

Políticas de salud para la atención a pueblos indígenas. El caso de las auxiliares de salud mayas en la región oriente del estado de Yucatán, México.

Health policies for the care of indigenous peoples. The case of Mayan health auxiliaries in the eastern region of the State of Yucatan, Mexico

INÉS CORTÉS CAMPOS

Investigadores por México-Consejo Nacional de Humanidades,
Ciencia y Tecnología-Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Unidad Peninsular, México

PAOLA PENICHE MORENO

Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social,
Unidad Peninsular, México

RESUMEN: Este artículo analiza un componente esencial de las políticas de salud dirigidas a la población indígena y rural de México: el sistema de auxiliares de salud comunitaria. El objetivo es mostrar su papel en el fomento al uso y aceptación del modelo biomédico de atención entre ese sector social, contribuyendo así a los procesos de medicalización. En particular, presentamos un acercamiento histórico y etnográfico sobre su desarrollo entre la población maya de la región oriente de Yucatán. Concluimos que la efectividad del programa se debe a que se basa en la acción de agentes internos de las propias comunidades, quienes se convierten en introductores y mediadores del mismo en sus comunidades. El aporte principal de este trabajo es la importancia que se otorga al sistema de intermediación en salud mediante agentes locales, una temática poco estudiada hasta ahora en México.

PALABRAS CLAVE: Salud, Estado-Nación, auxiliares de salud comunitaria, intermediación en salud, medicina tradicional, Yucatán.

ABSTRACT: This article analyzes a key component of health policies directed towards the indigenous and rural population of Mexico -the system of community health assistants-, with the aim of showing its role in promoting the use and acceptance of the biomedical model among that social sector, thus contributing to the processes of medicalization. In particular, we present a historical and ethnographic approach to the development of such a system among the Mayan population of the eastern region of Yucatán. We conclude that its effectiveness is due to the fact that it is based on the action of agents internal to the communities themselves, who become introducers, as well as mediators, of that model in their communities. The main contribution of this work is the emphasis given to the health intermediation system through local agents, a topic that has been little studied in Mexico until now.

KEYWORDS: Health, Nation-State, medicalization, traditional medicine, Yucatan.

RECEPCIÓN: 4 de marzo de 2022.

ACEPTACIÓN: 20 de marzo de 2023.

DOI: <https://doi.org/10.19130/iifl.ecm/62/000XS00146W11>

Introducción

Este trabajo se centra en el sistema de auxiliares de salud comunitaria, uno de los pilares más importantes de las políticas de salud dirigidas a la población indígena y rural de México. Analizamos su papel en el proceso de expansión de la biomedicina.¹ Partimos del supuesto de que, en la gran mayoría de las regiones indígenas y rurales del país, los servicios de salud han sido históricamente precarios y presentan grandes limitaciones infraestructurales, lo que se manifiesta en la falta de clínicas y hospitales, de personal de salud y en el desabasto de medicamentos, entre otras cuestiones (Aguirre-Beltrán, 1986; Menéndez, 1981; Castro, 2002; Del Ángel Pérez y Villagómez, 2014). Sin embargo, a pesar de estas carencias, el empleo creciente de la biomedicina es innegable, como puede apreciarse en hechos etnográficamente documentados, como la preferencia por las medicinas alópatas para tratar gran parte de los padecimientos o la atención ginecobstétrica al embarazo y al parto, por encima de la partería tradicional o en combinación con ella. Esto ha ido acompañado de la subordinación, marginación y, en ocasiones, exclusión de otras terapias tradicionales (Campos Navarro, 1997; Quattrocchi y Güémez, 2007; Güémez, 2007; Berrio, 2015; Lerín, Juárez y Reartes, 2015).

¹ En numerosos trabajos Eduardo Menéndez ha discutido ampliamente el concepto de modelos de atención. Los define como “[...] aquellas construcciones que a partir de determinados rasgos estructurales suponen en la construcción de los mismos no sólo la producción teórica, técnica, ideológica y socioeconómica de los ‘curadores’ (incluidos los médicos), sino también la participación en todas esas dimensiones de los conjuntos sociales implicados en su funcionamiento” (Menéndez, 1992: 101). Menéndez propone que existen tres grandes modelos de atención: biomédico o modelo médico hegemónico, subalterno y autoatención. El modelo biomédico es dominante en el mundo contemporáneo y se caracteriza por su fuerte componente biologicista y tecnológico, basado en el pensamiento médico que se construyó en el centro de Europa desde fines del siglo XVIII.

Este fenómeno se relaciona con la paradoja existente entre las carencias referidas y la eficacia pragmática que ha demostrado la biomedicina en su avance histórico entre la población indígena. Nos referimos a fenómenos como el aumento de la esperanza de vida y la disminución de los índices de mortalidad materna/infantil; el control de enfermedades infecto/contagiosas —como viruela, sarampión, fiebre amarilla, paludismo, poliomielitis y diversos padecimientos respiratorios y gastrointestinales— entre 1900 y 1980; la introducción de terapias con sulfamidas y antibióticos desde la década de 1950, y la promoción al higienismo durante todo el siglo xx. Además, la medicina científica ofrece formas de atención específicas para enfermedades crónico-degenerativas emergentes de alta prevalencia entre la población originaria, como diabetes, sobre las que la medicina tradicional no dispone de terapéuticas concretas (Lerín, 2017).

Sin embargo, el impacto positivo de la medicina científica en las condiciones de vida de la población indígena no es suficiente para explicar la introducción del modelo biomédico; menos si se consideran los procesos de resistencia cultural que derivan de su desarrollo como modelo hegemónico. Tampoco puede atribuirse a la inversión gubernamental en infraestructura de salud, pues, como ya dijimos, ha sido francamente raquítica. Nuestra hipótesis es que la apropiación del modelo biomédico por parte de la población rural e indígena se explica por la puesta en marcha de un sistema de atención a la salud que promueve la biomedicina, pero que también tiene la capacidad de generar transacciones con la medicina tradicional. El sistema al que nos referimos es resultado del proceso histórico de construcción del Estado mexicano sobre la población indígena, que encontró en los programas de salud uno de sus vehículos principales, de importancia equiparable a la dotación de tierras y a la educación (Agostoni, 2013; Carrillo, 2005; Huerta, 2005).² Su característica principal es que se basa en un trabajo de intermediación desarrollado por agentes internos de las localidades rurales, en su mayoría indígenas, a quienes el sector salud capacitó en elementos de la biomedicina, delegándoles la ejecución de algunos de los principales programas de salud. A través de estos sujetos sociales el sector salud ha actuado de forma indirecta, incorporándolos como operadores locales de sus programas y convirtiéndolos en introductores y promotores locales de los saberes y prácticas de la biomedicina. Uno de los resultados de este proceso ha sido la medicalización de los procesos de salud/enfermedad/atención (en adelante, *s/e/a*)³ entre la población indígena, lo mismo que la apropiación crítica, dinámica y significativa

² Para mayores referencias sobre las políticas de salud en México en el siglo xx, véanse Aguilar, 2015; Arbantes, 2010; Carrillo, 2002a; González, 1990; Peniche, 2021; Tamez y Valle, 2005.

³ El proceso salud/enfermedad/atención es un proceso dinámico que se desarrolla y transforma en un espacio/tiempo determinado, profundamente vinculado con la vida de un colectivo, sus condiciones materiales de vida, sus prácticas culturales y formas de percibir el mundo. Este proceso opera estructuralmente en toda sociedad y sus conjuntos sociales, y en él se generan los padecimientos, se condicionan los tipos de atención y se construyen representaciones, prácticas y saberes específicos (Sacci, Hausberguer y Pereyra, 2007; Menéndez, 2009).

de la biomedicina. En esta apropiación, tales agentes impulsaron cotidianamente la articulación entre la biomedicina y la medicina tradicional, estableciendo transacciones y enlaces creativos entre ellas.⁴

Entre los agentes mencionados se encuentran parteras empíricas, promotores de campañas de fumigación y vacunación, entre otros. En este trabajo nos hemos centrado en los Auxiliares de Salud Comunitaria, que se mantuvieron hasta el 2018 como pilares de las políticas de salud dirigidas a la población indígena en el país. Se trata principalmente de mujeres de pequeñas localidades rurales que carecen de clínicas y de médicos alópatas.⁵ Son residentes habituales de las propias localidades, hablantes de la lengua indígena, que han sido capacitadas por diversas instituciones de salud para conducir acciones en medicina preventiva y brindar el primer nivel de atención a padecimientos considerados no graves, incluyendo la dotación gratuita de medicamentos de libre circulación.

Centrándonos en el caso de Yucatán, nuestro objetivo es analizar la contribución de las auxiliares de salud a la expansión y anclaje del modelo biomédico entre la población indígena. Sostenemos que los procesos de medicalización entre la población maya están marcados por las transacciones que las auxiliares de salud han puesto en marcha. En algunas poblaciones la cultura maya es la base para comprender los padecimientos y las formas de curar; las auxiliares de salud no sólo la respetan, sino que, al estar imbuidas en ella, le otorgan reconocimiento, posibilitan su reproducción y le dan cabida dentro del modelo biomédico. De esta forma, las auxiliares establecen un puente entre una dualidad de saberes que, de otra forma, podrían resultar poco compatibles.

Al señalar que esta problemática es consecuencia de un proceso complejo, la exposición y el análisis se desarrollan en dos niveles: uno histórico a partir de fuentes primarias y secundarias, y otro contemporáneo a través de etnografía y entrevistas. Esta doble perspectiva nos permite analizar el nivel estatal por medio de las políticas de salud dirigidas a la población indígena, a través del análisis histórico; y, desde la etnografía y las entrevistas, la participación a nivel local y la adopción de la biomedicina desde los propios actores sociales. Así, en la primera sección presentamos un bosquejo del desarrollo histórico de las políticas de salud dirigidas a las poblaciones indígenas y rurales. Se muestra cómo, desde 1930, la inclusión de agentes locales se dio a partir de una concepción “comunitaria” del control de la enfermedad. En segundo lugar, nos enfocamos en el análisis cua-

⁴ Por medicalización entendemos el fenómeno de tratar desde el paradigma biomédico todos aquellos procesos catalogados como enfermedad, incluyendo procesos del ciclo de vida, conductas y aspectos de la vida social; se trata de un proceso expansivo que ha posibilitado la emergencia del modelo biomédico como paradigma dominante en la atención a los procesos de salud/enfermedad/atención. Véanse Conrad, 2007; Foucault, 2007; Illich, 1975.

