



# LÓGICAS Y RACIONALIDADES: ENTRE COMADRONAS Y TERAPEUTAS TRADICIONALES

MA. TERESA MOSQUERA





**MA. TERESA DE JESÚS MOSQUERA SARAVIA**

**LÓGICAS Y RACIONALIDADES:  
entre comadronas y terapeutas tradicionales**

---

**GUATEMALA, 2006**

Ma. Teresa de Jesús Mosquera Saravia  
*Lógicas y racionalidades: entre comadronas  
y terapeutas tradicionales*

**Universidad de San Carlos de Guatemala. Instituto de Estudios Interétnicos**

Ma. Teresa de Jesús Mosquera Saravia  
Lógicas y racionalidades: entre comadronas y terapeutas tradicionales.  
IDEI - USAC. Serviprensa S.A. Guatemala, junio de 2006.

xxi, 314 págs.  
ISBN: 99922-807-7-8

Instituto de Estudios Interétnicos  
Universidad de San Carlos de Guatemala  
10a. calle 9-37, zona 1, Guatemala  
Teléfonos: (502) 2251 2391 • 2251 2392 • 2238 4287  
Fax: (502) 2238 4288  
idei@idei.usac.edu.gt  
www:idei.usac.edu.gt

ISBN: 99922-807-7-8

Diseño de Portada: Gudy González  
Diagramación y  
corrección de estilo: Jaime Bran

Impreso en:

 EDITORIAL  
**SERVIPRENSA**

3ra. avenida 14-62, zona 1  
Teléfono: 2232 5424  
E-mail: gerenciageneral@serviprensa.com  
Página web: www.serviprensa.com

A mi madre y mis hijas  
(Marisol y Monste)



# CONTENIDO

## PRESENTACIÓN

### XIII

## CAPÍTULO 1

### MÉDICOS Y ANTROPÓLOGOS DESCIFRANDO Y TRATANDO MALES:

#### El desarrollo de la antropología de la medicina en Guatemala

##### 1

1.	El punto de partida: los médicos guatemaltecos	1
2.	Los primeros aportes con influencia estadounidense	3
3.	Primeras propuestas de estudio de las prácticas médicas entre los indígenas	7
4.	Otros aportes con influencia estadounidense	9
5.	Intentos de clasificación de la enfermedad entre los indígenas	12
6.	El libro etnomedicina en Guatemala	17
7.	Tendencias sobre la antropología de la enfermedad en Guatemala	22
8.	Las nuevas orientaciones	31
9.	Un apunte breve sobre el desarrollo de la antropología de la medicina en Guatemala	35



**CAPÍTULO 2****REFERENCIAS OBLIGATORIAS PARA ENTENDER EL PLURALISMO MÉDICO****(Marco teórico y metodología)****39**

Revisión bibliográfica sobre terapeutas tradicionales	39
Corrientes teórico-metodológicas respecto de la salud-enfermedad-atención en antropología	54
La propuesta metodológica del trabajo	64
Un apunte sobre los terapeutas tradicionales en mesoamérica	68

**CAPÍTULO 3****VIDA Y CONTEXTO DEL MUNICIPIO DE RABINAL****71**

Rabinal hoy	71
Antecedentes históricos de la identidad en Rabinal	78
Procesos que entretejen la identidad en Rabinal	85
Tratando de abordar la identidad en Rabinal, Baja Verapaz	95

**CAPÍTULO 4****SALUD: ENTORNO GUATEMALTECO Y ACHÍ****99**

Los indicadores de salud en Rabinal: una comparación con los datos generales del territorio nacional	99
La implementación del sistema integral de atención en salud: SIAS	103

**CAPÍTULO 5****TERAPEUTA TRADICIONAL Y GUÍA ESPIRITUAL:****Nuevos contenidos para los curanderos-as, parteras, etc.****115**

Un breve apunte histórico sobre la profesión de curandería y partería	115
El aprendizaje del oficio	117
El proceso de aprendizaje de una comadrona	125
La política de los organismos internacionales sobre los curadores tradicionales	136
De zajorines y curanderos a guías espirituales	142

## **CAPÍTULO 6**

### **LAS COMADRONAS DE RABINAL**

147

Tratando de hacer un perfil	147
Período pre-parto, parto y post-parto	152
La heterogeneidad de las comadronas	164
Las acciones de las comadronas	167

## **CAPÍTULO 7**

### **LAS TERAPIAS: racionalidad y eficacia**

171

Recursos terapéuticos utilizados por las comadronas	174
El “mal de ojo” en Rabinal	181
La caída-movida de la matriz	200
El pujido	206
Algo más que padecimientos: las representaciones, prácticas, técnicas y terapias	210

## **CAPÍTULO 8**

### **LOS ITINERARIOS DE ENFERMEDAD-MUERTE Y LA RELACIÓN DE LA COMADRONA CON LOS AGENTES DE SALUD EN RABINAL**

213

El itinerario de la enfermedad	213
Los itinerarios de muerte en niños menores de cinco años	223
Agentes de salud y comadronas	229
La comadrona, un personaje que entreteje relaciones	237

0

## **CAPÍTULO 9**

### **ETNICIDAD Y CONDUCTA PLURALÍSTICA: REFLEXIONES FINALES**

241

## **BIBLIOGRAFÍA**

255

<b>Anexo No.1: Genealogías</b>	275
<b>Anexo No.2: Listado de remedios caseros proporcionados por las comadronas durante el trabajo de campo</b>	303

## INDICE DE CUADROS

Cuadro 1: Propuesta Histórica del surgimiento de la Antropología del padecimiento en Guatemala: Los primeros 30 años (1945-1975)	8
Cuadro 2: Propuesta de clasificación de la enfermedad de Neueswander y equipo	13
Cuadro 3: Factores sobre la causa de los padecimientos o enfermedades	15
Cuadro 4: Propuesta de clasificación de las enfermedades de Azzo Ghidinelli	16
Cuadro 5: Contenidos del libro <i>Etnomedicina en Guatemala</i>	18
Cuadro 6: Propuesta histórica del surgimiento de la antropología del padecimiento en Guatemala: 10 años (de 1975 a 1985)	21
Cuadro 7: Resumen de artículos publicados por Elena Hurtado y otros en el INCAP	27
Cuadro 8: Propuesta histórica del surgimiento de la Antropología del padecimiento en Guatemala; en los últimos 15 años (de 1985 al 2000)	34
Cuadro 9: Metodología de la investigación	67
Cuadro 10: Sitios arqueológicos del Posclásico en la cuenca de Rabinal	78
Cuadro 11: Principales causas de defunciones para Guatemala y Rabinal	100
Cuadro 12: La atención de los partos en Guatemala y Rabinal	101
Cuadro 13: Mortalidad infantil y en la niñez para Guatemala y Rabinal	101
Cuadro 14: Muertes ocurridas durante el embarazo y los primeros 5 años de vida	102
Cuadro 15: Cinco primeras causas de mortalidad infantil por causa específica	103
Cuadro 16: ¿Cómo aprendió el oficio de comadrona?	125
Cuadro 17: Aprendizaje del oficio de comadrona	125
Cuadro 18: Parentesco con mujeres comadronas	127
Cuadro 19: ¿Quién le enseñó a sobar?	128
Cuadro 20: ¿Cómo fue el sueño que tuvo	130
Cuadro 21: Años de recibida la capacitación formal por el MSPAS	134
Cuadro 22: Edad de las comadronas	149

Cuadro 23: Analfabetismo en comadronas	151
Cuadro 24: Cómo atiende a las embarazadas	157
Cuadro 25: Posición utilizada por primigestas	157
Cuadro 26: Razones del cambio de hincada a acostada	158
Cuadro 27: Número de partos atendidos en el mes	161
Cuadro 28: Total de mujeres entrevistadas en familia extensa de comadrona	214
Cuadro 29: Atención del parto en familia extensa de la comadrona	215
Cuadro 30: Comparación de datos entre conducta real y conducta ideal respecto a la atención de la enfermedad en la familia extensa de la comadrona	216
Cuadro 31: Atención de la última persona enferma en familias con niños muertos en 1999	221
Cuadro 32: Niños muertos en Rabinal durante 1999	223
Cuadro 33: Itinerario seguido hasta la muerte del niño	224
Cuadro 34: Diferentes concepciones sobre la causa de muerte post-neonatal (después del 1er. mes)	226
Cuadro 35: Medicamentos más vendidos en tiendas de Rabinal, y percepción sobre sus cualidades	234
Cuadro 36: Medicamentos comprados por comadronas en abarroterías	235

