

Condiciones de vida y salud en comunidades mayas yucatecas. Integración-articulación de los sistemas tradicionales con los oficiales y/o alopáticos

Miguel A. Güémez Pineda

Diversidad étnica y cultural. Marco conceptual

La Península de Yucatán, asiento de uno de los grupos más numerosos de la familia lingüística maya, ocupa un sitio privilegiado en cuanto a riqueza humana y cultural se refiere. Su arbitraria división en tres estados (Yucatán, Campeche y Quintana Roo) mal oculta la existencia de una matriz cultural común de antigua y recia raigambre mesoamericana, pues los mayas yucatecos están diseminados en las tres entidades políticas, abarcando hasta la frontera norte de Belice.

Si se considerara a la lengua como variable para cuantificar a la población indígena, Yucatán sería el estado mexicano que más indígenas tiene. De acuerdo con los resultados del Censo de Población y Vivienda de 2000, existen 549 532 hablantes de lengua indígena (HLI), es decir, 37.3 % de la población mayor de 5 años. Pero si contamos a los menores de cinco años, cuyos padres son HLI, la población indígena aumenta considerablemente. Aunque la población maya en Yucatán se ha incrementado en términos absolutos, en términos relativos hay una tendencia a su reducción, que parece agravarse porque el ritmo de ese crecimiento ha sufrido un deterioro en las últimas décadas. Por ejemplo, de 43 % de HLI que había en 1990, la cifra se redujo a 37.3 % en el año 2000. Esto significa que hubo un descenso de 5.8 % en un lapso de 10 años. Por otro lado, si se analiza la distribución de la población maya hablante por edades se verá que existe una situación delicada, la cual podría denominarse como “envejecimiento” del grupo étnico, pues actualmente existen cerca de 200 mil HLI mayores de 50 años de edad. Muchos de de estos indpigenas forman parte de los llamados adultos mayores que requieren de servicios asistenciales y de salud.

A pesar de su paulatino descenso, la lengua maya está lejos de extinguirse. Los datos muestran la importancia que aún tiene como medio de comunicación y como elemento de identidad étnica entre sus hablantes. En Yucatán no hay un solo municipio, de los 106, donde no se hable la lengua maya. Existen pequeños grupos de indígenas que han inmigrado en los últimos años en las zonas urbanas (como Mérida, Progreso y Valladolid) y que en conjunto suman 2 434 (0.4 % de los HLI). Después de la maya, la segunda lengua indígena más hablada es el chol, con 474 hablantes, quienes apenas representan el 0.032 % del total de HLI (INEGI, 2001)

Según el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), en el año 2000 existían 43 municipios yucatecos con mayoría indígena, es decir, con más de 70 % de HLI, ubicados principalmente en zonas agrícolas del sur y oriente de la entidad y es justo también donde la pobreza y exclusión se hacen más patentes. En estos municipios la cultura indígena ha resistido con mayor coherencia e integración, y la identidad étnica tiende a asumirse gracias a la permanencia de una agricultura milpera, a la vigencia de las relaciones de parentesco, a la presencia de líderes e intelectuales indígenas, y a la actualización de prácticas y rituales. Esto permite la reproducción y significación de sistemas normativos, los cuales regulan las relaciones entre los seres humanos y la naturaleza.

Por otra parte, existen 46 municipios cuya población HLI fluctúa entre el 30 y el 70%, y están situados principalmente en la zona nororiente, agrícola ganadera. En estos municipios la identidad y la cultura persisten a pesar de la expropiación continua de los territorios indígenas como consecuencia de la actividad ganadera. Dicha persistencia se explica quizá por la conservación, e incluso el reforzamiento, de formas organizativas rituales y ceremoniales que se nutren de los ingresos generados por emigrantes de las comunidades.

Suman 17 los municipios cuyos HLI son minoría (menos de 30 %) y se ubican principalmente en la zona costero-henequenera. Esta región es la que más ha sufrido embates en su sistema de vida, por los cambios drásticos en sus

relaciones de producción. Del tipo comunal se pasó a la estancia agrícola y ganadera; de ésta se transformó en hacienda henequenera para caer, finalmente, en una crisis económica y social causada por la decadencia de la producción y mercado del henequén. Muchas manifestaciones culturales se perdieron desde finales del siglo XIX, ante el avance de las haciendas sobre las comunidades. La cultura e identidad de los pobladores derivaron, en gran parte, en relaciones de dependencia y subordinación a una elite social y política que se preciaba de no ser maya. Décadas de gobiernos “revolucionarios” agravaron la desculturación, el estigma y la pérdida de sentido como pueblo autónomo (Bracamonte y otros, 2002).