⁵ Tomando en cuenta que históricamente la labor de los auxiliares de salud ha recaído principalmente en mujeres, y que nosotras entrevistamos a mujeres, a partir de ahora nos referiremos a ellas como “las” auxiliares de salud, aunque reconozcamos que también existen hombres que se han ocupado de esta labor.

litativo de las prácticas de las auxiliares de salud comunitaria, que observamos como un derrotero contemporáneo de dicho proceso. Nos ocupamos de la región oriente de Yucatán, donde las auxiliares de salud fueron principalmente mujeres indígenas, capacitadas en el modelo biomédico por diversas instituciones de salud en distintos momentos desde la década de 1940. El objetivo es mostrar los componentes sociales y culturales en los que se ha cimentado su trabajo, y cómo han resultado efectivas en la promoción del modelo biomédico entre la población indígena. Para esta parte hemos entrevistado a 12 mujeres auxiliares de salud, y hemos interpretado y contextualizado sus testimonios a partir de nuestra experiencia etnográfica de poco más de una década en dicha región, centrada en la población maya, abordando temas como: epidemias recientes, desastres socio-ambientales, propiedad de la tierra, manejo del agua y cambios en la estructura de la subsistencia.⁶ La información de campo abarca hasta 2018, cuando los cambios gubernamentales a nivel federal y local en materia de salud determinaron el desmantelamiento de la atención basada en auxiliares de salud y el despido de quienes, hasta entonces, habían desempeñado este trabajo.⁷

Pueblos de indios, salud y Nación. Desarrollo histórico

El vínculo entre salud, poder y Estado empezó a gestarse en el siglo XIX, cuando el pensamiento ilustrado desplazó a la religión como medio de legitimidad y autoridad política. A partir de entonces la salud se convirtió en uno de los pilares fundamentales a través de los cuales los Estados nacionales buscaron llevar la Ilustración a la práctica, al mismo tiempo que consolidar una cultura disciplinaria y un ideal de progreso (Rosen, 2015: xxii; Porter, 2005). El otro fue la educación. No obstante, ese proceso fue lento, y se acompañó de un cambio radical en la concepción del proceso s/e/a, así como en la consolidación de la biomedicina como forma predominante de atender los padecimientos. De manera que la historia de las políticas de salud dirigidas a pueblos indígenas se puede analizar a partir de la historia de la construcción y consolidación del Estado moderno. Por lo tanto, los pueblos indígenas fueron figurando progresivamente en las acciones de gobierno, ya como “población marginada”, “pobres”, “población rural”, “comunidades indígenas” y, últimamente, como “pueblos originarios”.

Durante la época colonial la salud quedó al margen de la política general de conversión de la población originaria, que abarcó diversos campos de su mundo, como el político, económico, religioso, ideológico y cultural, pero no el de la atención a los padecimientos. En los pueblos de indios, los fundamentos sobre

⁶ Una síntesis de nuestra experiencia etnográfica en esta región se puede consultar en Cortés (2017) y en Peniche (2021).

⁷ Fue después de haber terminado las entrevistas que se canceló oficialmente este programa, por lo que en este artículo hemos debido redactar la información en pasado, considerando que al 2023 aún no se ha restituido.

el ciclo s/e/a quedaron en el resguardo ideológico y práctico de la cultura y la cosmovisión nativas (Chávez, 2011).

En Mérida y Campeche había hospitales y lazaretos para atender a los pobres y necesitados. Es probable que muchos de ellos fueran indios que habitaban en la zona metropolitana o que estaban de paso por la ciudad. Pero en aquel entonces el hospital era únicamente un espacio de aislamiento para proteger a la ciudad de los contagios (Foucault, 1996: 73).

En el siglo XIX, los primeros intentos de incluir a los pueblos fuera de Mérida y Campeche en el sistema sanitario se dieron a través de las Juntas de Sanidad locales. Durante las amenazas epidémicas se llevaban a cabo estas reuniones con la finalidad de supervisar a las personas, los transportes y los espacios, con el objetivo de controlar la propagación de una enfermedad; en Yucatán principalmente fueron viruela, sarampión, fiebre amarilla y cólera. Estas Juntas también sirvieron de base para la campaña de vacunación antivariolosa. Al estar a cargo de los Ayuntamientos, se conformaban por autoridades locales como alcaldes, jueces de paz, caciques y párrocos. Pero, insistimos, eran temporales. Se convirtieron en permanentes hasta principios del siglo XX (Peniche, 2016).

A finales del siglo XIX y principios del XX, la medicina científica y la salud pública se institucionalizaron en México cuando el Estado tuvo el poder autoritario necesario para controlar el cuerpo y los espacios, tanto públicos como privados. Los médicos positivistas adoptaron descubrimientos científicos que transformaron el campo sanitario, como el conocimiento sobre el agente etiológico de muchas enfermedades, su modo de transmisión y el desarrollo de vacunas (Eibenschutz y Raphael, 1992: 138-139; Carrillo, 2002a: 67).

Durante este periodo las acciones del Estado en materia de salud se centraron en el control de enfermedades epidémicas, especialmente aquellas que afectaban el desarrollo económico. En 1902 se promulgó un Código Sanitario que federalizó todas las actividades dirigidas a ese fin (Carrillo, 2002b: 17). Se enfocaron estrategias en puertos con mayor tráfico de mercancías y personas, o en ciudades que concentraban la actividad política, administrativa y económica.

Las zonas rurales y de baja densidad poblacional, en las que habitaba la gran mayoría de los grupos indígenas, no figuraron en las políticas de salud durante el Porfiriato, con excepción de la difusión de la vacuna antivariólica, la inspección eventual de algunas medidas generales dictadas para la prevención de ciertas epidemias, y el envío ocasional de médicos cuando se registraban brotes (*La Razón del Pueblo*, 1879). En 1910 había en Mérida cuatro hospitales: tres en la capital y uno en Valladolid. El número de médicos aumentó de 117 en 1900 a 192 en 1910, pero la mayoría ejercía de forma privada y sólo atendía en Mérida. Por eso, en el medio rural se mantuvo por mucho tiempo la medicina tradicional, que funcionaba alrededor de los curanderos, los yerbateros y las comadronas (Menéndez, 1981: 236-238).

En 1917, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos estableció que las autoridades de salud dependerían directamente de la Presidencia de la

República y facultó al Congreso para dictar leyes relativas a salubridad; por lo tanto, se hizo constitucional la intervención del Estado en materia de salud y se centralizaron todas las disposiciones. Asimismo, en el artículo 123 se reconoció el derecho a enfermar, es decir, se le reconoció asociado a la clase trabajadora (Agostoni, 2013: 747).⁸

Con la autonomía que le otorgó la Constitución, el Departamento de Salubridad Pública organizó la salud pública en México. Entre 1920 y 1930 en cada estado de la República estableció una Delegación Federal de Salubridad que asumió la tarea de controlar las enfermedades infecto-contagiosas, incluyendo las campañas de inmunización e higiene (Zozaya, 1957: 49; Figueroa, 1966: 114). Además, se pusieron en funcionamiento Direcciones Generales de Salubridad que dependían de los gobiernos de los estados. Éstas se encargaron de labores de higiene, control de alimentos, acondicionamiento de establecimientos, reglamentación de la prostitución, etc. También había Servicios Sanitarios en puertos marítimos y fronteras, así como Servicios Antilarvarios en centros urbanos para luchar contra la fiebre amarilla y el paludismo (Zozaya, 1957: 49). Esta etapa se asocia a la intervención de la Fundación Rockefeller en el control y erradicación de ciertas enfermedades epidémicas, como la fiebre amarilla (Solórzano, 1996: 173).

En Yucatán los gobiernos se centraron en sanear la zona productora de henequén: erradicar mosquitos para eliminar la fiebre amarilla y el paludismo; desarrollar infraestructura sanitaria e intensificar las campañas de vacunación antivariólica. Según Menéndez (1981: 23), hacia 1920 la zona henequenera representaba cerca de 30% de la superficie total del Estado, pero concentraba a 60% de su población. En la zona henequenera se aplicaron las mismas medidas que durante el porfiriato: saneamiento, inmunización y control del movimiento de personas y mercancías. A partir de 1920 lo que cambió fue la estructura institucional que se encargaba de poner en marcha las políticas de salud pública.

En 1930 el Estado mexicano se dirigió por primera vez a la población rural e indígena, que hasta entonces había estado marginada, con el objetivo de lograr el ideal posrevolucionario de incluir a los grupos indígenas en el progreso y modernización del país (Carrillo, 2005: 145; Agostoni, 2013: 750). De este modo, desde 1927 el Departamento de Salud Pública puso en marcha mecanismos de coordinación con los gobiernos de los estados para hacer llegar a todo el territorio nacional los servicios sanitarios (Bustamante, 1983: 466). A nivel nacional se crearon las Unidades Médico/Sanitarias Ejidales, que más tarde se convirtieron en los Servicios Médicos Rurales Cooperativos.⁹ Se pensó que las malas condiciones de salud e higiene de las zonas rurales impedían a los campesinos desempeñar su

⁸ En el Congreso de Querétaro actuaron 14 médicos como diputados constituyentes (Figueroa, 1966: 114). Véase también Agostoni, 2013: 746.

⁹ Zozaya (1957: 40) destaca que las primeras unidades cooperativas se crearon entre 1928 y 1931 en el puerto de Veracruz; Tuxtepec, Oaxaca; Tierra Blanca, Veracruz; y Cuernavaca, Morelos. Figueroa (1966: 113) señala que la unidad que se estableció en el puerto de Veracruz tuvo la participación de la Fundación Rockefeller.

papel como factores centrales de la producción. Con el objetivo de que alcanzaran “su pleno desarrollo” se procuró que los ejidos tuvieran acceso a la asistencia médica y sanitaria.¹⁰ Desde el diseño de este programa se previó la inclusión de los *campesinos*¹¹ en su financiación, organización y funcionamiento (Zozaya, 1957: 57). Según Menéndez (1981: 262), la concepción de los Servicios Médicos Rurales Cooperativos supuso, desde un principio, un trabajo en y para la comunidad. De esta manera, la Reforma Agraria fue acompañada por una importante reforma sanitaria; entre 1936 y 1937 se construyeron numerosos centros de salud en el medio rural a nivel nacional (Eibenschutz y Raphael, 1992: 146).

Estos Servicios Médicos Rurales Cooperativos emprendieron campañas de vacunación (poliomielitis, tuberculosis, rabia, sarampión y viruela), higiene y saneamiento, tratamiento de enfermedades gastrointestinales mediante rehidratación oral, sales y sulfamidas; abastecimiento de medicamentos alópatas hasta zonas alejadas; distribución de leche y control de enfermedades endémicas de prevalencia rural como oncocercosis, uncinariasis, paludismo y fiebre amarilla (DSMC, 1964; Figueroa, 1966: 113).