## ÍNDICE DE FOTOS

Foto 1: Panorámica del Pueblo de Rabinal en el día de Todos los Santos	77
Foto 2: Iglesia de Rabinal, estilo barroco que data de principios del siglo XVII	81
Foto 3: Campana original de la Iglesia de Rabinal	83
Foto 4: Altar de la casa de Doña María Pérez de Tecú, quien ha tenido algunas cofradías en su casa	89
Foto 5: Mercado de Rabinal, puesto con venta de atoles	91
Foto 6: Jícaras a la venta en el mercado de Rabinal	93
Foto 7: Detalle de la decoraciones que tienen las jícaras de Rabinal	94
Foto 8: Devocionista poniendo ceremonia en la iglesia del Calvario, Rabinal	119
Foto 9: Doña Florencia Cujá, comadrona de Rabinal	123
Foto 10: Familia extensa de doña Florencia Cujá, comadrona de Rabinal	126
Foto 11: Detalle de una ofrenda colocada en la iglesia El Calvario de Rabinal	142
Foto 12: Comadrona dibuja en la silueta, la movida-caída de la matriz	165

Foto 13: Plantas medicinales sembradas en el jardín de la casa de la Comadrona (albahaca y chilca)	177
Foto 14: Comadrona aplica limón y sal a la preparación del remedio casero	179
Foto 15: Comadrona enseña la brasa utilizada en la elaboración del remedio casero	179
Foto 16: Planta medicinal sembrada junto con las milpas muy cercana a la casa de la comadrona	185
Foto 17: Comadrona dando masaje con un ajo	187
Foto 18: Comadrona da remedio casero al niño	188

### ÍNDICE DE MAPAS

Mapa 1: Ubicación de Rabinal, Baja Verapaz, en la República de Guatemala	73
Mapa 2: División del municipio de Baja Verapaz de acuerdo a las instituciones prestadoras de servicios en la estructuración del SIAS	108

### ÍNDICE DE ESQUEMAS

Esquema 1: Bases para la interpretación sobre el mal de ojo	196
Esquema 2: Lógica de comadronas y madres de familia, Baja Verapaz	197
Esquema 3: Ejes centrales del itinerario de la enfermedad en Rabinal, Baja Verapaz	221

## PRESENTACIÓN

En el área rural guatemalteca la mayoría de la población carece de servicios médicos<sup>1</sup>. Las necesidades básicas de salud no son cubiertas en su totalidad, razón por la cual los recursos con que cuenta la comunidad son utilizados al máximo. Debido a las barreras de distancia, tiempo y recursos económicos que tiene la población en el área rural, las políticas de salud de ese sector han recurrido a la llamada medicina tradicional para llegar a la población que no es capaz de cubrir de manera directa. Tres ejemplos de ello son la utilización de personal voluntario en y de la misma comunidad (promotores de salud rural, guardianes de salud), el reconocimiento del trabajo de las comadronas tradicionales y el uso de las plantas medicinales para determinados padecimientos. Por ello los guardianes de salud<sup>2</sup> y las comadronas<sup>3</sup> se han convertido en ejes fundamentales de la atención primaria en salud en Guatemala.

En todo el territorio nacional el 47.5%<sup>4</sup> de los partos son atendidos por comadronas, el 37%<sup>5</sup> por médicos, el 4.4%<sup>6</sup> por enfermera, el 10.2%<sup>7</sup> por familiar, amigo u otro. El acceso a los servicios de salud es restringido en el área rural, debido a ello los datos respecto de la atención de partos, varían;

---

1. Solamente el 32.18% de la población tiene acceso a los servicios de salud, ONU (1999:72). Según el PNUD es el 59%-64% (1999:Torres). Sin embargo, según el MSPAS el 75% de la población sí tiene acceso a los servicios de salud.

2. Conocidos internacionalmente como Promotores de Salud Rural.

3. Conocidas internacionalmente como parteras tradicionales.

4. INE, Encuesta Nacional de Salud Materno-Infantil 2002. pág. 150.

5. *Ibidem*.

6. *Ibidem*.

7. *Ibidem*.

el 75.1%<sup>8</sup> son atendidos en casa de la parturienta (probablemente por comadronas); entre la población indígena los partos atendidos en casa son del 83.7%<sup>9</sup> (presumiblemente atendidos por comadrona) y el porcentaje de atención de partos en casa a madres sin educación es de 78.2%<sup>10</sup> (eventualmente por comadrona). Los datos constatan el alto porcentaje de población rural, indígena y analfabeta atendida en su casa de habitación, seguramente por comadrona. Con ello se demuestra la existencia de una red de cobertura superior en manos de parteras tradicionales en comparación con la que puede proporcionar los servicios de salud.

Debido a la importancia del trabajo de las comadronas en Guatemala, la presente investigación ha tomado como sujeto de estudio a las comadronas, pero entendidas éstas como terapeutas tradicionales que se han visto en la necesidad de capacitarse a través de organismos gubernamentales y no gubernamentales para poder seguir ejerciendo su oficio en las comunidades.

En ese proceso de “capacitación” en el cual las parteras revalidan el ejercicio de su profesión, se inician en la apropiación de conocimientos científicos de racionalidad “bio-médica”, novedosos y diferentes a las prácticas y saberes por ellas aplicados tradicionalmente.

Es así que la comadrona maneja e intenta articular dos tipos de racionalidades: La bio-médica que se basa en una racionalidad científica dada en parámetros químico-biológicos, y una racionalidad maya basada en saberes empíricos de la tradición oral. Esta se fundamenta en entender los procesos relacionados con la salud con una visión holística, la cual se fundamenta en una relación dual, armónica y complementaria.

Esa ideología o racionalidad es de ascendencia maya, pero sincrética a raíz de tomar elementos de diversas culturas. Se visualiza como antagónica respecto de los factores económicos, políticos, culturales y técnicos de la racionalidad bio-médica. Esa diferencia entre uno y otro se evidencia en la concepción que tiene el sector salud y los grupos sociales respecto del trabajo de la comadrona.

---

8. Debido a que la ENSMI del 2002 no dio información sobre estos porcentajes se presentan los datos de la ENSMI del 99-88, pág.101

9. *Ibidem.*

10. *Ibidem.*

Tan es así, que la diferencia entre esas dos racionalidades (maya y bio-médica), se manifiesta en los servicios de salud proporcionados por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) en Guatemala; ya que dicha institución restringe y limita las actividades de las comadronas básicamente a tres<sup>11</sup>:

- A. Control y resolución del período pre-parto, parto y puerperio.
- B. Medio para recolectar y obtener datos sobre nacimientos en la comunidad.
- C. Inversión de tiempo en formación, debido a que deben capacitarse continuamente.

Sin embargo las actividades y/o responsabilidades de las comadronas en sus comunidades no se restringen a tratar el período pre-parto, parto y post-parto.<sup>12</sup> El oficio de comadrona en las comunidades rurales cumple diversas funciones,<sup>13</sup> atiende la mayoría de padecimientos en niños menores de cinco años, también resuelve los problemas de salud que implican la terapia de la “sobada”, etc. La comadrona forma parte del conjunto de los terapeutas tradicionales, que en las comunidades tienen una jerarquía no sólo por el dominio de saberes, sino también porque ellos proporcionan diferentes servicios a la comunidad.

La investigación toma como base esa diferencia entre racionalidades y visualiza como problemática la forma en que se articulan los saberes y prácticas entre recursos bio-médicos y recursos de la sabiduría popular. La problemática se presenta en esa articulación y debe interpretarse con parámetros ajenos a la racionalidad bio-médica, por ser ésta hegemónica y etnocéntrica. Por ello una premisa que se intenta demostrar a lo largo de la investigación es que: a mayor incidencia de enfermedades no bio-médicas (mal de ojo, pujido, etc.) el tratamiento implica una mayor articulación de los saberes, prácticas e ideologías de los conjuntos sociales.

---

11. Consúltase el nuevo Sistema de Atención Integral de Salud (SIAS), principalmente la sección que se refiere a las responsabilidades de las comadronas.

12. Consúltase la bibliografía escrita por Elba Villatoro, Elena Hurtado y el Instituto Indigenista Nacional (IIN).

13. Para más detalle consúltase el capítulo cinco.



La investigación se desarrolló en el municipio de Rabinal, que pertenece al departamento de Baja Verapaz, Guatemala, y recolectó datos cualitativos basados en técnicas antropológicas. Debido a que la investigación se realizó en los parámetros de la investigación cualitativa se procedió de la siguiente forma para seleccionar a comadronas, madres de familia usuarias de comadronas, terapeutas tradicionales y demás informantes clave.