Variables y sus indicadores clave detectados o propuestos

Actualmente Yucatán es una entidad cuyos índices de desarrollo humano están por debajo del promedio nacional. Así, por ejemplo, mientras la Organización Mundial de la Salud (OMS) reporta una tasa de analfabetismo de 8.9 % en México, Yucatán alcanza el 12.5 % en ese mismo rubro (INEGI, 2001). De hecho, está entre los cinco estados de la república con mayor grado de analfabetismo, y sus niveles más altos se encuentran en la población indígena. Por otra parte, el índice de esperanza de vida al nacer en México es de 76.5 años; según el Consejo Nacional de Población (CONAPO), en el estado de Yucatán es de 75.58 (CONAPO, 2004), aunque sabemos que este dato no es válido para las poblaciones indígenas, ya que no existe un acercamiento de esperanza de vida indígena.

La carencia de servicios públicos básicos (agua potable, electricidad, drenaje, pavimentación, alumbrado público, pisos, etc.) se hace patente en los municipios yucatecos con mayoría indígena. En materia de salud existe una baja cobertura y deficiente capacidad resolutoria de los servicios oficiales de salud. No existe un reconocimiento institucional o legal de la medicina tradicional. Tampoco se ha logrado con éxito la integración–articulación de los practicantes de la medicina

tradicional con la medicina académica y/o institucional, lo cual permitiría una mayor cobertura en la atención de los habitantes.

En suma, los índices de desarrollo humano presentan una situación de agudas contradicciones, las cuales van de la extrema pobreza en las zonas rurales, a una mejor condición en la zona urbana metropolitana: mayor esperanza de vida, menores índices de analfabetismo, actividades secundarias y terciarias mejor remuneradas y una mejor distribución de los ingresos.

Problemática y/o áreas de oportunidad para el desarrollo indígena

Para empezar quisiera señalar un punto nodal de la problemática indígena que repercute en todos los ámbitos para el desarrollo social: la dispersión poblacional. Ésta se hace patente en los ocho municipios de mayor grado de marginalidad y pobreza: Cantamayec, Chemax, Chichimilá, Chikindzonot, Mayapán, Tahdziu, Tekom y Tixcacalcupul. En estos municipios, que en conjunto tienen 50 446 habitantes, existen 325 localidades, de las cuales 280 no rebasan las 99 personas cada una. Otras 32 localidades mantienen entre 100 y 999 pobladores y cinco más concentran entre 1 000 y 2 000 habitantes (INEGI, 2001). Se puede decir que en esos municipios de mayoría indígena 40 895 personas viven en asentamientos menores de 5,000 habitantes (INEGI, 2001).

De la información se deduce que la población maya mantiene un patrón de asentamiento disperso en la entidad y que está distribuida en 1 180 localidades, la mayoría de las cuales son pequeñas en cuanto al número de habitantes. Este tipo de patrón de asentamiento se adecua bien a las labores agrícolas que tradicionalmente realiza la población maya, especialmente el cultivo del maíz, frijol y calabaza (Robles Berlanga, 2002), entre otras actividades secundarias. Pero también es resultado histórico de la migración de habitantes de los pueblos hacia las haciendas durante el siglo XIX, y de la dotación de tierras para la creación de los ejidos en las décadas de 1920 a 1960 (Bracamonte y otros, 2002).

Esta distribución poblacional ha significado, sin embargo, grandes dificultades en la dotación de infraestructura y de equipamiento en las localidades con mayoría indígena (con más de 70 % de HLI). Asimismo, la dispersión de los asentamientos ha dificultado el acceso de sus habitantes a los servicios básicos de educación, salud y bienestar, ya que éstos se concentran en las ciudades y en las localidades mayores. Una de las principales deficiencias es, sin duda, una red de carreteras, así como el desarrollo de la telefonía y otros medios de comunicación. El reto consiste en conjugar la construcción de suficiente infraestructura local con un sistema de carreteras, de transporte y de comunicaciones, acorde con ese patrón de asentamiento disperso, así como lograr niveles reales de integración municipal que permitan la igualdad en la asignación de los recursos y en la cobertura de los servicios básicos y de salud.