En Yucatán, a partir de 1920, la zona henequenera fue prioritaria para los gobiernos federal y estatal, como se mencionó párrafos antes (Menéndez, 1981: 23; Eibenschutz y Raphael, 1992: 146 y 154; Carrillo, 2005: 155). De las 104 unidades que se establecieron hasta 1938 en el estado, la mayoría se ubicaba en el área henequenera, en municipios como Mérida, Izamal, Acanceh, Motul, Tixcoch, Hunucmá y Maxcanú. En los demás municipios funcionaban los Centros de Higiene Rural, como parte de la política cardenista de desarrollo rural integrado. Estos Centros de Higiene Rural tenían un alcance más limitado que los Servicios Médicos Rurales Cooperativos en cuanto a la atención, y se concentraban en la educación higiénica y en la inmunización, manejando un presupuesto también más reducido (Cuadro 1).

¹⁰ La Dirección de Servicios Médicos Rurales Cooperativos (DSMC) expresaba que su objetivo era: “[...] hacer extensivos al mayor número posible de mexicanos residentes en las zonas rurales los beneficios que se aportan al campesino” (DSMC, 1964: 31).

¹¹ Este era el término con el que aparecían los indígenas en el discurso posrevolucionario.

Zonas	Entidad	Población atendida integralmente	% del total	Población vigilada sanitariamente	% del total
Zona Henequenera	Yucatán	206 616	48.3	221 104	15.5
Comarca Lagunera	Coahuila y Durango	110 000	25.7	78 533	5.5
Los Mochis, El Dorado y Navolato	Sinaloa	32 508	7.6	141 101	9.9
Matamoros, Reynosa y Valle Hermoso	Tamaulipas	19 995	4.7	383 065	26.9
Vista Hermosa, Lombardía y Nueva Italia	Michoacán	11 390	2.7	24 080	1.7
Cd. Obregón, Navojoa y Vícam	Sonora	9 548	2.2	221 969	15.6
Cd. Anáhuac	Nuevo León	7 987	1.9	14 950	1.0
Progreso	Hidalgo	6 774	1.6	72 070	5.1
Cacahoatán	Chiapas	5 150	1.2	81 668	5.7
Guadalupe Victoria	Durango	4 986	1.2	55 303	3.9
Córdoba y J. Díaz Covarrubias	Veracruz	2 760	0.6	33 412	2.3
Pabellón	Aguascalientes	2 250	0.5	3 536	0.2
Zempoala	Hidalgo	2 226	0.5	29 815	2.1
Atoyac	Guerrero	2 070	0.5	20 430	1.4
Coxcatlán	Puebla	1 204	0.3	7 190	0.5
Zacoalco de Torres	Jalisco	1 118	0.3	14 588	1.0
Cuautla	Morelos	1 017	0.2	22 629	1.6
TOTAL		427 599	100.0	1 425 443	100.0

Cuadro 1. Servicios Médicos Rurales Cooperativos en la República mexicana, resaltando la población con servicios médicos ("atendida integralmente") y aquella carente de los mismos ("vigilada sanitariamente"). Fuente: Zozaya (1957: 59).

La atención médica y sanitaria durante el cardenismo se desarrolló con un reducido número de especialistas, tales como médicos o enfermeras, y se fundamentó en otros agentes sanitarios emergentes que recibieron una instrucción básica en cuestiones de higiene y biomedicina. La participación de estas figuras locales permitió al Estado consolidar ese modelo de atención hacia la población rural, superando el problema de la falta de personal especializado. También permitió a la población rural acceder a servicios médicos, como vacunas y medicamentos alópatas. Como se ha mencionado, se trató de personas bilingües de la misma localidad, a menudo con un vínculo previo con la medicina tradicional, como parteras o yerbateros, lo que implicaba un reconocimiento a sus saberes, competencias y autoridad a nivel interno.

Los intentos del sector público de salud por captar a estos agentes y capacitarlos en la sanidad biomédica se dieron inicialmente con las parteras. En 1926 se inició un programa nacional para su adiestramiento en zonas rurales, que el Departamento de Salubridad extendió en 1931 y luego quedó bajo la responsabilidad de los Servicios Médicos Rurales Cooperativos en 1937 (Menéndez, 1981: 345).

En Yucatán la intervención de parteras empíricas y auxiliares de salud fue relevante para llevar la prevención sanitaria y la atención médica a todos los lugares. En 1940, sólo 10% de los ejidos tenía servicios médicos permanentes, 36% tenía servicios médicos periódicos y 54% carecía de atención. Esto significa que la cobertura en el área rural era muy reducida. Otra medida para paliar la carencia de infraestructura y personal fue la orden impartida por el Gobierno de Yucatán de que los comisarios ejidales intervinieran para repartir medicamentos en sus propias instalaciones. Entre 1940 y 1950 el alcance de la aplicación de medicamentos alopáticos fue mayor que el de la atención médica. Las sulfamidas, primero, y la penicilina, luego, mostraron su eficacia para combatir enfermedades gastrointestinales y respiratorias, y paludismo. Estamos hablando de medicamentos que se producían a nivel industrial y se distribuían en pequeñas localidades por parte de las propias parteras, en pequeños negocios y tiendas de abarrotes, o por vendedores ambulantes e instituciones y personal del Estado (Menéndez, 1981: 245-246 y 476).

No obstante, el proceso que se inició en 1920 provocó una fragmentación de los servicios de salud. La población indígena era atendida según su lugar de residencia: en las poblaciones de más de 3 000 habitantes, por los servicios coordinados de salubridad, que dependían del Departamento de Salubridad Pública y operaban con recursos estatales y federales; en las regiones geográficas de mayor productividad (como el caso del henequén o zonas con recursos forestales), por los Servicios Médicos Ejidales, y en las demás poblaciones, por las Unidades Médicas Rurales Cooperativas.

La creación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (ssa) en 1943 fue un intento de revertir esta fragmentación del sector salud, esto es, más de 20 años después

de la conformación del Departamento de Salubridad.¹² A partir de entonces la nueva Secretaría asumió la dirección de todos los servicios que estaban dispersos. Sin embargo, la concentración de los servicios médicos en la zona henequenera no experimentó grandes cambios durante los 10 años siguientes (Menéndez, 1981: 271). La dispersión de las localidades rurales, su baja densidad poblacional y la falta de recursos humanos y materiales por parte del gobierno hicieron que la mayoría de las poblaciones rurales (tanto en Yucatán como en el resto del país) no tuviera acceso a la atención por parte del Estado (DCPBSR, 2014: 23).

Para resolver esta falta de cobertura a la población vulnerable, en 1954 comenzó el Programa de Bienestar Social Rural, dependiente de la SSA (DCPBSR, 2014: 27). Mediante la creación de Centros de Bienestar Social Rural y Centros Auxiliares Rurales este programa emprendió prácticas de higiene, nutrición e ingeniería sanitaria (*El Informador*, 1953), aunque en algunas regiones también se encargó de campañas de vacunación. En las poblaciones sin servicios médicos permanentes se hizo cargo de la capacitación de personas de las propias localidades para que desempeñaran funciones de auxiliares o promotores de salud.¹³ Poco después de haberse creado el programa, el presidente Adolfo Ruiz Cortines anunció la apertura de 502 de estos Centros que atenderían a un total de 4 400 localidades rurales y a seis millones de personas. De una inversión de 86 millones, poco más de 50% había sido aportado por los propios campesinos. En localidades con una población menor a 2 500 se instalaron Centros Auxiliares Rurales (Zamarripa, 1971: 49).

Sin embargo, el Programa de Bienestar Social Rural en Yucatán no llegó a todas las zonas rurales. La situación se agravó en 1955, cuando se disolvió el “Gran Ejido” que administraba Henequeneros de Yucatán y, con ello, dejaron de funcionar los Servicios Médicos Ejidales. Esto implicó que el gobierno federal tuviera que atender a 10 000 campesinos adicionales que se habían quedado sin servicios médicos.¹⁴

En 1957 y 1958 el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) comenzó a prestar sus servicios en Yucatán, pero sólo en la capital del estado y en la zona que había quedado sin servicios médicos ejidales, es decir, en la zona henequenera. El resto del área rural de Yucatán quedó prácticamente sin atención médica pública. Por eso, en 1959 el Instituto Nacional Indigenista (INI) desarrolló un programa de acción en el sur, donde se instaló el Centro Coordinador Indigenista de Peto y una clínica que funcionó poco menos de dos décadas (Menéndez, 1981: 473).

¹² El decreto de creación de la SSA indica como objetivo central la “[...] fusión en una Secretaría de las funciones de la Asistencia Pública y del Departamento de Salud Pública [...]” por motivos operativos y presupuestales (Ávila, 1943).

¹³ En 1953 el presidente Adolfo Ruiz Cortines inicia con los Centros de Bienestar Social Rural (Zamarripa, 1971: 502).

¹⁴ BNAH, E4_D293_FF1_7_ “Vida laboral del General Lázaro Cárdenas: Disolución de ‘El Gran Ejido’ que administró Los Henequeneros de Yucatán”, Lázaro Cárdenas, México, D. F., 30 de septiembre de 1957.

A partir de 1960 la morbilidad general cambió significativamente, lo que originó nuevas necesidades en cuanto a la atención a la salud. Las campañas de inmunización y los medicamentos industriales ayudaron a reducir las enfermedades infecto-contagiosas, bajar la tasa de mortalidad materno/infantil e incrementar la esperanza de vida.¹⁵ En todas estas tareas participaron parteras, promotores voluntarios, comisarios y otros sujetos locales, puesto que los médicos y enfermeras difícilmente podrían llegar a todas las poblaciones rurales. En este contexto es posible sostener que la hegemonía del Estado y del modelo biomédico se extendió a las poblaciones indígenas a través de una especie de dominio indirecto.

Para recapitular, cuando los servicios médicos ejidales se disolvieron, la SSA concentró sus servicios en Mérida y en la zona henequenera. Luego, el INI puso en marcha un programa de salud únicamente en el sur, que funcionó por poco tiempo. Esto resultó en una falta persistente de servicios médicos en muchas localidades de Yucatán.

Entre 1960 y 1970, la SSA inició el Programa Extensión de Cobertura (PEC), guiado por la tendencia de América Latina de mejorar la salud como parte del desarrollo integral, bajo la dirección de la Oficina Panamericana de la Salud (Vargas, 1977: 386; Paganini, 1998). La “extensión de cobertura” significaba llevar los servicios de salud a la población rural no atendida y subatendida de las zonas urbanas (Hevia, 1985: 402). Desde el Cardenismo habían existido políticas públicas para llegar a la población rural, campesina e indígena, pero fue hasta este programa de “extensión de cobertura” que en Yucatán se logró un alcance mayor al abarcar más localidades y más población indígena. Se incluyeron acciones de saneamiento, proyectos productivos, obras rurales, nutrición, atención a enfermedades específicas, erradicación del mosquito *Aedes aegypti*, planificación familiar y saneamiento ambiental. Estas acciones dieron seguimiento a la idea comunitarista de que era necesaria la participación activa de la gente para lograr éxito en la medicina preventiva, puesto que era imposible llevar personal especializado a todos los rincones del país.