Se hizo un listado del total de comadronas que trabajan en todo el municipio de Rabinal con carnet avalado por el Centro de Salud de Rabinal, se localizó un total de 142. De ese total, se hizo un nuevo listado con las comadronas con mayor demanda de servicios en la atención de los partos, el número se redujo a 59 comadronas que corresponden a 16 aldeas y al casco urbano del pueblo de Rabinal; con algunas de estas comadronas se hicieron los primeros grupos focales de la investigación, posteriormente se les localizó a todas ellas y a partir de una visita con una entrevista no-estructurada, se hizo una nueva selección de comadronas para obtener un total de 14 comadronas que se convirtieron en informantes clave, a éstas comadronas se les estuvo visitando a lo largo de tres años con diversas temporadas de trabajo de campo.

Para seleccionar a las madres de familia usuarias de comadronas que fueron entrevistadas durante el trabajo de campo se procedió a realizar un listado, que fue realizado con base a los datos municipales del libro de defunciones de Rabinal, se hizo un listado con los nombres de los padres y la aldea de residencia, de las familias que durante 1999 habían perdido a un niño menor de dos años. De un total de 57 casos, el 36.8% de muertes ocurrieron durante el parto, el 17.5% corresponde al primer mes de vida, el 42.1% corresponde al período que va después del primer mes de vida, pero no antes de los 12 meses y el 3.5% son muertes de niños después de los 12 meses pero no antes de los cinco años de edad. La intención de la entrevista dirigida a los padres de familia era para visualizar la imagen de la comadrona en el itinerario de la enfermedad. De los 57 casos, solamente se analizó un total de 12<sup>14</sup> (21%) casos que corresponden al período post-

---

14. No se pudo localizar durante el trabajo de campo a los otros 12 casos que corresponden al otro 21% de las muertes ocurridas después del primer mes de vida, pero no antes de los 12 meses.

neonatal y post-infantil. Otro grupo de madres de familia que fueron entrevistadas durante el trabajo de campo corresponden a madres que forman parte de la familia extensa de algunas comadronas.<sup>15</sup>

Los terapeutas tradicionales, guías espirituales, curanderos y curanderas que se entrevistaron residían en el casco urbano del pueblo de Rabinal; debido a las múltiples actividades que tienen éstos no se pudo localizar a quienes residen en las aldeas.

A grandes rasgos se describió la forma en la que se seleccionó a las personas que fueron entrevistadas, sin embargo es necesario explicar también la forma metodológica cómo se recabó la información.

Debido a que el trabajo de campo fue realizado en varias temporadas a lo largo de tres años, se utilizaron varias técnicas para recolectar la información. En una primera etapa<sup>16</sup>, que fue introductoria, se trabajó con grupos focales grabados en cintas magnéticas, entrevistas no estructuradas con notas ampliadas en el diario de campo y observación participante escrita en el diario de campo. Posteriormente en una segunda etapa de trabajo de campo<sup>17</sup> más formal, se trabajó con entrevistas estructuradas en boletas, las cuales posteriormente fueron trabajadas por medio de notas ampliadas. Se crearon dos diferentes boletas de entrevistas estructuradas: una dirigida a las comadronas y otra a madres de familia. La información recolectada por las entrevistas dirigidas a comadronas sirvió para crear las genealogías de las familias de las comadronas,<sup>18</sup> en este período también se tienen 14 horas de grabación de video sobre algunas terapias aplicadas por comadronas. Y se utilizó otra entrevista a profundidad que fue pasada a comadronas clave, las cuales fueron grabadas en cintas magnéticas. Una tercera etapa de trabajo de campo final<sup>19</sup> se realizó para recolección sobre

---

15. Para más detalle sobre la forma de selección de este grupo de mujeres consultar el capítulo ocho.

16. Esta etapa correspondió a un período de siete meses, en los cuales se planificaron varias estancias de una a tres semanas de trabajo de campo.

17. Esta etapa correspondió a un período de 12 meses, en los cuales se planificaron varias estancias de una a tres semanas de trabajo de campo.

18. Para más detalle sobre las mismas, consultar los anexos.

19. Esta etapa correspondió a un período de ocho meses, en los cuales se planificaron varias estancias de una a tres semanas de trabajo de campo.

los terapeutas tradicionales. Esta entrevista también fue grabada en cintas magnéticas.

El aporte cualitativo de los datos recolectados durante el trabajo de campo de la investigación es el soporte de cinco capítulos de los nueve que forman este libro, razón por la cual es necesario que el lector conozca inicialmente la fuente de los mismos.

Los primeros cuatro capítulos que son de carácter teórico y contextual, intentan dar el marco referencial del cual parte la investigación, es un repaso obligatorio de la temática a nivel regional y para el caso de Guatemala se presenta un breve desarrollo de la antropología médica. A continuación se explica brevemente el contenido de cada uno de los capítulos.

El capítulo primero es un aporte fundamental y pionero respecto del desarrollo de la antropología de la medicina en Guatemala. A la fecha son pocas las publicaciones que sobre el tema existen en Guatemala y muchos estudios realizados por extranjeros no están a la mano en el país. Sin embargo el capítulo proporciona las herramientas necesarias para conocer el desarrollo que han tenido las publicaciones e investigaciones realizadas en Guatemala. Es un documento de consulta primordial para aquella persona interesada en el tema.

El siguiente capítulo presenta información respecto de la discusión teórica, escrita y documentada del área mesoamericana, sobre los terapeutas tradicionales en general, pero principalmente de las parteras. También se hace un repaso respecto de las corrientes teórico-metodológicas que han tratado el tema de la antropología de la medicina en el área de estudio y se hace una referencia al marco teórico-conceptual en que se ha basado la investigación, se explica brevemente la metodología utilizada y se esclarecen algunas categorías utilizadas.

Debido a que la investigación es un trabajo antropológico, el capítulo tercero presenta una descripción etnográfica sobre el municipio de Rabinal, Baja Verapaz, para contextualizar el proceso histórico de dicha comunidad, pero primordialmente presenta información respecto de los diversos procesos de la identidad en Rabinal.

La intención del capítulo cuarto es proporcionar elementos de contextualización para entender el escenario del dispositivo sanitario

guatemalteco y el de la comunidad de estudio. Se presentan datos respecto de las estrategias nacionales en la atención primaria de salud y datos que orientan y explican cuál es la situación de la salud en Guatemala y Rabinal, para enriquecer al lector respecto de los indicadores básicos de salud.

El capítulo quinto presenta el proceso por el cual se llega a ser terapeuta tradicional, pero también se hace una reflexión sobre las políticas internacionales que presenta la bio-medicina respecto de su trabajo. Así mismo se reflexiona sobre la injerencia que el movimiento maya en Guatemala ha tenido al proporcionarle un contenido político a un oficio ancestral que se mueve entre las esferas de la religión-salud y poder.

En el capítulo sexto se presenta un perfil de la comadrona de Rabinal. En él se proporciona información respecto de todas las actividades que realiza: padecimientos que atiende, tipo de población a la que atiende, entre otras. Se hace énfasis en el papel heterogéneo que las parteras tienen, ya que la mayoría de éstas, además de ser comadronas, también son conocidas porque son hierberas, compone-huesos, sobadoras, etc.

Las representaciones y prácticas de las comadronas de Rabinal que se manifiestan en la conducta pluralística de la partera se analizan en el capítulo séptimo. Se analizan las técnicas y el uso de plantas medicinales en la elaboración de remedios caseros. Se estudia con detenimiento los padecimientos llamados mal de ojo, caída-movida de la matriz y el pujido. Se enfatiza en los procesos de eficacia (simbólica y farmacológica). En el mismo capítulo se identifican las ideologías que se manifiestan en los saberes, respecto de las terapias utilizadas entre las comadronas.

En el capítulo octavo se enfatiza sobre la red de relaciones que se entretiene entre la familia extensa de la comadrona, las madres de familia, y los demás agentes de salud comunitarios. Se visualiza la figura de la comadrona en esa red de relaciones. Se proporcionan datos respecto del itinerario de la enfermedad y los itinerarios de muertes infantiles.

