
- SECRETARÍA DE LA ASISTENCIA PÚBLICA (1943) *Informe de labores: 1942-1943*. México, D.F.
- SECRETARÍA DE LA ASISTENCIA PÚBLICA (1944) *Informe de labores: 1943-1944*, México, D.F.
- SECRETARÍA DE LA ASISTENCIA PÚBLICA (1979) *La población de México, su ocupación y sus niveles de bienestar*. México, D.F.
- SECRETARÍA DE LA PRESIDENCIA (1970) *La asistencia médica en México. Teoría y análisis del problema*, Vol. 2. México, D.F.
- SECRETARÍA DE PROGRAMACIÓN Y PRESUPUESTO (1978) *Manual de estadística básica sociodemográfica*, 3. Sector Salud y Seguridad Social. México, D.F.
- SECRETARÍA DE PROGRAMACIÓN Y PRESUPUESTO, REPRESENTACIÓN YUCATÁN, COPRODEY (1978) *La economía del estado de Yucatán. Análisis de coyuntura en 1977*. Mérida, México.
- SECRETARÍA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA (1946a) *Boletín epidemiológico*, 6. México, D.F.

- SECRETARÍA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA (1946b) *Memoria del Primer Congreso Nacional de Asistencia*. México, D.F.
- SECRETARÍA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA (1947) *Memoria del Primer Congreso Nacional de Salubridad y Asistencia*, Vol. 2. México, D.F.
- SECRETARÍA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA (1951) *Memoria 1947-1950*. México, D.F.
- SECRETARÍA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA (1957) *Directorio general*. México, D.F.
- SECRETARÍA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA (1958a) *Censo y planificación de hospitales*. México, D.F.
- SECRETARÍA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA (1958b) *Mortalidad infantil en la República Mexicana en 1956*. México, D.F.
- SECRETARÍA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA (1958c) *Programa de Bienestar Social Rural*. México, D.F.
- SECRETARÍA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA (1959) *Memoria 1952-1958*, México, D.F.
- SECRETARÍA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA (1961) «Informe de las actividades realizadas por la SSA del 1º de septiembre al 31 de agosto de 1961». *Salud Pública de México*, 3 (5): 699-868.
- SECRETARÍA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA (1964) *Jornadas médicas de los Servicios Médicos Cooperativos*. México, D.F.
- SECRETARÍA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA (1966) *Estadísticas Vitales 1960-1962*. México, D.F.
- SECRETARÍA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA (1968) *Estadísticas Vitales 1963-1965*. México, D.F.
- SECRETARÍA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA (1970a) *Estadísticas Vitales de Yucatán 1966-1967*, México, D.F.
- SECRETARÍA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA (1970b) *Memoria 1965-1970*, México, D.F.
- SECRETARÍA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA (1971) *Estadísticas Vitales 1969*. México, D.F.
- SECRETARÍA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA (1972a) *Catálogo de establecimientos*. México, D.F.
- SECRETARÍA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA (1972b) *Dirección de Servicios Coordinados de Salud Pública en Estados y Territorios: Informe 1972*. México, D.F.
- SECRETARÍA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA (1972c) *Estadísticas Vitales 1970*. México, D.F.