Las estadísticas indican que en Yucatán que cada vez son menos los que tienen derecho a los servicios de seguridad social. En el año 2000, sólo 719 903 personas (46.5 %) eran derechohabientes, en tanto que 828 036 (53.5 %) teóricamente recibía ayuda médica de los servicios asistenciales de salud: Secretaría de Salud (SSA) e Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Oportunidades (INEGI), *Anuario Estadístico*, Yucatán, 2000). De los atendidos, en su mayoría son mujeres, niños y ancianos de comunidades rurales, donde los índices de morbilidad infantil y materna también son mayores

Pese al alto grado de marginación en las comunidades indígenas, hay algunos avances en el impacto de los servicios de salud pública. La tasa de mortalidad en 1990 era de 8.0 por cada mil habitantes, pero en 1997 se redujo a 5.5, y en 2003 fue de 5 (CONAPO, 2000-2003). Sin embargo, la morbilidad presenta aún un cuadro típico de enfermedades de la pobreza. Las infecciones respiratorias agudas son las más comunes, seguidas de las enfermedades diarreicas. En 1997 hubo 865 455 (55 443.02) de las primeras y 136 788 (8 762.95) de las segundas. Durante 1998 estas cifras se incrementaron a 907 877 (57 248.82) para las primeras y 149 795 (9 445.76) para las segundas. En 1999 estas fueron las cifras: las infecciones respiratorias se mantuvieron con 920 442 (57 158.13) y las enfermedades diarreicas descendieron a 143 809 (8 930.33). Las muertes por

ambos tipos de enfermedades tuvieron cifras similares en 1997: 47 y 50 casos, respectivamente (Ramírez, 2002: 74). De hecho, tres de las principales causas de muerte entre la población indígena son las infecciones intestinales, la influenza y la neumonía, enfermedades cuyos condicionantes básicos son el saneamiento, la calidad de la vivienda¹ y las condiciones microambientales. La solución a las enfermedades graves en la población indígena yucateca se complica ante la insuficiencia de servicios de atención a la salud de tercer nivel, de hospitalización, accesibles, pues la mayoría se encuentran en la capital y en ciudades medianas.

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

A principios de los años setenta se estimaba que sólo 40 % de la población yucateca (básicamente urbana) tenía cobertura médica proveniente de los servicios oficiales y/o privados de salud (Menéndez, 1981: 268). Sólo las parteras empíricas empezaron ser captadas y capacitadas por los servicios institucionales de salud, bajo un modelo biomédico. Los demás especialistas de la medicina tradicional, es decir, yerbateros, curanderos, espiritistas, hueseros y *jmeeno'ob*² realizaban sus prácticas de manera aislada y clandestina. Aún así, la atención a la salud comunitaria se sustentaba primordialmente en la medicina tradicional. La atención al embarazo y el parto estaba prácticamente en manos de las parteras. No obstante, el advenimiento y desarrollo de la medicina alopática (institucional y privada), en las décadas de 1980 y 1990, socavó la hegemonía de los curanderos y de los *jmeeno'ob*. El ejercicio de parteras y parteros empíricos se fue subordinando a la medicina institucional.

La incorporación paulatina y exigida de las parteras al sistema estatal de salud, así como su capacitación, ha generado controversias, incertidumbre, celos e incluso

¹ La vivienda maya (de paredes de bajareque y barro y techos de palma de huano) ha sido percibida como símbolo de pobreza, insalubre y disfuncional, por la carencia de servicios sanitarios mínimos. Sin embargo las casas hechas de bloques con techos de láminas no parecen ser una alternativa que mejore su calidad de vida.

² *Jmeen*, sacerdote maya del culto agrícola, curandero y herbolario.

abandono de la partería. El Reglamento de Parteros Empíricos Capacitados³ establece que los parteros sólo podrán atender los partos y puerperios patológicos, salvo cuando la falta de atención en forma inmediata o el traslado a un centro de salud, pongan en peligro la vida de la madre o del producto; de lo contrario deberán canalizarla a un centro de salud, solicitando la prestación de servicios por parte de profesionales de la medicina. Esta indicación, aunada al enfoque de riesgo,⁴ incorporado a los cursos de adiestramiento a fines de la década de 1980, ha propiciado que cada vez más parteras remitan los casos complicados a las unidades médicas. Este enfoque excluye los factores de riesgo social y cultural que la población rural maneja, y que difieren de los modelos biomédicos.