El PEC de la década de 1970 tuvo como objetivo organizar los servicios de salud en función de los recursos y la capacidad técnica disponibles, estableciendo un sistema regionalizado (Lowe, 1988: 667). Este programa supuso un impulso renovado para el programa de auxiliares de salud: en poco tiempo se incorporó a más personas como auxiliares y responsables de las casas de salud. Las casas de salud eran unidades mínimas que ofrecían servicios básicos de atención médica, dirigidas por parteras empíricas o personal auxiliar entrenado por la SSA. Se esperaba que fueran el resultado de la organización de la comunidad rural

¹⁵ En 1953, durante su primer informe de gobierno, Adolfo Ruiz Cortines ya destaca una importante reducción en la mortalidad en México gracias a las obras de sanidad y a las campañas de higiene en el área rural implementadas por sus antecesores; este fenómeno es retomado como un hecho trascendente en el informe de gobierno de Adolfo López Mateos de 1958, en donde añade el dato sobre la existencia a nivel nacional de tan sólo 1 689 casos de paludismo con una mortalidad nula (Zamarripa, 1971: 49).

(Menéndez, 1981: 285-286). Entre 1973 y 1974, por ejemplo, en Yucatán se capacitó a 151 personas, todas ellas parteras; entre 1977 y 1978 fueron 120, de las cuales 23 eran parteras y 39 eran curanderos (Menéndez, 1981: 288). En su primer informe de gobierno en 1977, el presidente José López Portillo comunicó la capacitación de 2 100 auxiliares de salud para localidades de entre 500 y 2 500 habitantes (Centro de Información, Documentación y Análisis de la Cámara de Diputados, 2006: 4-51).

En una década (1960-1970), el PEC logró establecer la presencia de servicios oficiales de salud en buena parte de las localidades rurales e indígenas, gracias a las auxiliares de salud, que permitieron construir las bases de la Atención Primaria en Salud (APS) como un sistema adaptable a contextos sociales precarios y vulnerables (López, 2016).

Tras la crisis económica de la década de 1970, en 1979 el IMSS firmó un convenio con la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (COPLAMAR), que reconcentró muchos de los servicios de salud en poblaciones rurales con el fin de promover la “atención integral”. Se recaló la necesidad de que el personal médico de las clínicas del IMSS y los promotores de salud trabajaran de manera coordinada, y se hizo hincapié en la identificación de los padecimientos más comunes a fin de programar acciones de prevención (Flores y Morán, 1989: 745).

Asimismo, este convenio IMSS-COPLAMAR fue el marco para la implementación de los acuerdos internacionales firmados en la Conferencia de Alma-Ata en 1979. La meta de esta Conferencia fue mejorar el nivel de salud a nivel mundial para el año 2000. Se reconoció que la atención a la salud era un derecho y un deber, y que la APS era clave para lograr dicha meta. Según lo acordado, la APS debía basarse en la medicina científica y los costos debían ser los que las comunidades y países pudieran soportar. Además, se promovería la participación comunitaria, incluyendo médicos, enfermeras, parteras, auxiliares, trabajadores de la comunidad y personas que practicaran medicina tradicional, con la adecuada capacitación técnica y social. (Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 1978).

La Conferencia Sanitaria Internacional de Alma-Ata pudo haber sido importante para la implementación de políticas de salud pública para los pueblos indígenas de México y América Latina, pero, pronto, grupos de poder transnacionales promovieron una versión más restringida de los acuerdos de esta Conferencia. Volveremos sobre ello. La importancia de los planteamientos de Alma-Ata radica en el enfoque en la participación comunitaria, la adaptabilidad de la APS a los contextos sociales, el concepto de atención integral a la salud haciendo hincapié en la prevención y tomando en cuenta necesidades locales, la superación del rezago de salud/desarrollo y el cuestionamiento del modelo médico hospitalario (Oficina Panamericana de la Salud, 2003; López, 2016). Además, el concepto de salud en Alma-Ata reconoció que la salud es resultado de condiciones de vida y trabajo de las comunidades y grupos sociales (López, 2016).

La Conferencia fue organizada por la Organización Mundial para la Salud (OMS), la Oficina Panamericana de la Salud (OPS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), y convocada por la Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS) para celebrarse en Alma-Ata, capital de la República Socialista Soviética de Kazajistán. Participaron 137 países y 67 organizaciones internacionales. En medio de la Guerra Fría, se reconoció que muchos recursos para el logro de la “salud para todos” eran destinados a armamentos y conflictos militares. Esto, junto con el cambio económico, dificultó el cumplimiento de las recomendaciones de Alma-Ata, afectando, como ocurrió en México, a sectores vulnerables y a la población indígena (Eibenschutz y Raphael, 1992: 137).

La Fundación Rockefeller objetó la idea de “integralidad” de la Atención Primaria en Salud propuesta en Alma-Ata, argumentando que era costosa y poco realista. Se propuso, en cambio, la Atención Primaria Selectiva, que se centraría en grupos de alto riesgo mediante un “paquete básico de atención” seleccionado por expertos internacionales. Se descartó el desarrollo social y económico como base para la atención en salud, y la participación comunitaria en la planificación, decisión y control de la atención primaria (Pires-Alves y Cueto, 2017; Birn, 2018).

En México, la Atención Primaria Selectiva en Salud (APSS) fue impulsada por el Programa IMSS-COPLAMAR (1979) y el Programa de Atención a la Salud en Áreas Marginadas en Grandes Urbes (1981). La adopción de la política neoliberal llevó a una versión simplificada y selectiva de la APSS con limitados recursos. Esta versión se usó para reducir la responsabilidad del Estado en la atención a la salud y transferirla a las comunidades, pero restringiendo su autonomía (Lowe, 1988; Ase y Burijovich, 2009). En las zonas rurales, la APSS se basó en los auxiliares de salud como intermediarios entre la población y los servicios médicos formales, para promover la medicalización, prevención y promoción en salud desde un enfoque biomédico.

Hasta el momento, hemos analizado el proceso histórico en el que se desarrolló el sistema de atención a la salud mediante auxiliares de salud en México, el cual estuvo dirigido específicamente hacia la población indígena y rural. A continuación, presentamos un análisis etnográfico sobre el funcionamiento de este sistema en la época contemporánea, focalizado en la región oriente de Yucatán, con la finalidad de mostrar aspectos generales del andamiaje social y cultural en el que se afincaba y que resultaba de particular efectividad para la promoción del modelo biomédico entre la población indígena.

Características actuales de la labor de las auxiliares de salud en el oriente de Yucatán

El sistema de auxiliares de salud, iniciado en el siglo XX, sirvió durante años como la principal forma de acceso a la atención primaria y salud pública para la población indígena y rural. Muchas veces la única. Este sistema funcionó hasta

2018 con una eficacia y una complejidad organizativa difíciles de encontrar en otro programa de gobierno, manteniéndose aún en contextos de precariedad y relegamiento institucional. No obstante, las nuevas políticas locales y nacionales en materia de salud determinaron su desmantelamiento en varios estados, incluyendo Yucatán, sin ser reactivado durante la pandemia de COVID-19.

Esta sección de nuestro trabajo se basa en las entrevistas realizadas entre 2017 y 2018 a 12 auxiliares de salud —todas mujeres—, provenientes de igual número de rancherías del municipio de Tizimín, ubicado en la región oriente de Yucatán. Según el último Censo de Población y Vivienda (INEGI, 2020), este municipio cuenta con una población de 80 672 personas, de las cuales 52 593 (65%) viven en la cabecera municipal y el resto (35%) en localidades con muy baja población. Los mayas son el grupo étnico más numeroso del municipio, con 26 185 maya-hablantes (32% del total) y 74% de la población se autoadscribe como indígena, según el Censo de 2020 y la Encuesta Intercensal del INEGI (2015).

En Yucatán, en la época de las entrevistas, los auxiliares de salud estaban presentes en las pequeñas localidades que carecían de servicios fijos de salud y que no estaban bajo la jurisdicción de ninguna clínica rural cercana. Los servicios de salud itinerantes de los Servicios de Salud de Yucatán (SSY) atendían a estas localidades mediante unidades móviles que, en teoría, debían asistir dos o tres veces por semana, y caravanas de la salud que, una vez al mes, debían acercarse a las localidades camillas, equipos especializados, médico, enfermero, promotor de salud y, ocasionalmente, un odontólogo.

Su función principal era ofrecer consultas médicas gratuitas a los habitantes de localidades asignadas y llevar a cabo acciones de medicina preventiva y planificación familiar. Sus actividades se centraban en la atención a mujeres embarazadas, recién nacidos, menores de 5 años, diabéticos, hipertensos, planificación familiar, campañas de vacunación y enfermedades de interés epidemiológico. Una de las principales quejas de los usuarios de las Unidades Móviles y de las Caravanas de la Salud era que las visitas llegaban a espaciarse indefinidamente. Según nuestras entrevistas con personal de los SSY, este problema obedecía a la escasez de recursos con que contaban los programas, lo que dificultaba reparar las averías que a menudo se presentaban en los vehículos e, incluso, adquirir combustible. En este contexto, la presencia de las auxiliares de salud cobraba mayor relevancia, ya que cuando los servicios itinerantes faltaban, la atención recaía enteramente en ellas. Dado que no había profesionales de la salud disponibles, la auxiliar de salud era el único individuo autorizado por las instituciones de salud para atender urgencias y padecimientos, y suministrar a la población medicamentos no controlados.

En Yucatán, hasta 2018, existía un total de 553 auxiliares de salud (SSY, 2019). En el municipio de Tizimín —donde solamente 12 localidades contaban con clínicas rurales (Cuadro 2)—, había 42 auxiliares de salud; todas eran mujeres y se ubicaban en localidades de menos de 1 000 habitantes. Cabe señalar que en la Jurisdicción Sanitaria No. 2 de los SSY, a la que pertenecen Tizimín y otros 20

municipios de la región oriente de Yucatán, existía en ese año un total de 231 auxiliares de salud.