Finalmente, en el capítulo noveno se presenta una reflexión final respecto de los hallazgos de la investigación. También se tiene una sección donde se proporciona una serie de recomendaciones destinadas a todas las instituciones que trabajan en el sector salud de Guatemala y de Rabinal en particular.

El presente trabajo corresponde a la tesis doctoral titulada “Articulación de saberes populares y bio-médicos entre las comadronas de Rabinal, Baja Verapaz, Guatemala”, trabajo de investigación que se presentó en noviembre del 2002 en la Universidad Rovira i Virgili en Tarragona, España, para optar al título de Doctorado en Antropología Social y Cultural. Para el lector interesado en los medios audiovisuales se hace mención de que existe un audiovisual de 20 minutos titulado “Padecimientos, mujeres y comadronas”, que se elaboró en base al trabajo de campo y para la defensa de la tesis ante el tribunal examinador.

Debido a que transcurrieron cuatro años desde el momento en que se hizo la defensa de la tesis y su correspondiente publicación, es necesario mencionar que existe una publicación sobre el apartado del mal de ojo del capítulo séptimo, ya que fue presentada como ponencia en el IV Congreso de Antropología Centroamericano, realizado en Veracruz, México, en el 2002.

Durante el 2003 se planteó un proyecto de investigación que profundizó sobre las variables de etnicidad y género respecto del tema de las comadronas en Rabinal, Baja Verapaz. Esta investigación se realizó en la Dirección General de Investigación y en el Instituto de Estudios Interétnicos (IDEI), ambos de la Universidad de San Carlos de Guatemala. El objetivo de dicha investigación fue para profundizar algunos temas que se discutieron y que planteó el tribunal examinador de la tesis.

La actual publicación está basada en el contenido de la tesis doctoral, pero también incluye un nuevo material basado en la investigación desarrollada durante 2003.

Agradezco al Instituto de Educación, conformado por las Fundaciones John D. y Catherine T. MacArthur, la Fundación Ford y la Fundación William y Flora Hewlett por haberme concedido una beca para la realización de mis estudios de post-grado; a la Agencia Española de Cooperación Internacional (AECI) quien me proporcionó una primera beca para la realización de mis estudios de post-grado y una segunda beca corta para la defensa de mi tesis doctoral; al Instituto de Estudios Interétnicos de la Universidad de San Carlos de Guatemala, y concretamente a su exdirectora, licenciada Cristel Ruiz Bode, por creer en el proyecto de tesis, por las facilidades que me proporcionaron para realizar el trabajo de campo, por el apoyo que se me brindó para los viajes a España; al Programa Maya

Competence Building de la Facultad de Ciencias Sociales en la Universidad de Tromsø, Noruega, por el financiamiento proporcionado para realizar el trabajo de campo de la tesis, por el apoyo que se me brindó para realizar los viajes para la defensa de la tesis y por el financiamiento para la publicación de este libro; a los integrantes del tribunal examinador por sus comentarios durante la defensa de la tesis doctoral: Oriol Romaní, Gerardo Fernández Juárez, Gemma Orobitg Canal, Luis Da Silva Pereira y Mary Crain; a los profesores del Departamento de Antropología de la Universidad Rovira i Virgili, especialmente a Josep María Comelles, sus comentarios finales de la tesis doctoral, a Oriol Romaní por otorgarme la aceptación en el Master, y Juanjo Pujadas; muy especialmente a Magdalena Alvarado, quien funge como presentadora del audio-visual: “Mujeres, padecimientos y comadronas”, por su tiempo en la realización de las entrevistas en achí y su posterior traducción; a todas y cada una de las comadronas que gentilmente me atendieron en su casa, a las madres y padres de familia que visité durante el trabajo de campo; a Ana Lucía Hernández y a Gloria Rodríguez por su apoyo y compañía en la realización del trabajo de campo del 2003; el tiempo utilizado para leer el documento y hacerme las observaciones de rigor que hizo Claudia Dary al documento final; a Luisa Mejicanos de Carranza todos sus consejos muy certeros y oportunos sobre computación y su colaboración en la diagramación de algunos de los esquemas de la presente publicación.

Finalmente, a quienes me dedicaron algunas horas de aburrimiento en la revisión de los capítulos, Ana María, mi madre, Raquel, mi hermana y a Oscar por el apoyo incondicional durante el trabajo de campo, los viajes a España y la publicación final del documento.



# CAPÍTULO I

## MÉDICOS Y ANTROPÓLOGOS DESCIFRANDO Y TRATANDO MALES: EL DESARROLLO DE LA ANTROPOLOGÍA DE LA MEDICINA EN GUATEMALA

En Guatemala a la fecha no existe una revisión de la documentación que se ha escrito en torno a la antropología de la medicina, razón por la que es primordial presentar un breve desarrollo de la documentación que sobre el tema se ha publicado en el país. El capítulo presenta un breve desarrollo de la antropología de la medicina en Guatemala desde el momento de su inicio, en la década de los años cincuenta, hasta la actualidad.

### **1. El punto de partida: los médicos guatemaltecos**

En las décadas de los años cuarenta y cincuenta del siglo XX, comienza entre el gremio de médicos una preocupación por estudiar o relacionar el campo de la historia al de la medicina. A partir de las publicaciones de Carlos Martínez Durán y de Francisco Asturias<sup>1</sup>, se evidencia esa mirada hacia las ciencias sociales.

Fueron pocos los médicos que comenzaron a realizar investigaciones en esa área del conocimiento, sin embargo con ellos empieza la influencia sobre otros estudiantes que en un futuro serán médicos. Pero no es sino hasta en la década de los años sesenta que algunos factores de inconformidad sumados al factor social, serán los ejes de influencia para que los estudiantes

---

1. Para más detalle consultar la bibliografía.



de medicina comiencen investigaciones respecto del tema. Un hecho determinante es la influencia internacional que sobre la materia existía. Los médicos en Guatemala fueron influenciados por los escritos de Virchow.

En la Facultad de Medicina de la USAC<sup>2</sup>, durante los años sesenta, empieza la preocupación de promocionar y fomentar la connotación social del quehacer médico, por ello se origina la cátedra Medicina Preventiva y Social, en el pensum de estudios de la carrera de medicina, con ella también se edita el libro Medicina Social. Esta cátedra es la influencia para muchos estudiantes de medicina, que en un futuro comenzarán con sus trabajos sobre antropología médica. Algunos parámetros sobre lo que debería ser el enfoque de la medicina para dicha cátedra era enfatizar sobre los aspectos sociales en los que se desenvuelve el hombre y las enfermedades. En consecuencia afirmamos que la Medicina Social supera los alcances de la etapa individual de la medicina, no porque se contraponga a ésta, sino porque la magnifica: “ambas tienen como denominador común el amor al prójimo, y sin tal amor, la medicina ya sea individual o social, se deshumaniza” Girón (1964:24).

A raíz de la influencia de esta cátedra y de otros factores, como la instauración del Instituto de Nutrición para Centro América y Panamá (INCAP) en la ciudad de Guatemala, varios médicos guatemaltecos comienzan a realizar investigaciones de tipo médico-antropológico.

Esa reflexión dentro del gremio de médicos transcurre a lo largo de 30 años, y se caracteriza por la inclusión de las ciencias sociales en la Facultad de Medicina de la USAC, institución que para ese entonces era hegemónica en cuanto al dominio de lo que debían ser las ciencias médicas. Paralelamente se estaban realizando estudios por parte de investigadores extranjeros en torno a temas antropológicos, como se explica a continuación.

---

2. Universidad de San Carlos de Guatemala.

## 2. Los primeros aportes con influencia estadounidense

A partir de 1940 comienzan a viajar hacia Guatemala muchos investigadores estadounidenses con el objetivo de realizar trabajo de campo con indígenas, véase lo que Richard Adams dice en 1956<sup>3</sup>, respecto del trabajo de estos. Sin embargo, debido al poco desarrollo de la antropología de la medicina para ese entonces, no todos los extranjeros se dedicaron a temas relacionados con la antropología de la medicina.

John Gillin, un antropólogo estadounidense, es el primero que realiza una investigación<sup>4</sup> relacionando la antropología con los terapeutas tradicionales en Guatemala<sup>5</sup>. Su artículo en el libro *Cultura Indígena de Guatemala*, no hace referencia a la orientación teórico-metodológica utilizada, sin embargo hay algunas evidencias que nos pueden orientar respecto del tema<sup>6</sup>.