El hecho de que los funcionarios del sector salud se hayan dado cuenta, no sólo del importante papel de las parteras en el cuidado de la salud materno-infantil, sino también de su enorme potencial como agentes de la planificación familiar llevó, tanto al IMSS como a la SSA, a incluir en sus programas de capacitación un apartado sobre anticoncepción. La política subyacente en estos programas, que precedieron a 1977, refleja el interés por parte del gobierno de promover la planificación familiar en las áreas rurales (Martínez, 1990: 89). De esta manera, las parteras son censadas, adiestradas y citadas con regularidad, además se les ofrecen medicamentos, anticonceptivos y material de curación. En estos términos, las parteras constituyen el único segmento de especialistas de la medicina indígena que percibe algún tipo de prestaciones, aun cuando esto corresponda a un control directo hacia ellas e indirecto a la población campesina que atienden.

Paralelamente al proceso de captación y capacitación de las parteras tradicionales, a fines de la década de 1980 se empezó a formar una organización de médicos indígenas mayas, aunque fue hasta 1992 que se consolidó al

³ Este Reglamento fue creado en 1976 (*Diario Oficial*, 25 de octubre de 1976) e integrado a código sanitario. Diez años después fue integrado a la Ley General de Salud.

⁴ El enfoque de riesgo (desde el punto de vista biomédico) fue introducido por el sector salud en México, en 1985, dentro de sus programas de salud reproductiva y planificación familiar. Con ese enfoque se pretende reducir la morbimortalidad materno-infantil, previniendo embarazos de alto riesgo y la remisión de mujeres con embarazos y partos difíciles a los centros de salud.

convertirse en la Organización de Médicos Indígenas Mayas de la Península de Yucatán (OMIMPY, A. C.). Esta agrupación se dedicó a promover la conservación, desarrollo y reconocimiento de la medicina indígena tradicional.⁵ En la actualidad la OMIMPY aglutina a siete Consejos Regionales en la península, de los cuales cuatro se encuentran en el estado de Yucatán, ubicados en Peto (Jacinto Pat, A.C.), Yaxcabá (Nachi Cocom, A.C.), Halachó (Síisil Che', A.C.) y Valladolid (Yuumil Ku Ts'aak, A.C.), cuyas sedes de reunión y capacitación son los Centros Coordinadores de Desarrollo Indigenista (CCDI's) de cada región. Cada consejo cuenta a su vez con un Centro de Desarrollo de la Medicina Tradicional (CEDEMIT). Teóricamente estos centros de desarrollo brindan consultas médicas por medio de sus médicos tradicionales (yerbateros, parteras, sobadores, hueseros, *jmeeno'ob*, culebreros, etc.) y enseñan a quienes deseen adquirir los conocimientos en medicina tradicional. Además, los médicos tradicionales cultivan y preservan las plantas que utilizan en sus procesos terapéuticos. También se reúnen en los centros a intercambiar experiencias entre ellos mismos y con investigadores de diferentes instituciones (Güémez, 2004).

A pesar de contar con la infraestructura y eventual apoyo de asesores de la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI), los médicos tradicionales de la OMIMPY enfrentan problemas, como la disminución y/o desaparición de las plantas medicinales. Dicho problema deriva de la deforestación, la tala inmoderada y el uso desmedido de herbicidas y fungicidas con fines agrícolas que han alterado el medio ambiente, propicio para su crecimiento y reproducción. Ahora ellos tienen que desplazarse largas distancias para buscar las plantas que utilizan. Aunado a esto, dirigentes de la OMIMPY, revelan que constantemente son abordados por investigadores que les extraen información valiosa acerca de la herbolaria y la elaboración de productos curativos. Esta información, que constituye un legado cultural y a la cual han preservado por generaciones, ha servido para la elaboración de medicamentos

⁵ De 1990 a 1995 se suscitaron cambios importantes en el ámbito nacional e internacional. Por ejemplo la creación del Programa Nacional de la Medicina Indígena Tradicional (1992); la ratificación del Convenio 169 de la OIT; la reforma al Artículo 4º. Constitucional. En este contexto de reivindicaciones indígenas se constituyen y/o consolidan numerosas organizaciones de médicos indígenas en México.

que son vendidos a gran escala y con altos precios por empresas trasnacionales. Tales actos, conocidos como biopiratería, han sido denunciados por diversas organizaciones de médicos indígenas del país.