Localidad	Tipo de establecimiento	Nombre de la unidad	Institución de salud a la que pertenece
Dzonot Carretero	Unidad Médica Rural	Consulta externa	IMSS-Prospera
El Edén (Yaxic)	Unidad Médica Rural	Consulta externa	IMSS-Prospera
Samaria	Unidad Médica Rural	Consulta externa	IMSS-Prospera
Tixcancal	Unidad Médica Rural	Consulta externa	IMSS-Prospera
Colonia Yucatán	Rural de 01 Núcleo Básico	Consulta externa	SSA
El Cuyo	Rural de 01 Núcleo Básico	Consulta externa	SSA
Chan San Antonio	Rural de 01 Núcleo Básico	Consulta externa	SSA
Dzonot Aké	Unidad Móvil	Consulta externa	SSA
Manuel Cepeda Peraza	Unidad Móvil	Consulta externa	SSA
Popol Nah	Rural de 01 Núcleo Básico	Consulta externa	SSA
Sucopó	Rural de 01 Núcleo Básico	Consulta externa	SSA
Yaxchekú	Rural de 01 Núcleo Básico	Consulta externa	SSA
Yohactún de Hidalgo	Rural de 01 Núcleo Básico	Consulta externa	SSA
Chan Cenote	Rural de 01 Núcleo Básico	Consulta externa	SSA

Cuadro 2. Establecimientos gubernamentales de salud en Tizimín, Yucatán, 2018.

Fuente: Secretaría de Salud, Histórico de bases CLUES, 2018,

<http://gobi.salud.gob.mx/Bases_Clues.html>.

No se requería experiencia previa ni formación específica para ser auxiliar de salud; aunque en la región había quienes también eran parteras, yerbateros o sobadores, o contaban con estudios técnicos en enfermería. Los ssy asignaban el cargo a una persona adulta, considerada honorable por la población, después

de escuchar la opinión de los habitantes en una asamblea pública. El puesto no tenía un término establecido; podían ocuparlo el tiempo que quisieran, y la única razón para la remoción era la inconformidad manifiesta de los usuarios.

Las auxiliares no se encontraban en la nómina de los *SSY*, pero se les otorgaba una ayuda económica de 2 000 pesos cada dos meses. En comparación con la gran cantidad de actividades que realizaban, este monto era bajo y, a menudo, tardío. Al recibir el cargo, los *SSY* les proporcionaban materiales para su trabajo, tales como: a) un maletín con estetoscopio, esfigmomanómetro, termómetro y tijeras para corte de puntos; b) dos básculas (una normal y una de calzón); c) una casaca con el logotipo de los *SSY*; d) un dispensario con medicamentos no controlados (en cuyo suministro fueron capacitados) e insumos de curación como jeringas, gasas, guantes de látex, alcohol, yodo y jabón para lavado quirúrgico; este material era resurtido cada dos meses por los *SSY* con base en el inventario ejecutado por cada auxiliar; e) formatos para el registro cotidiano de sus actividades, como el número de personas atendidas, medicamentos otorgados y datos de mujeres embarazadas.¹⁶

Las auxiliares prestaban sus servicios gratuitamente, y suministraban los medicamentos también sin costo. Ello era así, independientemente de si el enfermo contaba o no con Seguro Popular. Hasta el 2018 este programa otorgó acceso gratuito a servicios de salud (consultas, acceso a medicamentos y hospitalización) a la población abierta del país, focalizándose en las enfermedades enlistadas en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (*CAUSES*). Algunas personas pagaban pequeñas cantidades (entre 5 y 10 pesos) por ciertos procedimientos, como la curación de heridas o la aplicación de inyecciones. Las auxiliares no veían este pago como una tarifa, sino como una ayuda voluntaria por parte del enfermo.

Entre las auxiliares entrevistadas, las más veteranas llevaban 25 años trabajando. Sus edades oscilaban entre 23 y 64 años. Algunas de estas mujeres tenían hijos o hermanos que estudiaron carreras técnicas o licenciaturas en enfermería, trabajaron como asistentes en consultorios, o bien, madres o abuelas que habían sido curanderas o parteras empíricas. Dos de las entrevistadas eran también parteras.

Las actividades que realizaban las auxiliares eran monitoreadas por supervisores de la Jurisdicción Sanitaria No. 2, y por los médicos y los promotores de salud que visitaban sus poblaciones. Entre tales actividades encontramos las siguientes:

- 1) Brindar el primer nivel de atención. Cuando una persona acudía a consultar, evaluaban la gravedad de su afección y, en función de ello, le suministraban medicamentos para aliviar sus dolencias. Si la afección era grave, se recomendaba atención médica inmediata o especializada, otorgando al paciente

¹⁶ Estos elementos no son considerados como propiedad individual, sino que están bajo el resguardo de quien ocupe el cargo de auxiliar de salud, por lo que, llegado el caso, deben entregarlos a quien los sustituya.

- la “hoja de referencia” que necesitaba para ser atendido en cualquier clínica pública.
- 2) Revisión de patios limpios. Para prevenir enfermedades infecciosas, principalmente gastrointestinales y vectoriales, las auxiliares debían visitar varios hogares para comprobar que estuvieran limpios y libres de cacharros.
 - 3) Realización de pláticas públicas en temas de salud. Una vez al mes las auxiliares debían ofrecer pláticas en las que informaban de varios asuntos de salud: salud reproductiva, prevención de enfermedades infecto-contagiosas, alimentación, embarazo, higiene, salud mental, salud de la mujer, salud de los adolescentes, entre otros.
 - 4) Control de embarazadas. Con el objetivo de reducir las muertes maternas y fetales, los *SSY* procuraban que todas las mujeres embarazadas acudieran a consultas médicas periódicas, independientemente de si la mujer buscaba, además, la atención de una partera empírica. Los *SSY* encargaban a las auxiliares detectar mujeres embarazadas, informar al médico e instarlas a acudir a la consulta.
 - 5) Medición de peso y talla en menores de 5 años. Para prevenir la obesidad y la desnutrición en niños, una vez al mes las auxiliares pesaban y medían a todos los menores de cinco años, aunque sólo las familias que recibían Prospera estaban obligadas a ello. En caso de que detectaran niños con desnutrición, podían ofrecerles multivitamínicos orales, que estaban incluidos en sus dispensarios; en cuanto a niños con obesidad, no contaban con algún tipo de intervención, pero, en general, como parte de sus funciones, ofrecían pláticas a las madres de familia en temas de nutrición, de acuerdo a los criterios de los *SSY*.
 - 6) Planificación familiar. Las auxiliares de salud proveían de métodos de planificación familiar a las mujeres que así lo desearan, principalmente píldoras anticonceptivas y preservativos, incluidos como parte de sus dispensarios.¹⁷
 - 7) Monitoreo de enfermedades crónicas. Debían vigilar el estado de salud de personas enfermas de diabetes e hipertensión; sin embargo, carecían de pruebas para medir niveles de azúcar, y en el caso de la hipertensión, contaban con esfigmomanómetros, pero algunas no sabían utilizarlos o se encontraban averiados.
 - 8) Asistencia cada dos meses a las capacitaciones. En ellas se les informaba sobre temas relevantes según la incidencia de las enfermedades por temporadas, además de que se resurtían medicamentos para sus dispensarios.
 - 9) Registro cotidiano de las actividades realizadas. Empleando detallados formatos, los auxiliares llevaban registro de los servicios brindados, esencial para la vigilancia epidemiológica en las zonas rurales y para la estadística sanitaria nacional.

¹⁷ Otros métodos anticonceptivos, como el catéter subcutáneo y la inyección bimensual, eran proporcionados gratuitamente por los médicos que visitaban las localidades.

Las auxiliares de salud atendían, con muy pocos recursos, a una pequeña población. El sector salud, por su parte, cubría a una gran cantidad de personas con una mínima inversión. Todas trabajaban por convicción y atendían sin descanso, adquiriendo insumos con sus propios recursos y pagando sus pasajes. Esto reducía el costo para el gobierno y aumentaba el impacto de su actividad.

No obstante, la impronta que el sistema de auxiliares de salud ha tenido en la expansión del modelo biomédico entre la población maya no se debe únicamente a su bajo costo. Consideramos que otro factor de suma importancia fue la capacidad de las auxiliares para movilizar recursos sociales y culturales que les permitían generar transacciones entre los saberes locales de la cultura maya y los determinantes de la salud pública gubernamental. Estas transacciones permitían que las ideas, normas y convenciones sociales del ámbito local —no siempre compatibles con los programas de salud pública— fueran gestionadas y negociadas. En el siguiente apartado estudiamos esos recursos.

Un oficio de intermediación. Procesos de apropiación y negociación entre modelos de atención

Nuestra hipótesis sostiene que las auxiliares de salud han sido clave para la apropiación crítica del modelo biomédico debido a su rol de intermediarias. Éstas han creado puentes significativos entre la biomedicina, el modelo médico subalterno y los contextos socioculturales en los que se desenvuelven. Apuntamos hacia tres factores que consideramos centrales en esta transaccionalidad: la síntesis que lograron entre dos modelos de atención (el tradicional y el biomédico); la cimentación de sus funciones en relaciones sociales preexistentes y su capacidad para condensar la relación entre salud y poder en los niveles institucional, individual y colectivo.

Con respecto al primer elemento, en su labor cotidiana las auxiliares de salud sintetizaban y armonizaban diferentes esquemas culturales y modelos de atención —el tradicional y el biomédico—, aunque con una clara inclinación hacia el segundo. Para ello, era muy importante su dominio de la lengua maya, que facilitaba la atención de los sectores monolingües de algunas localidades, principalmente personas de la tercera edad. Esto les permitía también fungir como traductoras entre médicos y pacientes: cuando éstos no hablaban español, los médicos procuraban que la auxiliar estuviera presente durante la consulta, traduciendo la sintomatología del enfermo y comunicándole, a su vez, el diagnóstico y tratamiento indicados.

Además, conocían enfermedades y terapias relacionadas con los dos modelos de atención, y sabían identificar cuándo un padecimiento requería uno u otro. Sin embargo, posicionadas como auxiliares de salud, sus diagnósticos y tratamientos casi siempre se ceñían al modelo biomédico. De hecho, cuando la población solicitaba su atención, no era buscando terapéuticas tradicionales, sino

principalmente medicamentos alópatas. Por lo general, en el primer contacto las auxiliares recomendaban al enfermo que consultara a la brevedad posible a un médico, y mientras tanto le ofrecían medicamentos de su dispensario —como analgésicos, antigripales, antipiréticos, antidiarreicos o antiinflamatorios— para aliviar sus dolencias momentáneamente. En este sentido, las auxiliares reconocían que su labor principal no era curar, sino derivar a los enfermos hacia las clínicas y controlar sus dolores temporalmente.

Si se detectaba una dolencia ligada a los conceptos de salud propios de la cultura maya, las auxiliares sugerían acudir a los curanderos mayas.¹⁸ Las auxiliares podían distinguir entre diarreas causadas por infecciones y tratarlas con sueros y antidiarreicos. O aquellas producidas por factores como el mal de ojo, viento o temperatura, las cuales solían tratarse de acuerdo al esquema tradicional. Esto incluía envolver al niño con prendas mojadas en sudor de un campesino, santiguar con hierbas o acudir a un yerbatero, curandera o partera. Cuando se optaba por esta última recomendación, era con mucha precaución, siempre que la terapéutica biomédica no resultase suficiente.