Su artículo es valioso, porque es uno de los pocos estudios que se han escrito en Guatemala sobre el susto. Algunas de sus interpretaciones son importantes, como la interpretación que hace sobre la adquisición de conocimientos, terapias y uso de plantas medicinales entre los curanderos. A diferencia de muchos autores, éste señala la importancia que tiene la memoria histórica colectiva de la comunidad.

---

3. "...Esta nación ha sido un centro de interés para los antropólogos sociales, debido a la vigorosa supervivencia de una enorme población indígena, que conserva una cultura sumamente individualista y variada. Muchos estudios se han llevado a cabo en el país y se ha acumulado gran cantidad de material para ayudarnos a conocer la vida del indígena contemporáneo y sus relaciones con el ladino y con el resto del mundo." Seminario de Integración Social (1956:15-16).

4. El trabajo de campo John Gillin lo hace durante 1942-1946 y 1947 y la publicación de su trabajo en español corresponde a 1956.

5. El artículo se llama "El temor mágico", en el cual relata el caso de una señora enferma por susto en el municipio de San Luis Jilotepeque, departamento de Jalapa. Consultar bibliografía.

6. Las evidencias serían que el autor menciona que a los curanderos entrevistados y a algunos de sus pacientes se les aplicó el test de Rorsbchach (en psicología analítica, se clasifica como test proyectivo). La segunda evidencia, es el lugar en donde se ubica su artículo; en la tabla de contenido del libro, se ubica un apartado titulado "Algunos aspectos psicológicos", y es aquí en donde se encuentra el artículo escrito por Gillin. Estas son evidencias que llevan a pensar que la orientación teórico-metodológica del autor es la escuela de cultura y personalidad estadounidense.

En un principio todos los antropólogos estadounidenses que vinieron a Guatemala no tenían un punto de convergencia, sino hasta años más adelante cuando se crea el Instituto Indigenista Nacional (IIN).

Sin embargo, para el caso de la salud y concretamente en 1950 se crea el INCAP en Guatemala. El INCAP se convierte en el albergue de científicos estadounidenses y nacionales que se ocuparán de la temática antropológica relacionada con salud y/o medicina. El trabajo realizado en el INCAP se puede clasificar en dos épocas diferentes. La primera se caracteriza por los aportes de los investigadores estadounidenses Richard Adams y Nancie Solien, pero también existe el trabajo realizado por médicos guatemaltecos influenciados por investigadores estadounidenses, como son Lidia Rosales y Juan José Hurtado<sup>7</sup>. La segunda época igualmente se caracteriza por la influencia de investigadores estadounidenses, pero su orientación se basa en auxiliar las investigaciones técnicas realizadas en las comunidades. Dicha época será explicada más adelante.

La primera etapa de influencia extranjera en el INCAP abarca el período que va de 1950 a 1965, el mismo se caracteriza por la propuesta y posterior influencia del modelo condicional elaborado por Richard Adams sobre la enfermedad tradicional en Guatemala. Esta primera etapa también se caracteriza porque al comienzo de la década de los años sesenta empiezan a congregarse en el INCAP equipos multidisciplinarios de diversas nacionalidades (estadounidenses y guatemaltecos), para realizar investigaciones.

En esta primera época se publica el libro escrito por Adams, "Un análisis de las creencias y prácticas médicas en un pueblo indígena de Guatemala". Este responde a la influencia teórico-metodológica del funcionalismo estadounidense. El estudio se basa primordialmente en la premisa de Robert Redfield respecto de la existencia de una medicina folk, en la cual la clasificación de las enfermedades responde a factores culturales, no proporciona elementos de interpretación respecto de la ideología, saberes y prácticas de los indígenas respecto del proceso salud/enfermedad/atención, sino directamente clasifica en torno al equilibrio frío-calor, la explicación simbólica de la eficacia de la medicina folk.

---

7. Debido a la importancia del trabajo realizado por el doctor J. J. Hurtado más adelante se expone su propuesta.

Adams propone un modelo condicional basado en el esquema operativo de las ecuaciones en donde la primera parte de la ecuación es una condición interna en el organismo<sup>8</sup>, sumando en la segunda parte de la ecuación una condición externa<sup>9</sup> experimentada por la persona, dando como resultado una enfermedad, en este caso una enfermedad tradicional. La propuesta explicativa de Adams sobre la enfermedad tradicional, es la base de todas las investigaciones de índole antropológico realizadas en Guatemala hasta la década de los años ochenta.

Sin embargo, Adams es mayormente conocido en el desarrollo de la teoría antropológica guatemalteca por sus investigaciones respecto de la premisa cultural del cambio: de indígena a ladino<sup>10</sup>. Y sus primeros escritos, como es la propuesta del modelo condicional sobre la enfermedad tradicional en Guatemala es muy poco conocido, sin embargo creo que es uno de los aportes más importantes que ha hecho.

La influencia de este autor en los científicos sociales no se circunscribe a su interpretación sobre las enfermedades tradicionales. Es importante hacer la aclaración que este primer estudio de Richard Adams no es el más importante de su producción bibliográfica, ya que sus investigaciones más conocidas versan sobre otras temáticas, pero con la misma orientación teórica sobre el problema de la etnicidad. Después de su pequeña estancia en el INCAP se traslada al Instituto Indigenista Nacional<sup>11</sup> (IIN), en donde impulsa algunas encuestas en el ámbito nacional sobre las enfermedades tradicionales.

En el momento que Adams abandona el INCAP, otros investigadores extranjeros se encargaron de dirigir algunas investigaciones, como su director el Dr. Nevin S. Scrimshaw y Nancie L. Solien; sin embargo, desde el Instituto Indigenista Nacional, Adams continúa influenciando teóricamente el trabajo antropológico, véase por ejemplo el documento

---

8. La explicación proporcionada por Adams literalmente dice: "La condición interna, se refiere, por ejemplo, a la fortaleza o debilidad, frialdad o calor del cuerpo." Adams (1952:17).

9. En palabras de Adams: "...condición externa, se refiere a cierto elemento fuera del organismo, el que está presente en un momento crítico para unirse con una condición interna determinada para producir la enfermedad resultante" Adams (1952:18)

10. Consúltense toda la bibliografía escrita por Adams, por autores extranjeros y nacionales en torno al proceso de latinización en Guatemala.

11. Institución que dependía del Ministerio de Educación y que fue fundada en 1945.

escrito por Nancie L. Solien en 1963: “Breat-feeding, weaning and acculturation”. La propuesta de ladinización de los indígenas de Adams es un hecho que toma de base los estudios realizados sobre el tema de nutrición realizados por científicos que trabajan en el INCAP y que no tienen una formación en las ciencias sociales, como es el caso de Nancie Solien.

En este tiempo la temática de investigación del INCAP respecto de la línea antropológica se dirige hacia los aspectos nutricionales, como la crianza del niño, las enfermedades infantiles, etc. Respecto del tema dos importantes investigaciones se conocen y se caracterizan por ser estudios implementados entre investigadores estadounidenses y guatemaltecos, el realizado por Nancie L. Solien y el Dr. Hurtado, sobre la edad del destete entre los ladinos, y otro realizado por Lidia Rosales y equipo sobre el alboroto de las lombrices.<sup>12</sup>

La conformación de equipos integrados por investigadores estadounidenses (en su mayoría antropólogos), y guatemaltecos (en su mayoría con la especialidad de medicina), como también los trabajos realizados por Nancie L. Solien, toman de base la clasificación de las enfermedades tradicionales realizada por Richard Adams y su interpretación sobre el proceso de ladinización entre los indígenas. Estos son los factores que caracterizan la primera etapa de influencia norteamericana en el INCAP, que corresponde al período que va desde la fecha de su fundación (1950) hasta 1965.

En el transcurso de esos 15 años de investigación en el INCAP, en otros ámbitos académicos y de investigación comienzan a surgir otras instituciones, que se ocupan del tema. El interés se centra en evidenciar las prácticas médicas entre los indígenas. A continuación se presenta su desarrollo.

---

12. Para más detalles consultar bibliografía.

### 3. Primeras propuestas de estudio de las prácticas médicas entre los indígenas

En la siguiente década que va de 1965 a 1975, entre las publicaciones guatemaltecas sobre el tema, se destacan las realizadas por el Dr. Juan José Hurtado y las del Instituto Indigenista Nacional. El producto de las investigaciones se basa en las orientaciones teórico-metodológicas que intentan explicar la eficacia simbólica de las enfermedades tradicionales, o la enumeración y clasificación de las enfermedades que pertenecen a la medicina folk.