Otra dificultad que enfrentan (y quizá la más preocupante) es que los médicos alópatas y las autoridades del sector salud sólo toleran y aceptan parcialmente la práctica de la medicina tradicional, siempre y cuando se subordine a la institucional o profesional. A los médicos tradicionales se les considera como auxiliares y no como especialistas reconocidos por la población en la atención a la salud de las comunidades. Esto se debe a que los médicos alópatas desconocen la cosmovisión de las comunidades mayas y la relación que ellas establecen entre las nociones de salud, enfermedad y medio ambiente. Por su parte,, el Gobierno Federal sigue diseñando propuestas de legislación y políticas con relación a los practicantes de la medicina tradicional, sin considerar la opinión de los actores que poseen el conocimiento, la práctica y el reconocimiento de las propias comunidades a las que pertenecen.

Como se mencionó anteriormente, las parteras son las únicas especialistas de la medicina tradicional que han sido convocadas por los servicios oficiales de salud para participar en cursos de capacitación.⁶ Este proceso se ha dirigido principalmente a la promoción y distribución de métodos anticonceptivos y, de forma reciente, a la detección de cáncer cérvico uterino en los sectores rurales. En esas actividades no se ha tenido un intercambio real de experiencias con los médicos académicos, en lo que se refiere a la atención del embarazo, el parto y el puerperio, así como a la detección y el control de las complicaciones más frecuentes en la mujer y el recién nacido. Aunque la partera yucateca está aún integrada a los patrones ancestrales de vida, va en camino a convertirse en un agente de salud comunitario cada vez más afín al modelo médico académico y a una de sus políticas más importantes: la de planificación familiar.

⁶ Actualmente la capacitación de cerca de mil parteras indígenas yucatecas está en manos del sector salud: IMSS, IMSS-Oportunidades y la Secretaría de Salud (Güémez, 2002:12).

Con la introducción del enfoque de riesgo y su aplicación al cuidado de la salud reproductiva, un porcentaje cada vez mayor de parteras está derivando a las instituciones los embarazos y partos delicados. Aunque esto ha contribuido a la disminución de la morbimortalidad infantil y materna, su costo social ha sido mayor en las comunidades indígenas, pues se han incrementado sensiblemente las intervenciones quirúrgicas vinculadas al ciclo reproductivo: episiotomías, cesáreas injustificadas, ligaduras de trompas, inserciones de dispositivos intrauterinos y vasectomías. Las pruebas de Papanicolau se hacen obligatorias, violentando el pudor y violando sistemáticamente los derechos sexuales y reproductivos de mujeres de origen indígena. En este sentido, las parteras, como parte integral de los servicios oficiales de salud, cuentan con muy poca autoridad para denunciar dichas prácticas que atentan contra los derechos reproductivos (Güémez, 2000:330).

En una relación de “resistencia-poder” la práctica de las parteras empíricas ha sufrido intensas modificaciones. Sus viejos códigos culturales son puestos en entredicho por la biomedicina. Para los médicos alópatas la partera es vista como esa “otra”, un ejemplo de lo que no son. Así, una partera que puede simbolizar prestigio y autoridad en la comunidad puede, al mismo tiempo, ser símbolo de supersticiones y antihigiene para personas de la misma comunidad que pretenden renunciar a un pasado indígena. La búsqueda de modernidad y progreso implica rechazo de símbolos tradicionales como la partería. Esta práctica es considerada como una costumbre antigua, como algo que se tiene que tolerar en el proceso de modernización, mientras pueda ser total la cobertura de servicios de salud y tecnología en la biomedicina, y cuando no se necesite más de las parteras. Entre tanto, son empleadas en los programas de control natal y canalizando nuevas pacientes a las clínicas del sector salud. En otras palabras, el sector salud ha conseguido “manejarlas en el aspecto materno-infantil” para cumplir las metas de las instituciones de salud y así lograr el control reproductivo de la población rural, como un objetivo político prioritario del Estado mexicano (véase Güémez, 1997).