En este sentido, las propias auxiliares de salud señalaban que una de sus principales funciones consistía en traducir, no sólo entre el maya y el español, sino también entre los universos simbólicos de la cultura maya y los conceptos de la biomedicina y la salud pública. Asimismo, reconocían que, frente a la desconfianza hacia la práctica clínica y la auscultación, ellas brindaban la familiaridad y el apoyo que hacía posible el desarrollo de la consulta. Es decir: las auxiliares de salud tenían conciencia sobre su papel como intermediarias. Como ejemplo de ello, tenemos los testimonios de Yamile y Mónica:

Hay gente que le da miedo entrar con el doctor, porque el doctor no entiende lo que están diciendo; como ella [una paciente], habla en maya y el doctor no lo entiende. Pero mientras que estamos allá para traducirlo, no pasa nada, entran [a la consulta] con confianza [...]. Es que no entienden lo que dicen los médicos; por eso, por ejemplo, si me dicen *jach yá tu chi`ibal pool*, lo que quiere decir es que tiene mucho dolor de cabeza; o dolor de barriga, es *tu chi`ibal nak*.

Yamile

Hay que tener carácter [risas] [...]. Hay veces ¿sabe qué pasa?, me dice el doctor: “es que yo le doy consulta, pero no entiendo lo que dice” [la paciente]. “Doctor —le digo—, ella va a consultar por esto y por lo otro, porque ella ya me lo dijo

¹⁸ Hirose (2003: 20) explica que, en la cultura maya contemporánea, el concepto de salud “incluye el cuerpo, la mente y el espíritu (o conciencia), los que, considerados como un todo, deben estar en equilibrio entre un conjunto de cualidades de carácter dual y opuesto (frío/caliente, masculino/femenino, derecha/izquierda) y pueden verse afectados por fuerzas de diversa índole, que van desde las de carácter “divino” o espiritual y los fenómenos naturales, hasta las relaciones humanas y las actividades agrícolas”. Apunta, además, que su configuración actual es producto de un “sincretismo en el que confluyen lo maya, el español colonial y la medicina occidental” y se encuentra en “continua evolución [incorporando] elementos de la medicina moderna a la vez que descubre aplicaciones de sus remedios frente a los nuevos problemas de salud”.

que la atienda”. Ella me dice: “¡ah!, no voy, me va a regañar el doctor”; “¡qué te va a regañar!”, le digo, “¡anda!, tienes que ir, porque lo necesitas”, yo veo que lo necesita. Le digo: “¿sabes qué, doctor?, es que hay que tenerle paciencia, porque hay cosas que ella le quiere explicar, pero no puede explicarlo”, pero más o menos lo entiende uno y se lo dice.

Mónica

Las auxiliares entrevistadas describieron que una de sus principales tareas era hacer conscientes a los pacientes de la gravedad de sus padecimientos desde el punto de vista biomédico, y evitar que cometieran “imprudencias” al desvalorizar su estado de salud o al automedicarse. Un ejemplo de esta situación son los embarazos. Aunque la mayoría de las mujeres de la región acuden al médico o partera al enterarse de que están en estado de gravidez, hay otras que no lo hacen hasta que el embarazo está avanzado, lo que se entiende como un riesgo para la madre y el bebé. Así lo atestiguó Susana, lamentando que hubiera mujeres embarazadas que rechazaran la atención médica: “He tenido algunas señoras que se embarazan y por más que les insisto [que vayan al doctor], ¡hasta terminamos peleadas!, ¡de tanto que les he insistido!”.

Las auxiliares señalaron que este problema no siempre se debía a la falta de recursos, sino más bien a la apatía o desinterés de las familias, o a situaciones anormales como el embarazo fuera de matrimonio y el abuso sexual infantil. Para abordar esto, ellas visitaban a las embarazadas para instarlas a ir con el médico, preguntarles cómo se sentían y darles vitaminas prenatales de sus dispensarios, y procuraban que las consumieran.

Ellas consideraban que la atención médica era imprescindible para prevenir problemas de gravedad que pusieran en riesgo la vida de la mujer o su hijo. A pesar de valorar el trabajo de la partera empírica, reconocían que solamente un médico podía resolver dificultades para las que las parteras no siempre estarían preparadas. Esto motivaba el temor a ser responsabilizadas legalmente en caso de muerte materna o fetal, como de hecho atestiguamos en una ocasión. Por ello, aunque respetaban el trabajo de la partera, creían que el médico debía ser la máxima autoridad en la atención a un embarazo, aunque ellas mismas fueran parteras. En entrevista, Gloria y Marisela hablaron con claridad de esta situación:

No porque yo sea metiche, o que yo sea muy entremetida de las cosas; yo les pido el favor ahorita cuando vean que están embarazadas, por favor, que pasen y se lo digan al doctor, para que ellos sepan; [si no], las perjudicadas somos nosotras; primero pensarán que es uno metiche, pero no es por juzgar a uno, es por saber, para ver de qué forma les pueden ayudar; [...] primero tienen que ir con los doctores. Si yo lo sé [que hay una mujer embarazada], primero voy con el doctor y: “¿sabes qué, doctor?, vino ésta a consultar por esto y esto”; *aistá*, ya lo saben. Cuando vean que tienen un mes de retraso, dos meses, vienen; les digo: “mientras que vienen los doctores, lleva tu ácido fólico, tu fumarato ferroso”, cuando ellos vengan les dan sus órdenes para que les hagan sus chequeos a ver si está embara-

zada, cuando ven que ya salió positivo todo, traen su papel, les abro su expediente, yo también estoy pendiente de ellas.

Gloria

Nosotras siempre les decimos a las embarazadas de que no se deben confiar, al momento que sospechas que estás embarazada anda al Centro de Salud, si no quieres ir allá, hazte un análisis médico así particular.

Marisela

Del total de auxiliares entrevistadas, cuatro eran parteras empíricas y debían cumplir con los requisitos de los *ssy* para registrar a las embarazadas. A las auxiliares de salud con esta característica, las embarazadas podían pedirles que las “sobara” (masajes para cambiar la posición del feto o aliviar dolores); sin embargo, cada vez más mujeres prefieren primero recurrir a la medicina alópata.

En estos casos, la transaccionalidad quedaba patente en que establecían una clara diferencia entre atender como auxiliares o como parteras; esto último lo consideraban con un saber especializado, independiente, que les permitía recibir una paga adicional por parto, alrededor de 2 000 pesos en 2018.

Una situación presenciada al momento de entrevistar a Martina —partera y auxiliar de salud— ejemplifica el cruce de los dos modelos de atención en el caso de aquellas auxiliares de salud que también eran parteras empíricas. Durante la entrevista, Martina, una auxiliar de salud y partera, atendió a una mujer embarazada, a quien ya había registrado como usuaria de los controles de embarazo que realizaba en tanto auxiliar de salud. La paciente le contó que tenía dolor de espalda y que se había hecho un ultrasonido, el cual mostró que el bebé se encontraba en una buena posición. Martina le comentó que era de mucha ayuda que se hubiese realizado ese estudio para asegurar la posición del bebé, y le ofreció sus servicios como partera en caso de que hubiera que corregirla. Finalmente, ambas mujeres acordaron que la partera iría a visitarla el día 15 para revisarla, con la esperanza de una eventual feliz llegada del bebé entre ese día y el 20 del propio mes. Este ejemplo muestra que Martina conjuntó su trabajo como auxiliar de salud con su oficio de partera, ofreciendo una atención basada en la medicina tradicional, pero que incorporó un elemento de la biomedicina: el ultrasonido.

Las auxiliares de salud combinaban los modelos biomédico y tradicional, aunque el primero era el predominante en su práctica cotidiana. No todas eran expertas en el modelo tradicional, manejaban más los elementos del modelo biomédico en los que habían sido instruidas, como el uso de los medicamentos de su dispensario o las sintomatologías de padecimientos más frecuentes en la región. Se convirtieron así en un puente entre ambos modelos, promoviendo el biomédico entre los pacientes. Cruz da testimonio de ello:

Acá de todo vienen [a consultar], pero a veces los recomendamos con el hospital; aquí mayormente es por gripa, dolor muscular, por el bebé que le duele su pancita, cosas así, lo básico; lo que tenemos, sencillito, se lo damos. Pero cuando vengan por una calentura de varicela, es preferible que vayan con el doctor; la calentura,

pues ya sabes que la calentura no da solamente por gripa, da por infección intestinal, infección de garganta, por algo del riñón, y si nosotros no sabemos qué es lo que realmente tiene, pues nosotros no le vamos a dar algo nada más para que se le quite y al poco rato le dé otra vez; se le dice a la persona, al paciente, que vaya a consultarlo, mejor que vaya directo al hospital y le hagan sus estudios, y vean qué es lo que necesita.

Cruz

En segundo lugar, la importancia de las auxiliares de salud en la promoción del modelo biomédico se explicaba también por su pertenencia a las poblaciones que atendían, es decir, que las conocían profundamente y eran parte de un nodo de relaciones sociales preexistentes. Quienes acudían a ella eran sus vecinos y familiares, con los que había convivido casi toda su vida. De esta forma, se implicaban en el problema de la salud de sus pueblos de forma habitual, y no excepcionalmente, como ocurría con los médicos y promotores de salud que eran externos a las localidades y de manera ocasional las visitaban.

Las auxiliares de salud acompañaban al médico y al personal de salud a las poblaciones, y su conocimiento de las familias ayudaba a contextualizar problemáticas. Explicando su trabajo, por ejemplo, una auxiliar nos aseguró que: “a veces, vamos y los acusamos [a los enfermos] con los doctores”, implicando que informaban a los médicos cuando los pacientes ocultaban información o no se apeaban a las terapias indicadas. También asistían a los médicos con otras tareas como el control de los turnos de los pacientes o la organización de las visitas. Además, proporcionaban información vital para el sistema de salud, como la cartografía, pirámide poblacional, nombres y teléfonos de autoridades locales. Por lo tanto, eran “informantes clave” para éste.

El pertenecer a las propias poblaciones hizo que las auxiliares se convirtieran en un elemento fundamental en la relación médico/paciente. El personal de salud aprovechaba la familiaridad que las auxiliares tenían con los pacientes para facilitar la relación entre médico y paciente, especialmente cuando había miedo o rechazo a ver al médico, particularmente entre mujeres o niñas que consultaban con médicos varones. En estos casos, las auxiliares acompañaban al médico durante las consultas, y preguntaban en lugar de los pacientes cuando éstos se resistían absolutamente a ver al médico. Así, una auxiliar comentó que: “cuando ese señor no quiere ir con el doctor, pues yo voy y le digo al doctor qué es lo que tiene, qué le duele, cómo se siente y el doctor dice qué es lo que tiene que tomar”. En otros casos, la confianza entre la auxiliar y los enfermos les permitía a éstos comunicar sus dolencias al médico. Esto era posible gracias al dominio de la lengua maya de la auxiliar y a la dificultad que tenían algunos enfermos para expresarle al médico sus síntomas.