La revista del IIN, que se llamaba *Guatemala Indígena*, es el órgano de difusión de la mayoría de publicaciones que corresponde a esta época. Los artículos de esta revista se caracterizaban por su contenido, orientado hacia lo antropológico y no hacia lo técnico-científico, como lo fueron las publicaciones elaboradas por Nancie L. Solien y Lidia Rosales en el INCAP.

Una de las publicaciones más importantes de esta época es la elaborada por el Dr. Hurtado: "Algunas ideas para un modelo estructural de las creencias en relación con la enfermedad en el altiplano de Guatemala". Aunque en el fondo es la misma propuesta que hiciera Richard Adams en 1952, el Dr. Hurtado con conocimientos prácticos y técnicos presenta una clasificación basada en las estructuras de la cosmogonía maya. La clasificación se basa en: a) enfermedades causadas por la ruptura del equilibrio mecánico del cuerpo, b) enfermedades causadas por la ruptura del equilibrio emocional, c) enfermedades causadas por la ruptura del equilibrio calor-frío, y d) enfermedades causadas por las influencias de otros seres, naturales o sobrenaturales. La clasificación de Hurtado toma también determinados padecimientos característicos de la población indígena; como la clasificación que hace sobre la base de: e) las enfermedades causadas por parásitos intestinales y f) enfermedades causadas por la pérdida del alma.

A partir de la fecha de su publicación (1973), esta clasificación de las enfermedades se difundirá más en el medio guatemalteco que la elaborada por Richard Adams, no solamente porque es más fácil de comprender, sino primordialmente porque el Dr. Hurtado la comienza a utilizar para ser divulgada entre los estudiantes de medicina y profesionales vinculados con las carreras técnicas (Nutrición, Farmacia, Química, Medicina, Enfermería, etc.).

Otro importante aporte de las publicaciones del IIN es la clasificación de los terapeutas tradicionales en: a) parteras, b) compone huesos, c) zajorines y d) curanderos, que propone la investigación dirigida por Francisco Rodríguez R. en el IIN, aunque es cierto que Adams en su libro publicado en 1952 ya proponía una clasificación de los especialistas, esta se restringía a la realidad de Magdalena Milpas Altas, mientras que el estudio realizado por el IIN obtiene datos más generales para toda la población indígena en Guatemala.

A continuación se presenta un cuadro sinóptico que resume toda la información presentada durante 30 años de investigación antropológica sobre el fenómeno salud/enfermedad/atención en Guatemala.

**Cuadro 1**  
**Propuesta Histórica del surgimiento de la Antropología del padecimiento**  
**en Guatemala: Los primeros 30 años (1945-1975)**

<b>Año</b>	<b>Autor y nombre de la publicación y/o acontecimiento</b>	<b>Comentarios</b>
1945	Carlos Martínez Durán, Las ciencias médicas en Guatemala	Primeros aportes de la Facultad de Medicina de la Universidad de San Carlos de Guatemala. 1945-1965.
1958	Francisco Asturias, Historia de la medicina en Guatemala.	
1964	Manuel Antonio Girón, Medicina Social	
1959	John Gillin, El espanto mágico. El trabajo de campo para la publicación se realizó durante 1942-1947.	Primer aporte de índole médico-antropológico realizado en Guatemala.
1946	Fecha de Fundación del Instituto de Nutrición para Centro América y Panamá (INCAP)	Primeros aportes del INCAP.  Primera etapa de influencia norteamericana que se da en el INCAP  Conformación de equipos multidisciplinarios formados por médicos guatemaltecos y antropólogos estadounidenses 1950 a 1965

Continúa

Año	Autor y nombre de la publicación y/o acontecimiento	Comentarios
1952	Richard Adams, Un análisis de las creencias y prácticas médicas en un pueblo indígena de Guatemala.	
1962	Nancie L. Solien. Publicaciones: Breadt-feeding, weaning and acculturation,	
1963	Creencias médicas y nutricionales en un grupo socio-económico bajo, de la ciudad de Guatemala.	
1966	Costumbres sobre la crianza de niños y su relación con nutrición y salud	
1964	Lidia Rosales <i>et al.</i> Epidemiología popular de enfermedades prevalentes en el medio rural de Guatemala	
1968 1973 1979	J. José Hurtado. Publicaciones: El ojo, Algunas ideas para un modelo estructural de las creencias en relación con la enfermedad en el altiplano de Guatemala, La mollera caída.	Aportes del Instituto Indigenista Nacional.  Producción netamente guatemalteca, influenciada por investigadores extranjeros. 1965-1975
1969	IIN, Publicaciones: Prácticas médicas tradicionales de los indígenas de Guatemala	
1973	La medicina popular en el área rural de Guatemala.	

La segunda etapa de investigación en el INCAP continúa caracterizándose por la influencia de la clasificación de las enfermedades realizada por Adams y Hurtado. A continuación se desarrolla brevemente.

#### 4. Otros aportes con influencia estadounidense

El INCAP como institución nunca tuvo una política de investigación antropológica, sino más bien orientaciones teórico-metodológicas respecto a las ciencias sociales. Anteriormente se habló de una primera influencia norteamericana que se centró en la aculturación<sup>13</sup>. De igual forma puede

13. Entiéndase que la aculturación, así también como el uso de las categorías: mestizaje, integración, asimilación, etc., responden al planteamiento de las tesis asimilacionistas del relativismo cultural que estuvo tan de moda en la década de los años cincuenta para toda Latinoamérica.



hablarse de una segunda etapa de influencia norteamericana en el INCAP, que va de 1975 a 1980 dominada por la influencia de Sheila Cosminsky y enfocada hacia la antropología aplicada. En ninguna de las dos etapas se visibiliza la consolidación de un marco teórico metodológico.

Debido a la importancia de la influencia de Sheila en el INCAP, se comenta brevemente los aportes de sus estudios y publicaciones. Sheila Cosminsky realiza trabajo de campo en Guatemala, en 1967 y 1968, posteriormente continúa viajando temporalmente hasta principios de los años ochentas. Sin embargo, los resultados de sus trabajos comienzan a publicarse hasta mediados de los años setenta. En Guatemala se conocen años después. Sus publicaciones y concretamente sus orientaciones teórico-metodológicas pueden clasificarse en dos diferentes épocas: una que corresponde de 1969 a 1977 y la otra que va de 1980 en adelante<sup>14</sup>. Para fines prácticos, a la primera época la llamaremos Aportes clásicos de la antropología y, a la segunda, Pluralismo médico, término empleado por Sheila Cosminsky.

---

14. Lamentablemente en Guatemala es muy difícil conseguir copias de artículos publicados en revistas científicas estadounidenses. Se tienen datos bibliográficos, pero no se pueden conseguir copias de los artículos, es imposible. A continuación presento un listado de publicaciones realizadas por Sheila Cosminsky, de las cuales solamente se consiguió copia impresa de cinco artículos (los que tienen asterisco).

- 1969 "Hot and cold; a study of changing food and medical beliefs in guatemalan community".
- 1972 Decision making and medical care in Guatemalan indian community, Tesis doctoral.
- 1974 The role of the midwife in middle america. (Traducida al español en 1,977)
- 1975 "Chaninging food and medical beliefs and practices in a guatemalan community".\*
- 1976 "Cross-cultural perspectives on midwifery." Medical Anthropology, F. Grollig et. H. Haley (eds.) The Hague: Mouton, p.229-248.
- 1977 "The role and training among traditional midwives".
- 1977 "El papel de la comadrona en Mesoamérica". América Indígena, vol. 37 No.2 pp.305-335.
- 1977 "Childbirth and midwifery on a Guatemalan finca". Medical Anthropology, Vol.1 No.3 p.69-104.
- 1977 "Alimento and Fresco: nutritional concepts and their implications for health care"\*
- 1977 "The impact of methods on the analysis of illness concepts in a Guatemalan community"\*
- 1978 La atención del parto y la antropología médica. \*
- 1,980 y Mary Scrimshaw "Medical pluralism on a Guatemalan plantation".
- 1982 "Childbirth and change: A guatemalan Study" en MacCormack, Carol (ed.) Ethnography of fertility and birth, Lodon: Academic Press, pp.205-209.
- 1983 El pluralismo médico en Mesoamérica\*
- 1989 "Women's health care strategies on a Guatemalan plantation". S. f. "Role adaption among indigenous midwives: a case study in a Guatemala mayan community".