- SECRETARÍA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA (1973a) *Catálogo de establecimientos*. México, D.F.
- SECRETARÍA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA (1973b) *Catálogo de hospitales y otras unidades de atención médica en estados y territorios*. México, D.F.
- SECRETARÍA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA (1973c) *Dirección General de los Servicios Coordinados de Salud Pública: Informe 1973*. México, D.F.
- SECRETARÍA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA (1973d) *Estadísticas vitales demográficas y de recursos en la República Mexicana*. México, D.F.
- SECRETARÍA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA (1973e) *Estadísticas Vitales 1971*. México, D.F.
- SECRETARÍA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA (1974a) *Condiciones generales de trabajo*. México, D.F.
- SECRETARÍA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA (1974b) *Estadísticas Vitales 1972*. México, D.F.
- SECRETARÍA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA (1975a) *Compendio de estadísticas vitales de México*. México, D.F.
- SECRETARÍA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA (1975b) *Estadísticas Vitales 1973*. México, D.F.
- SECRETARÍA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA (1976a) *Catálogo de establecimientos 1975*. México, D.F.
- SECRETARÍA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA (1976b) *Estadísticas Vitales 1974*. México, D.F.
- SECRETARÍA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA (1976c) *Memoria de las principales actividades realizadas 1971-1976*. México, D.F.
- SECRETARÍA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA (1977a) *Catálogo de unidades médicas al 31-12-1977*. México, D.F.
- SECRETARÍA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA (1977b) *Educación de pregrado en medicina y enfermería*. México, D.F.
- SECRETARÍA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA (1979) *Servicios Coordinados de Yucatán. Informe*. Mérida, México.
- SECRETARÍA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA (s/d) *Memoria de la SSA 1958-1964*. México, D.F.
- SEPÚLVEDA, O. (1966) «La investigación en ciencias de la conducta y medicina en Latinoamérica». En: BADGLEY, R. F. (ed.) (1966) *Ciencias de la conducta y enseñanza médica en América Latina*. New York: Fundación Milbank Memorial.

- SHATTUCK, G. et alii, CH. (1933) *The Península of Yucatán. Medical, biological, meteorological and sociological studies*, publicación 431. Washington, D.C.: Carnegie Institute.
- SHUMAN, M. K. (1979) «When a house is not a home: Field workers and land lords in a Mayan villa, Yucatán, México». *Human Organization*, 38 (4): 400-404.
- SIMONI, J. y BALL, R. A. (1977) «La difusión de la información sobre salud: lo que los mero lieos pueden enseñar». *Salud Pública de México*, 19 (2): 273-280.
- SIMPSON, E. N. (1952) «El ejido: única salida para México». *Problemas Agrícolas e Industriales de México*, 4 (4): 7-350.
- SINGER, P. (1971) *Dinámica de la población y desarrollo*. México, D.F.: Siglo XXI.
- SISTEMAS DE BANCOS DE COMERCIO (1969) *La economía del estado de Yucatán*. México, D.F.
- SISTEMAS DE BANCOS DE COMERCIO (1979) *La economía del estado de Yucatán*. México, D.F.
- SOLÍS, F. (1946) «Consideraciones generales sobre salubridad y morbimortalidad en la ciudad de Mérida». *Revista Mexicana de Pediatría*, 15 (3): 176-185.
- STEGGERDA, M. (1941) *Maya Indian of Yucatán*, publicación 531. Washington, D.C.: Carnegie Institute.
- : 63-92 STEGGERDA, M. (1977) «Rasgos personales y actividades diarias de los mayas de Yucatán». En: *Enciclopedia Yucatánense*, 6: 93-131.
- STRICKON, A. (1965) «Hacienda and plantation in Yucatán. An historical ecological consideration of the folk-urban continuum in Yucatán». *América Indígena*, 25 (1): 3563.
- SZASZ, T. (1974) *La fabricación de la locura*. Barcelona: Kairos.
- SZEKELY, E. M. (1977) «La organización colectiva para la producción rural. La acción promotora oficial y las reacciones e iniciativa de los campesinos». *Comercio Exterior*, 27 (12): 1471-1484.
- TAYLOR, I; WALTON, P. Y YOUNG, J. (1977) *La nueva criminología. Contribución a una teoría social de la conducta desviada*. Buenos Aires: Amorrortu.
- TERÁN, S. (1976) «Formas de conciencia social de los trabajadores del campo». *Cuadernos Agrarios*, 1 (4): 20-37.
- THOMPSON, R. A. (1966) *A study of Yucatec Maya curing utilizing the techniques of formal elicitation*. Tesis. Austin: University of Texas.