El tercer elemento que explica el papel de las auxiliares de salud es que, mediante su labor, condensaban la relación entre salud y poder en tres ámbitos: institucional, individual y colectivo. El primero de estos ámbitos, el institucional, concierne

al Estado; como se vio en la primera parte de este artículo, en el México contemporáneo la salud fue un vehículo para la integración de la población indígena al proyecto de nación, siendo clave la incorporación de la biomedicina a los procesos de salud/enfermedad. La labor de las auxiliares de salud fue determinante en la transmisión y aceptación de los saberes y las prácticas de esta forma de atención, pero también incidieron en el control indirecto sobre la población a través de la vigilancia de los cuerpos, los espacios, los hábitos (higiene, alimentación, ciclo de vida y reproducción), y la información personal de individuos, familias y colectivos.

Asimismo, las auxiliares fueron determinantes en el establecimiento y el desarrollo de los diversos programas de ayuda social presentes en la región en las últimas cuatro décadas, como Solidaridad, Progresá, Oportunidades y Prospera. Además de otorgar recursos monetarios a familias pobres, estos programas han promovido acciones sanitarias, como el saneamiento de los espacios públicos, la alimentación y la cobertura del paquete básico de servicios de salud. La organización de estas actividades recaía en los médicos de las unidades móviles y en los promotores locales del programa, pero era viable sólo a través del trabajo de las auxiliares de salud.

El segundo ámbito en el que las auxiliares aglutinaban la relación entre salud y poder lo constituían los beneficios individuales que ellas mismas obtenían al hacer su labor. Subrayamos que todas las auxiliares entrevistadas manifestaron y demostraron un fuerte compromiso hacia sus pueblos y hacia su labor sanitaria; pero también distinguimos que, para ellas, ser auxiliares de salud era una forma de movilidad social y una fuente de legitimidad al interior de sus grupos sociales. El manejo de medicamentos, el contacto cercano con las instituciones y el ser referente de autoridad en las poblaciones eran factores que a nivel individual y familiar les otorgaban estatus. Cuando salían a cumplir sus funciones, por ejemplo, procuraban portar las casacas y el gafete con el logotipo de la Secretaría de Salud, lo que consideraban que las identificaba como personal de dicha institución, y que les prodigaba respeto y reconocimiento. Así, para las propias auxiliares, la salud tenía una faceta vinculada con el poder que, aunque era limitada por el margen de acción que les marcaban las instituciones, les otorgaba cierta legitimidad en su entorno inmediato.

El último ámbito en el que la relación entre salud y poder se reflejaba en las labores de las auxiliares de salud era en cuanto a la población. Se trata de los beneficios a los que los grupos sociales podían acceder mediante la auxiliar de salud. Por una parte, la presencia de las auxiliares atraía infraestructura y servicios a las poblaciones; en localidades muy pequeñas (menores a 100 habitantes) algunas auxiliares gestionaron los recursos para la construcción de módulos de salud, que facilitaron las visitas de médicos en unidades móviles. Además, la intermediación de las auxiliares posibilitaba a nivel local cierta autonomía en la atención, así como el establecimiento de negociaciones ideológicas y prácticas cruciales en el embarazo, el parto, el cuidado del recién nacido y otras enfermedades ligadas a la cultura maya.

Otro punto muy importante es que las auxiliares restituían el eje de la atención a la familia, que el modelo biomédico tradicionalmente coloca en el individuo o en las instituciones. Las auxiliares de salud entrevistadas no concebían la atención a los enfermos sin su entorno familiar. Esta situación se observaba claramente en el caso de las embarazadas, cuyos cuidados no recaían exclusivamente en la mujer, sino en todo su núcleo familiar. De hecho, las auxiliares consideraban que los individuos más vulnerables eran aquellos que se encontraban lejos de su núcleo familiar o que habían sido abandonados por él. Así, al negociar estas y otras condiciones del acceso a la atención biomédica, las auxiliares facilitaban la aceptación de la misma por parte de la población.

Conclusiones

La implementación de las políticas de salud dirigidas a la población indígena ha sido posible gracias a un sujeto social, mujeres en su mayoría, que han establecido conexiones relevantes y significativas entre diferentes realidades socioeconómicas, socioculturales y formas de vivir y afrontar el proceso salud/enfermedad.

Ante el hecho de que las auxiliares de salud fueran casi la única y principal presencia del Estado en muchas localidades rurales, al menos hasta el 2018, nos preguntamos sobre su papel en los procesos de apropiación de la biomedicina por parte de la población indígena. Como hipótesis propusimos que esta apropiación se explica por la actuación de las auxiliares como agentes sanitarios locales que históricamente sintetizaron y adecuaron diferentes esquemas culturales y modelos de atención (el tradicional y el biomédico). Sus acciones se anclaron en relaciones sociales preexistentes y condensaron la relación entre salud y poder en diferentes niveles, desde el individual hasta el estatal. La información etnográfica así lo muestra, según se detalló en el último apartado de este artículo.

Históricamente, desde la década de 1940 las auxiliares de salud participaron en la construcción de los cimientos mismos del estado posrevolucionario. Su proyección temporal y focalización local han permitido que se adapten a distintos modelos de desarrollo nacional, sin renunciar a las relaciones sociales y significados culturales propios que otorgan sentido a la vida diaria y al proceso de adaptación tal como se vive y afronta en muchos pueblos indígenas.

Le denominamos “sistema de auxiliares de salud” por su complejidad organizativa y su profundidad histórica. Fue impulsado por el Cardenismo, junto al higienismo y la inmunización; llevó la terapéutica alópata basada en medicamentos industrializados hasta los rincones más alejados del país; roció de DDT las localidades más escondidas para combatir el paludismo y evitar el regreso funesto de la fiebre amarilla; disminuyó drásticamente mediante la asepsia la mortalidad materno/infantil; espulgó y fumigó cabezas de chicos y grandes para erradicar el tifo; enseñó el uso del jabón, la desinfección de alimentos y su adecuado cocimiento para evitar los altísimos índices de morbi-mortalidad que había por enferme-

dades diarreicas. En fin, es posible decir que las auxiliares de salud fueron una figura de gran importancia en la transición demográfica que se vivió en México a partir de la década de 1950. Pero también, al adaptarse a los modelos vigentes, las auxiliares de salud fueron víctimas del abandono y la inequidad. Las crisis han dejado a las localidades rurales al final de la lista de las prioridades del Estado en materia de salud, y el individualismo y la reducción del estado que caracterizan las reconfiguraciones del Estado nación han impactado también a este sistema.

Hasta el 2018 observamos personalmente que las auxiliares de salud eran, en la práctica, el único recurso de salud existente en numerosas localidades del oriente de Yucatán. Eran, en sí, la política de salud para la población indígena, y pese a ser relegada, precaria y desigual, era dinámica y socialmente pertinente gracias al involucramiento y la participación de la propia población. Ahora, luego de atestiguar el desmantelamiento reciente de este sistema, nos preguntamos cuál será la política que permita incluir a estos pueblos en los beneficios esperables en materia de salud, bajo los principios de equidad e interculturalidad que deberían regir para todos los mexicanos.

Bibliografía

Agostoni, Claudia

2013 "Médicos rurales y medicina social en el México posrevolucionario", *Historia Mexicana*, 63 (2): 745-801.

Aguilar, R. A.

2015 "Los albores de la penicilina en México", *Tzintzun. Revista de Estudios Históricos*, 62: 242-270.

Aguirre Beltrán, Gonzalo

1986 *Antropología Médica*. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.

Arbantes Pego, R.

2010 *Salubristas y neosalubristas en la reforma del Estado: grupos de interés en México e instituciones públicas de salud*. Zamora: El Colegio de Michoacán.

Ase, Iván y Jacinta Burijovich

2009 "La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud?", *Salud colectiva*, 5 (1): 27-47.

Ávila Camacho, Manuel

1943 "Decreto que crea la Secretaría de Salubridad y Asistencia", *Diario Oficial de la Federación*, 18 de octubre.

- Berrio Palomo, Lina Rosa
 2015 "Diversidad de atención durante el embarazo y el parto: reflexiones sobre saberes locales de mujeres indígenas", *Género y salud en cifras*, 3 (3): 5-12.
- Birn, Anne-Emanuelle
 2018 "Back to Alma-Ata, From 1978 to 2018 and Beyond", *American Journal of Public Health*, 108 (9): 1153-1155.
- Bustamante, Miguel E.
 1983 "Hechos sobresalientes en la historia de la Secretaría de Salubridad y Asistencia", *Salud Pública de México*, 25 (5): 465-482.
- Centro de Información, Documentación y Análisis de la Cámara de Diputados,
 2006 *Informes presidenciales. José López Portillo*. México: Cámara de Diputados LX Legislatura.
- Campos Navarro, Roberto
 1997 "Curanderismo, medicina indígena y proceso de legalización", *Nueva Antropología*, XVI (53): 67-87.
- Carrillo, Ana María
 2002a "Economía, política y salud pública en el México porfiriano (1876-1910)", *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 9: 67-87.
 2002b "Médicos del México decimonónico: entre el control estatal y la autonomía profesional", *Dynamis: Acta Hispanica ad Medicinæ Scientiarumque Historiam Illustrandam*, 22: 351-375.
 2005 "Salud pública y poder en México durante el Cardenismo, 1934-1940", *Dynamis: Acta Hispanica ad Medicinæ Scientiarumque Historiam Illustrandam*, 25: 145-178.
- Castro, Roberto
 2002 *La vida en la adversidad: el significado de la salud y la reproducción en la pobreza*. México: Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Chávez Guzmán, Mónica
 2011 "Médicos y medicinas en el mundo peninsular maya colonial y decimonónico", *Península*, 6 (2): 71-102.
- Conrad, Peter.
 2007 *The Medicalization of Society: On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Cortés Campos, Inés
 2017 *El otro Oriente de Yucatán. Modernidad y cambio social*. Mérida: Sistema de Investigación, Innovación y Desarrollo Tecnológico del Estado de Yucatán, Calle 70.