A. *Aportes clásicos de la antropología*: La influencia de las publicaciones realizadas por Richard Adams sobre enfermedad y aculturación en Latinoamérica es notoria, principalmente en los estudiantes de post grado que trabajan el área mesoamericana. El dominio de la antropología integracionista, que apoyaba la premisa sobre la “aculturación de los indígenas” es mencionada en uno de los artículos<sup>15</sup> de Cosminsky. En éste explica que los indígenas más aculturados son quienes más utilizan la categoría de fresco; sin embargo, la importancia de dicho artículo radica más en los criterios relativos a la prevención, etiología y tratamientos, respecto de las categorías de “fresco” y “alimento” utilizadas por los indígenas.

En otro artículo, aparecen referencias a los trabajos realizados por Adams, Bill Douglas y Arthur Rubel<sup>16</sup> sobre las causas de los padecimientos entre los indígenas. El aporte de Cosminsky respecto del tema, es que sugiere cambios en las propuestas de dichos autores; explica que su propuesta incluye las experiencias emocionales y otros factores de la condición interna, también decide llamar a ésta, “la condición interna susceptible”.<sup>17</sup>

La influencia de algunos modelos propuestos en investigaciones anteriores y la influencia de la corriente teórico-metodológica respecto de la antropología funcionalista norteamericana en las publicaciones de Cosminsky son evidentes, sin embargo se puede decir que los aportes más valiosos de sus publicaciones son entre 1969–1977 y se orientan hacia la antropología aplicada. Por ejemplo, el trabajo titulado “La atención del parto y la antropología médica” se ha convertido en bibliografía obligatoria, porque la mayoría de personas en Latinoamérica que trabajan en programas de salud materno-infantil lo conocen y lo citan.

B. *Pluralismo médico*. Se puede sugerir que es la segunda etapa en sus publicaciones<sup>18</sup>. La utilización del término “pluralismo médico” es una categorización de Sheila Cosminsky, que implica la utilización de una

---

15. Debido a que el artículo original está en inglés, se tomó una interpretación y traducción libre del contenido, consúltese Cosminsky (1,977b;204).

16. Para más detalle consulte la bibliografía, Cosminsky 1,977b.

17. Por razones de espacio se presentan muy brevemente los modelos conceptuales de la clasificación de las enfermedades de los indígenas en Guatemala.

18. El pluralismo médico está mejor desarrollado en el capítulo tercero.

postura teórico-metodológica muy distinta del enfoque funcional-tradicionista sobre el cual había trabajado en su etapa anterior.

El aporte de las publicaciones de Sheila Cosminsky es fundamental para el desarrollo de la antropología de la Medicina en Guatemala. En su primera etapa para los investigadores del INCAP y en la segunda para el marco teórico-metodológico de la presente investigación.

Hasta finales de los años setenta en Guatemala habían sido muy pocos los investigadores guatemaltecos y extranjeros que habían incursionado en el campo social de las enfermedades, sin embargo en la década de los años ochenta comienzan a surgir muchas otras investigaciones sobre el tema, que intentan superar primordialmente las clasificaciones que sobre la enfermedad entre los indígenas habían sido propuestas. A continuación se presenta su desarrollo.

## **5. Intentos de clasificación de la enfermedad entre los indígenas**

A partir de 1980 comienzan a publicarse y conocerse una serie de artículos de autores nacionales y extranjeros sobre algunos intentos de clasificación de la enfermedad entre los indígenas. Ya existían las propuestas realizadas por Richard Adams y Juan José Hurtado, sin embargo, estas nuevas propuestas evidencian un mejor uso de las clasificaciones ya elaboradas<sup>19</sup>.

Los artículos más importantes son los escritos por: a) Helen Neuenswander-Shirley Souder, b) Sheila Cosminsky, c) Alfredo Méndez Domínguez, d) Azzo Ghidinelli y f) Oscar Reyes<sup>20</sup>.

---

19. El orden cronológico de los distintos artículos, no corresponde al tiempo en el que las investigaciones se realizaron, por ejemplo el trabajo de tesis doctoral de Bill Douglas es de 1960, sin embargo sus aportes son conocidos en Guatemala hasta la década de los ochentas, y el artículo de Oscar Reyes "Modelos conceptuales para la interpretación de la enfermedad tradicional en Mesoamérica" de 1998.

20. Es necesario mencionar que el artículo de Oscar Reyes no presenta una propuesta, sino que hace un resumen sobre los planteamientos de Juan José Hurtado, Richard Adams, Bill Douglas, y Helen Neuenswander-Shirley Souder, razón por la cual no se comentará.

Debido a las razones expuestas anteriormente se estudiarán en este apartado los aportes más significativos de Helen Neuenswander-Shirley Souder, Sheila Cosminsky, Alfredo Méndez Domínguez y Azzo Ghidinelli<sup>21</sup>.

Souder y Neuenswander reciben un curso sobre las clasificaciones frío-caliente impartido en la Universidad de Austin, Texas, por Arthur Rubel y Richard Adams. Ambas investigadoras pertenecen a la escuela de la antropología cognitiva, que desarrolló varias investigaciones en Guatemala.<sup>22</sup> Este punto de partida es importante porque demuestra que la base de los planteamientos realizados por Adams y Rubel para la interpretación de la enfermedad, empiezan a convertirse en cita obligatoria para los investigadores que desean trabajar sobre el tema. La propuesta de Neuenswander y equipo se resume en el cuadro siguiente.

**Cuadro 2**  
**Propuesta de clasificación de la enfermedad de Neuenswander y equipo**

<b>Propuesta de modelos</b>	<b>Descripción del modelo</b>
Modelo ideal del equilibrio frío-calor	La salud se mantiene debido al equilibrio entre el estado y el consumo de alimentos; entre plantas frías y calientes.
Modelo real del equilibrio frío-calor	El cuerpo se mantiene en un estado caliente, que se considera normal; un cuerpo frío (sudor frío, pies fríos) son estados que se relacionan con enfermedad y muerte. Las enfermedades se manifiestan por exponer el cuerpo caliente a estados y alimentos fríos o también por exponer el cuerpo caliente a estados y alimentos calientes.
Modelo de enfermedad húmedo-seco	Se basa en la dicotomía húmedo-seco, las enfermedades húmedas se explican en su origen "sencillo y natural", mientras que las enfermedades secas se originan por agentes "sobrenaturales y malignos".

---

21. Los trabajos de campo realizados por Sheila Cosminsky y Bill Douglas fueron elaborados casi en el mismo tiempo, sin embargo las publicaciones sobre el análisis de su información se presentan 10 años después. En otras palabras, puede decirse que 10 años después los resultados de las investigación son conocidos en Guatemala. El trabajo de campo realizado por Helen Neuenswander y equipo fue más largo en comparación con el realizado por Bill Douglas y Sheila Cosminsky.

22. La innovación de esta orientación teórico-metodológica es el uso de los términos "emic" y "etic".

El aporte de las autoras se basa en una concepción muy particular de la enfermedad y no proporcionan más evidencias sobre terapias, racionalidades, eficacias, que reflejan las prácticas, saberes e ideologías de los conjuntos sociales que estudiaron.

Otra propuesta para la clasificación de las enfermedades es la elaborada por Bill Douglas, lamentablemente en Guatemala no se pudo localizar el material escrito por él. A pesar de los inconvenientes se tratará de exponer brevemente los aportes de Bill Douglas (se recomienda acudir al escrito original de la disertación doctoral de la Universidad de Stanford, titulada: *Illnes and curing in Santiago Atitlán*).

Las comparaciones que realiza Douglas del modelo de Adams son:

1. “Correspondencia entre la *Condición Interna* del modelo de Adams con el *Orden Instrumental* del modelo de Douglas. Así, como entre la *Condición Externa* del modelo de Adams con el *Orden Final* del modelo de Douglas.
2. Transformación de los tipos *Controlable* e *Incontrolable* de la *Condición Interna* del modelo de Adams en los polos de un *continuum* en el modelo de Douglas.
3. Transformación de los tipos *Personificado* y *NO Personificado* de la *Condición Externa* del modelo de Adams en otro *continuum* que tiene como polos a lo *natural* y lo *sobrenatural* en el modelo de Douglas.
4. Adición de un orden jerárquico, expresado en forma diagonal, que indica el grado de importancia que en el tratamiento tienen la *Condición Interna* o la *Condición Externa*”. Reyes (1998:76)

Sheila Cosminsky propone una nueva clasificación sobre las causas de las enfermedades, pero ésta se basa en la propuesta de Adams y Douglas. Cosminsky explica que su propuesta, a diferencia de lo expuesto por Adams y Douglas, aborda las experiencias emocionales y otros factores de la condición interna, decide llamar a esta “la condición interna susceptible”. Su propuesta se presenta en el cuadro No. 3.