- THOMPSON, R. A. (1974) *Aires de progreso: cambio social en un pueblo maya de Yucatán*. México, D.F.: INI.
- TIMIO, M. (1979) *Clases sociales y enfermedad. Introducción a una epidemiología diferencial*. México, D.F.: Nueva Imagen.
- VALLEJO, R. R. (1978) «Apuntaciones de un maestro rural». *Revista Universitaria de Yucatán*, 20 (115): 13-34.
- VARIOS AUTORES (1965) «Home medication and the public welfare». *Annals of the New York Academy Sciences*, 120: 807-1024.
- VERA ABAD, L. (1977) «Análisis de la zona henequenera, período 1960-1975 a través de fichas hemerográficas». *Yucatán: Historia y Sociedad*, 1: 10-19.
- VERDUZCO, E. *et alii* (1975) «La morbilidad por enfermedades transmisibles en la población derechohabiente del IMSS durante 1972». *Salud Pública de México*, 17 (1): 31-49.
- VILLA ROJAS, A. (1961) *Los mayas de las tierras bajas*. México, D.F.: Consejo de Planeación e Instalación del Museo Nacional de Antropología.
- VILLA ROJAS, A. (1977) «El proceso de integración nacional entre los mayas de Quintana Roo». *América Indígena*, 37 (4): 883-906.
- VILLA ROJAS, A. (1978) *Los elegidos de Dios. Etnografía de los mayas de Quintana Roo*. México, D.F.: INI.
- VILLA, B. (1958) «Mamíferos de caza». En BELTRÁN, E. (ed.) (1959) *Los recursos naturales del sureste y su aprovechamiento*, Vol. 3. México, D.F.: Instituto Mexicano de Recursos Naturales Renovables.
- WARMAN, A. (1978) «Frente a la crisis ¿política agraria o política agrícola?» *Comercio Exterior*, 28 (6): 681-687.
- WEYL, N. y WEYL, S. (1955) «La reconquista de México (Los días de Lázaro Cárdenas)». *Problemas Agrícolas e Industriales de México*, 7 (4): 177-360.
- WHETEN, N. L. (1953) «México rural». *Problemas Agrícolas e Industriales de México*, 5 (2): 11-413.
- WHYTE, W. F. (1968) «Comentarios». En: BADGLEY, R. F. (ed.) (1968) *Ciencias sociales y planeación de la salud. Cultura, enfermedad y servicios de salud en Colombia*. New York: Fundación Milbank Memorial.
- WOLF, E. (1975) «Fases de la protesta rural en América Latina». En: FEDER, E. (ed.) (1975) *La lucha de clases en el campo. Análisis estructural de la economía agrícola latinoamericana*. México, D.F.: Fondo de Cultura Económica.

- WOLF, E. y. JORGENSEN, J. (1970) «Anthropology on the warpath in Thailand». *New York Review of Books*, 19 (noviembre): 26-35.
- YOUNG, J. (1977) «Criminología de la clase obrera». En TAYLOR, I; WALTON, P. y YOUNG, J. (eds.) (1977) *Criminología crítica*. México, D.F.: Siglo XXI.
- ZAMORA, M. F. *et alii* (1961) *Estudio económico de Yucatán y programa de trabajo*. Mérida: Ediciones del Gobierno de Yucatán.
- ZAVALA VELÁZQUEZ, J. (1971) «Enfermedad de Chagas en Yucatán». *Higiene*, 23 (1) (2): 141-145.
- ZAVALA VELÁZQUEZ, J. (1978) «Leishmaniasis en Yucatán». *Gaceta Médica de México*, 104 (1): 1-8.
- ZAVALA VELÁZQUEZ, J. *et alii* (1974) «Enfermedad de Chagas. Estudio de transmisores. Reporte preliminar». *Higiene*, 24 (3): 202-206.



Este libro es uno de los textos fundacionales de la antropología médica internacional. Fue publicado inicialmente en 1981 por el CIESAS (México DF) y llevaba décadas agotado. Su reedición forma parte del compromiso de la colección de Antropología Médica de Publicacions URV de poner a disposición de los investigadores y estudiantes los clásicos. El libro corresponde a una investigación realizada a finales de los setenta en Yucatán y supuso en su momento un tratamiento original de los problemas de enfermedad, salud y atención en un medio multicultural. Se trata de una aportación fundamental al estudio del pluralismo asistencial y una obra pionera en la introducción de los análisis basados en la obra de Antonio Gramsci y de Ernesto De Martino en la realidad latinoamericana.