- Del Ángel-Pérez, Ana y José Alfredo Villagómez
2014 "Alimentación, salud y pobreza en áreas marginadas urbanas: caso Veracruz-Boca del Río, Veracruz, México", *Estudios Sociales*, XXII (44): 12-35.
- Dirección Coordinadora del Programa de Bienestar Social Rural (DCPBSR)
2014 "Antecedentes del programa de bienestar social rural", *Salud Pública de México*, 1 (2): 23-31.
- Dirección de Servicios Médicos Rurales Cooperativos (DSMC)
1964 *Salud Pública de México*, VI (1): 31-38.
- Eibenschutz, Catalina y Thelma Raphael
1992 "Historia de la política sanitaria en México", *Estudios Políticos*, (10): 135-166.
- El Informador. Diario Independiente*
1953 *El Informador. Diario Independiente*, Guadalajara, 21 de noviembre, Año XXXVII, t. CXXXVI.
- Figueroa Ortiz, José
1966 "La Secretaría de Salubridad y Asistencia y la socialización de la medicina", *Salud Pública de México*, 8 (1): 113-120.
- Flores Alvarado, Ángel y José Antonio Morán
1989 "Efectos del modelo de atención a la salud del programa IMSS-COPLAMAR sobre el estado de salud de la población rural marginada de México", *Salud Pública de México*, 31 (6): 745-756.
- Foucault, Michel
1996 *La vida de los hombres infames*. Buenos Aires: Altamira.
2007 *El nacimiento de la biopolítica*. México: Fondo de Cultura Económica.
- González, Miguel Ángel
1990 "Génesis y articulación de los principios rectores de salud pública en México", *Salud Pública de México*, 32 (3): 337-351.
- Güémez Pineda, Miguel
2007 "Partería y medicina alopática en Yucatán: hacia un modelo intercultural de atención a la salud reproductiva", *Salud reproductiva e interculturalidad en el Yucatán de hoy*, pp. 15-50, Patrizia Quattrocchi y Miguel Güémez Pineda (coords.). México: Universidad Autónoma de Yucatán, Instituto para el Desarrollo y la Cultura Maya del Estado de Yucatán, Comisión Nacional para el Desarrollo de los pueblos Indígenas.
- Hevia Rivas, Patricio
1985 "Participación de la comunidad en la atención primaria de salud", *Salud Pública de México*, 27 (5): 402-409.

- Hirose López, Javier
2003 “La salud de la tierra: el orden natural en el ceremonial y las prácticas de sanación de un médico tradicional maya”, tesis de Maestría en Ciencias. Mérida: Instituto Politécnico Nacional, Centro de Investigación y Estudios Avanzados.
- Huerta Moreno, María Guadalupe
2005 “El neoliberalismo y la conformación del Estado subsidiario”, *Política y cultura*, (24): 121-150.
- Illich, Ivan
1975 “The medicalization of life”, *Journal of Medical Ethics*, 1 (2): 73-77. DOI: <https://doi.org/10.1136/jme.1.2.73>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI)
2015 Encuesta Intercensal. Microdatos, Yucatán, <<https://www.inegi.org.mx/programas/intercensal/2015/#Microdatos>>.
2020 Censo de Población y Vivienda, Principales resultados por localidad (ITER), <<https://www.inegi.org.mx/app/scitel/Default?ev=9>>.
- La Razón del Pueblo*
1879 “Dirección general del ramo de vacuna”, *La Razón del Pueblo*, Mérida, 12 de mayo, 3ª época, Año II, núm. 63.
- La Revista Peninsular*
“Se suman auxiliares de salud comunitaria a campaña contra depresión”, <<https://www.larevista.com.mx/yucatan/se-suman-auxiliares-de-salud-comunitaria-a-campana-contra-depresion-11994>> [consultada el 10 de julio de 2023].
- Lerín, Sergio
2017 “Recursos institucionales para diabéticos mayahablantes de Tizimín (Yucatán). Carencias y logros en los Grupos de Autoayuda (GAM)”, *Revista Pueblos y Fronteras Digital*, 12 (23): 68-89.
- Lerín, Sergio, Clara Juárez y Diana Reartes
2015 “Creencias indígenas chiapanecas en torno a la diabetes y posibilidades de atención intercultural”, *Salud Problema*, segunda época, año 9 (17): 27-41.
- López Arellano, Olivia
2016 “Atención primaria a la salud y reforma sanitaria en México”, *Ciencia y Humanismo en la Salud*, 3 (1): 1-3.
- Lowe, Ricardo
1988 “Atención primaria a la salud: revisión conceptual”, *Salud Pública de México*, 30 (5): 666-675.

- Menéndez, Eduardo
- 1981 *Poder, estratificación y salud. Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán*. México: Ediciones de La Casa Chata, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.
- 1992 *La antropología médica en México*. México: Universidad Autónoma Metropolitana.
- 2009 *De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Buenos Aires: Editorial Lugar.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS)
- 2003 “Atención primaria de salud en las Américas: las enseñanzas extraídas a lo largo de 25 años y los retos futuros”, *PAHO/WHO Institutional Repository*, <<http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/7479>>.
- Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
- 1978 *ALMA-ATA 1978. Atención Primaria de Salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39244/9243541358.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>.
- Paganini, José María
- 1998 “La cobertura de la atención de salud en América Latina y el Caribe”, *Revista Panamericana de Salud Pública*, 4: 305-310.
- Peniche Moreno, Paola
- 2016 *El cólera morbus en Yucatán: medicina y salud pública 1833-1853*. Ciudad de México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Miguel Ángel Porrúa.
- 2021 *Salud pública y desarrollo regional en Yucatán. Miradas desde la antropología y la historia*. Mérida: Universidad Autónoma de Yucatán.
- Pires-Alves, Fernando Antônio y Marcos Cueto
- 2017 “El Decenio de Alma-Ata: la crisis del desarrollo y la salud internacional”, *Ciência & Saúde Coletiva*, 22 (7): 2135-2144.
- Porter, Dorothy
- 2005 *Health, Civilization and the State: A History of Public Health from Ancient to Modern Times*. Londres: Routledge.
- Quattrocchi, Patricia y Miguel Güémez Pineda (coord.)
- 2007 *Salud reproductiva e interculturalidad en el Yucatán de hoy*, México: Universidad Autónoma de México, Instituto para el Desarrollo y la Cultura Maya del Estado de Yucatán, Comisión Nacional para el Desarrollo de los pueblos Indígenas.
- Rosen, George
- 2015 *A History of Public Health*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

- Sacci, M., M. Hausberguer y A. Pereyra
 2007 “Percepción del proceso salud-enfermedad-atención y aspectos que influyen en la baja utilización del sistema de salud en familias pobres de la ciudad de Salt”, *Salud Colectiva*, 3 (3): 271-281.
- Solórzano, Armando
 1996 “La influencia de la Fundación Rockefeller en la conformación de la profesión médica mexicana, 1921-1949”, *Revista Mexicana de Sociología*, 58 (1): 173-203.
- Tamez González, S. y R. I. Valle Arcos
 2005 “Desigualdad social y reforma neoliberal en salud”, *Revista Mexicana de Sociología*, 76 (2): 321-356.
- Vargas Tentori, Fortunato
 1977 “Extensión de la cobertura, atención primaria de salud y participación de la comunidad: definiciones y conceptos operativos”, *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 28 (5): 386-396.
- Zamarripa Torres, Carlos
 1971 “Estado actual y tendencias en los hospitales en México”, *Gaceta Médica de México*, 102 (1): 47-89.
- Zozaya, José
 1957 “La atención médica en el medio rural mexicano”, *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 43 (1): 49-60.

Inés Cortés Campos. Mexicana. Doctora en Antropología social por el Colegio de Michoacán. SNI nivel I. Adscrita al Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Unidad Peninsular, como parte del programa Investigadores por México-Conacyt. Su especialidad es la investigación social en salud, centrada en población maya peninsular. Actualmente investiga cuestiones de salud pública, procesos de medicalización y epidemias recientes en el Yucatán rural. Entre sus publicaciones se encuentran: “‘Para controlar a la gente’. Filtros sanitarios por COVID-19 en el Yucatán rural” (2022), “Zika y chikungunya en Yucatán. Los mayas ante dos patologías emergentes” (2021) y el libro *De enfermeras visitadoras a auxiliares de salud comunitaria. Intermediarios indígenas de la salud pública en México, siglos XX y XXI* (en prensa).

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3168-4903>
 inescortes_c@hotmail.com

Inés Cortés Campos. Mexican. She holds a PhD in Social Anthropology from COLMICH. SNI level I. Affiliated with CIESAS, Unidad Peninsular, as part of the Researchers for Mexico-Conacyt program. Her area of expertise is social research in health,

with a specific focus on the Mayan population of the Yucatan Peninsula. Currently, she is conducting research on public health issues, medicalization processes, and recent epidemics in rural Yucatan. Among her publications are: “‘Para controlar a la gente’. Sanitary filters by COVID-19 in rural Yucatan” (2022), “Zika y chikungunya en Yucatán. Los mayas ante dos patologías emergentes” (2021) and the book *De enfermeras visitadoras a auxiliares de salud comunitaria. Intermediarios indígenas de la salud pública en México, siglos XX y XXI* (in press).

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3168-4903>
inescortes_c@hotmail.com

Paola Peniche Moreno. Mexicana. Investigadora del Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Unidad Peninsular, desde 2006. Doctora en Antropología por la Universidad Nacional Autónoma de México. SNI nivel II. Miembro de la Academia Mexicana de Ciencias. Miembro fundador del Grupo de Estudios Históricos y Antropológicos en Salud y Vulnerabilidad Social. Investiga epidemiología histórica, historia de la medicina y la salud pública. Autora de libros y artículos en revistas nacionales e internacionales, en donde analiza epidemias históricas como cólera, fiebre amarilla, viruela, hambrunas y epidemias contemporáneas como dengue, chikungunya y zika, y recientemente COVID-19. Profesora del Posgrado en Historia del Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, donde imparte cursos y dirige tesis sobre salud/enfermedad. Acreedora en 2014 al Premio de Jóvenes Investigadores en el área de Humanidades de la Academia Mexicana de Ciencias.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5299-9560>
ppeniche@yahoo.com

Paola Peniche Moreno. Mexican. Researcher at CIESAS, Peninsular Unit, since 2006. Holds a PhD in anthropology from UNAM. SNI level II. Member of the Mexican Academy of Sciences. Founding member of the *Grupo de Estudios Históricos y Antropológicos en Salud y Vulnerabilidad Social*. She conducts research in historical epidemiology, history of medicine, and public health. She is author of books and articles in national and international journals, focusing on the analysis of historical epidemics such as cholera, yellow fever, smallpox, famines, as well as contemporary epidemics including dengue, chikungunya, zika, and most recently COVID-19. She is Professor at the CIESAS Graduate Program in History, where she teaches courses and supervises theses on health/disease. In 2014, she received the Young Researchers Award in Humanities from the Mexican Academy of Sciences.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5299-9560>
ppeniche@yahoo.com