Respecto al sistema de atención mixta a la salud, los médicos tradicionales organizados han afirmado⁷ que no existen avances en la propuesta de lograr la coordinación entre los médicos alópatas y los médicos indígenas para la atención integral de los pacientes. Al respecto, es importante señalar que mientras un grupo de médicos tradicionales de la OMIMPY propone un enfoque intercultural como herramienta para la sensibilización y capacitación del personal institucional de salud, otros afiliados sólo pretenden lograr su reconocimiento social y jurídico, así como obtener el apoyo de las diversas instancias de gobierno para dar continuidad a sus proyectos. Otro sector, no agrupado, al parecer no está interesado en afiliarse a ninguna organización. Estos médicos dicen estar bien, trabajando en sus comunidades, con un prestigio social y una clientela garantizada. Existe un último grupo de médicos tradicionales independientes que han mostrado interés en pertenecer a la OMIMPY, pero los centros donde se reúnen son tan distantes que se les hace complicado y costoso trasladarse. Hay que recordar que los médicos tradicionales son mayormente adultos mayores, con dificultades para movilizarse.

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

Alternativas para atender la problemática indígena y aprovechar las oportunidades de desarrollo

⁷ Lo anterior fue señalado por los médicos tradicionales presentes en la *VIII Jornada Peninsular para el Fortalecimiento de la Medicina Maya Tradicional*, realizada en el 2001, en Felipe Carrillo Puerto, Quintana Roo, en coordinación con la CDI y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.

Propondré dos líneas de acción, la primera referida a la práctica de la partería, y la segunda, a las actividades que desarrollan los médicos tradicionales afiliados a la OMIMPY.

Considero que los saberes populares y de las parteras no han sido bien aprovechados como un puente entre la población y los servicios oficiales de salud. Si bien parteras y parteros han participado en la campaña de salud reproductiva, aún se les cede muy poco espacio en la atención de partos. Con la finalidad de integrar el saber médico tradicional con los recursos de la medicina alopática varios investigadores han sugerido, desde hace dos décadas, la necesidad de estructurar el análisis de las creencias y prácticas referentes a la salud reproductiva (u obstétrica) de acuerdo con las categorías siguientes:

- *Beneficiosas*. Elementos valiosos para la salud en el ambiente local y que se deben fomentar y “adoptar” en el campo de la educación para la salud.
- *Inofensivas o neutras*. Prácticas que no ejercen un efecto evidente sobre la salud y que pueden ignorarse.
- *Perjudiciales*. Procedimientos que provocan efectos nocivos y que, por consiguiente, deben modificarse.
- *Inciertas o neutras*. Técnicas cuyos efectos se desconocen o que pueden ser beneficiosas o perjudiciales, lo cual dificulta su clasificación.

En el caso de esta última categoría es necesario realizar investigaciones más profundas, mientras tanto no hay que oponerse a las prácticas que incluye (Cosminsky, 1992: 140-141). Ahora bien, estas recomendaciones no han sido seguidas en los programas de capacitación en obstetricia; por el contrario, en la práctica, éstas han sido subestimadas, negadas y rechazadas sin conocer su verdadero contenido.

Por otro lado, el proceso de agrupación de los médicos tradicionales en Yucatán es un fenómeno dinámico y contradictorio. Fluctúa entre la incertidumbre y la esperanza, entre acusaciones mutuas, entre la suspicacia y la seguridad, cuya

sobrevivencia depende en gran medida de la buena voluntad de las instituciones oficiales.

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

A pesar de los progresos de la medicina académica, un gran porcentaje de la población rural yucateca (difícil de contabilizar debido a la forma en la que se realiza) sigue recurriendo a la medicina doméstica y a los médicos tradicionales. Estas opciones son prácticamente la única medicina alternativa con que disponen las comunidades indígenas y/o rurales, pues constituyen un recurso básico, necesario y eficaz ante los diversos problemas de salud que las aquejan. En muchos casos, los pacientes buscan ayuda bajo condiciones que se adaptan mejor a su entorno social y cultural, por lo que acuden a los especialistas de la medicina popular para tratar desórdenes psicosomáticos y situaciones de emergencia.

Ante la deforestación, una alternativa que soluciona parcialmente el problema es la creación de huertos de plantas medicinales. Aunque hay árboles que sólo se encuentran en los montes altos. Los jardines botánicos son otra opción, aunque

representan altos costos de mantenimiento. Una propuesta de los integrantes de la OMIMPY durante la *VII Jornada de Medicina Indígena Tradicional*⁸ fue la creación de reservas para la protección del ambiente y la flora medicinal, sobre todo donde existen especies en peligro de extinción. Se sugirió la recuperación, registro, difusión y protección del conocimiento maya tradicional. En la declaración final, la agrupación solicitó el derecho al registro de patentes, de autor, de producción y comercialización de las plantas medicinales y, posteriormente, la transformación de éstas.

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

Bibliografía

Bracamonte, Pedro, E. Quintal, M. Güémez, A. Barrera
2002 *La situación histórica y actual del pueblo maya de Yucatán*. Diagnóstico del Instituto para el Desarrollo de la Cultura Maya del Estado de Yucatán, versión preliminar, Indemaya, Mérida, Yucatán, México, Julio.

Consejo Nacional de Población

2004 *Carpeta Informativa*, CONAPO, México, 2004.

⁸ Este evento se llevó a cabo en junio de 2001, en Mérida, Yucatán.

Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas

- 2001 *Programa Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (PNDPI) 2001-2006*. Hacia una nueva relación, Plan Nacional de Desarrollo, Talleres Gráficos de México, Gobierno Federal de México.

Consejo Nacional de Médicos Indígenas Tradicionales

- 1992 Programa Nacional del Consejo Nacional de Médicos Indígenas Tradicionales, CONAMIT, México.

Cosminsky, Sheila

- 1992 "La antropología médica y el parto", en Roberto Roberto (coord.) *La Antropología Médica en México*, Instituto Mora, México.

Diario de Yucatán

- 2001 "La búsqueda de bienestar fuera de los consultorios (Prácticas curativas tradicionales y populares)", Suplemento especial "Salud", 27 de noviembre, pp. 1 y 5.

Güémez Pineda, Miguel

- 1997 "De comadronas a promotoras de salud y planificación familiar. Proceso de incorporación de las parteras empíricas al sistema institucional de salud", en Esteban Krotz (coord.) *Cambio cultural y resocialización en Yucatán*, Tratados y memorias de la Unidad de Ciencias Sociales 3, Universidad Autónoma de Yucatán, pp. 117-147, Mérida, Yucatán, México.
- 2000 "La concepción del cuerpo humano, la maternidad y el dolor entre mujeres mayas yucatecas", *Revista Mesoamérica*, año 21, número 39, junio de 2000, Plumsock Mesoamerican Studies, Centro de Investigaciones Regionales de Mesoamérica, La Antigua, Guatemala.
- 2002 "De la hegemonía a la subordinación obligatoria: Visiones del pasado y el futuro de la partería en Yucatán, México", *Temas Antropológicos. Revista Científica de Estudios Regionales*, Facultad de Ciencias Antropológicas de

la Universidad Autónoma de Yucatán, vol. 24, núm. 1, México, pp. 117-148.

- 2004 “Entre la incertidumbre y la esperanza: La Organización de Médicos Indígenas Mayas de la Península de Yucatán”, ponencia presentada en el XXX Congreso Internacional de Mayistas, Villahermosa, Tabasco, México.

Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática

- 2000 *Anuario Estadístico, Yucatán*, Edición 2000. INEGI, Gobierno del Estado de Yucatán, México.
- 2001 *XII Censo general de población y vivienda 2000*, INEGI, México.

Martínez, Jorge (ed).

- 1990 *Temas de salud y planificación familiar*, Cuaderno de ejercicios, Academia Mexicana de Investigación en Demografía Médica, México.

Menéndez, Eduardo L.

- 1981 *Poder, estratificación y salud: análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán*. Ediciones de la Casa Chata 13, México.

Robles Berlanga, Héctor M.

- 2002 “Población indígena y propiedad de la tierra”, en *Estado del desarrollo económico y social de los pueblos indígenas de México* (segundo informe) Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, México.

Ramírez, Luis A.

- 2002 “Yucatán”, en Mario Ruz (coordinador) *Los mayas peninsulares: un perfil socioeconómico*, Cuaderno del Centro de Estudios Mayas, 28, Instituto de Investigaciones Filológicas, Universidad Nacional Autónoma de México, México.