**Cuadro 3**  
**Factores sobre la causa de los padecimientos o enfermedades<sup>23</sup>**

Condición interna susceptible	Condición externa
<b>A.- Estado psicológico</b> 1.- trabajo 2.- descuido 3.- dieta y malos alimentos 4.- mala limpieza del cuerpo 5.- ignorancia 6.- embarazo y parto 7.- sangre débil <b>B.- Conducta social y ritual</b> 1.- mala fe o no acordarse de rezar 2.- no acordarse de los antepasados 3.- no cumplir con la promesa hecha a un santo o a un espíritu 4.- malos pensamientos, intenciones o acciones	<b>A.- Elementos ambientales</b> 1.- lluvia 2.- sol 3.- frío 4.- aire 5.- el tiempo <b>B.- Agentes sobrenaturales o espíritus</b> 1.- Dios, Jesús 2.- el Mundo (espíritu de la tierra) 3.- los Santos 4.- espíritus envidiosos o fantasmas 5.- los espíritus de los antepasados 6.- días malos <b>C.- Agentes humanos -maleficios o brujería-, envidia de otras personas</b>

Su propuesta se basa en que las enfermedades se explican primordialmente por factores causales, ella presta más atención a los dos elementos de la ecuación presentados por Adams y Douglas.

Otro de los investigadores que intenta dar una clasificación de las enfermedades entre los indígenas es Azzo Ghidinelli, quien estuvo trabajando en el IIN. Parte de su temática de investigación se centra en la etnomedicina. A diferencia de todos los investigadores que proporcionan una clasificación de las enfermedades en Guatemala, éste se basa en la orientación teórico-metodológica de tradición francesa basada en la etnomedicina, proporcionando los conceptos de etnoanatomía, etnofisiología, etnofarmacéutica y etnobotánica como prioritarios para entender y recuperar el conocimiento de los “naturales”, como él llama a los indígenas. Sin embargo, su propuesta para la clasificación de las enfermedades no se basa en dichos planteamientos, sino toma como punto de partida la clasificación realizada por Adams. En el cuadro No. 4 se presenta su propuesta.

23. La traducción está realizada por mí, y la información fue tomada de Cosminsky (1977b:330).

**Cuadro 4**  
**Propuesta de clasificación de las enfermedades de Azzo Ghidinelli**

<b>Tipo de enfermedad</b>	<b>Síndrome, enfermedad o padecimiento</b>
Enfermedades naturales	1.- Enfermedades de calentura 2.- Enfermedades de enfriamiento 3.- Enfermedades debido a perturbaciones físicas
Enfermedades sobrenaturales	1.- Susto o espanto 2.- Malos vientos, aires o remolinos 3.- Molestias causadas por los espíritus de los muertos 4.- Molestias causadas por los espíritus malos 5.- Mal de ojo 6.- Daños infligidos por brujería

Alfredo Méndez Domínguez realizó una investigación utilizando el método de la teoría anclada o teoría fundamentada para descubrir las pautas de variación y distribución geográfica de las enfermedades con el mismo nombre en Guatemala, el estudio también trató los denominadores comunes de las enfermedades. Dicha investigación intentó dar una explicación, más que una clasificación de las enfermedades en Guatemala. Por la importancia de sus hallazgos se incluye en este apartado.

Las enfermedades estudiadas fueron: hijillo, akwas (insatisfacción de los antojos durante el embarazo), aire y laele, el ojo y el susto. En base a los datos recopilados, Méndez Domínguez proporciona cuatro teorías que abarcan las enfermedades propias y los cuerpos de creencias más básicos de las mismas. Estas son:

1. “Los vahos; los deseos y emociones intensas que se consideran como modalidades de una teoría más amplia de las impresiones.
2. La macroteoría de las intervenciones sobrenaturales con modalidades de encuentros sobrenaturales y castigo sobrenatural.
3. La teoría del frío y calor, que puede considerarse como parte de una teoría general del equilibrio.
4. La teoría del canibalismo<sup>24</sup> que se puede unir a otras teorías del daño liberado”. Méndez (1986:294).

---

24. Hay muchas formas de brujería que no se pueden equiparar con el canibalismo, sin embargo la brujería debe tomarse en cuenta dentro del contexto de todas las teorías mencionadas.

Lamentablemente los datos proporcionados en el artículo de Méndez Domínguez son parciales, ya que tenía analizadas 11 regiones de un total de 14, pero lo más penoso es que el informe final de la investigación aún no ha sido publicado, sino solamente un resumen de los primeros hallazgos.

Finalmente el artículo de Oscar Reyes, proporciona comentarios respecto de las propuestas clasificatorias de enfermedad realizadas por Juan José Hurtado, Richard Adams, Bill Douglas, George Foster y Neueswander. El artículo es valioso porque presenta los puntos medulares y principales de cada una de las clasificaciones, pero no proporciona mayor información sobre otros asuntos.

La década que abarca el período que va de 1975 a 1985<sup>25</sup> se caracteriza porque al final de la misma aparece una publicación multidisciplinaria compilada por Elba Villatoro, llamada Etnomedicina en Guatemala. Debido a su importancia para el desarrollo de la antropología de la enfermedad en Guatemala, a continuación se presenta un análisis de la misma.

## **6. El libro Etnomedicina en Guatemala**

Es importante aclarar que el documento es una compilación de varios artículos, algunos de ellos son inéditos, otros sin embargo ya habían servido de borradores para ponencias y otros documentos. Otro interesante comentario es respecto a su título: “Etnomedicina” y no Medicina Tradicional. Es claro que la compiladora del libro se ha mantenido en una línea de publicaciones que se mueven más dentro de la medicina tradicional, sin embargo la decisión del título corresponde al público en donde la compiladora quiere promover el libro, me refiero al círculo de las ciencias de la salud que aglutina a médicos, farmacéuticos, biólogos, etc.

La aparición del libro Etnomedicina en Guatemala repercutió más entre el círculo de profesionales de las ciencias naturales, que en el círculo de los científicos sociales, probablemente porque la mayoría de los artículos compilados fueron realizados por médicos, farmacéuticos y biólogos, profesionales que por vez primera se ocuparon de escribir acerca de un campo desconocido para ellos; “las ciencias sociales de la salud”.

---

25. Período que ha sido desarrollado hasta este punto.



A continuación el cuadro número cinco, presenta un resumen de los artículos del libro con el nombre del autor, título y la información resumida de los nueve artículos compilados del libro:

**Cuadro 5**  
**Contenidos del libro *Etnomedicina en Guatemala***

<b>Autor y profesión</b>	<b>Título del artículo</b>	<b>Comentarios</b>
Elba Marina Villatoro Antropóloga	La medicina tradicional en Guatemala: aspectos históricos	El artículo corresponde a algunos capítulos de su tesis de licenciatura, lamentablemente su temática no se relaciona con su profesión, dando opción a que profesionales biólogos escriban sobre el tema, como se verá adelante.
Miguel F. Torres Químico - Biólogo	Utilización ritual de la flora psico-trópica en la cultura maya	Es un excelente artículo en el cual el autor demuestra el dominio de su tema a nivel biológico e histórico. Sus contribuciones o sugerencias para los científicos sociales son muy acertadas, ya que da sugerencias sobre algunos temas de investigación, que él desde su óptica de biólogo no podría estudiar.
Horacio Figueroa Médico	Algunos aspectos de la medicina tradicional	El artículo es una revisión sobre la bibliografía escrita a la fecha de temas que según el criterio del autor versan sobre Medicina Tradicional.
Wellington Amaya y colaboradores Médicos	Aspectos de la oftalmología maya	El artículo se divide en dos partes; una histórica descriptiva y otra técnica igualmente descriptiva. Se presenta al final una serie de fotos de piezas arqueológicas del Museo Nac. en las que se sugiere un diagnóstico posible de enf. padecidas; con base subjetiva.
Jorge Luis Villacorta F. Historiador	La historia y la literatura en relación con la medicina	Es un pequeño artículo que se basa en episodios ya descritos por cronistas españoles de la época de la colonia, sobre el nacimiento de siameses gemelos en Sto. Domingo Xenacoj.
Carlos Martínez Durán Médico	El arte farmacéutico durante la colonia	Es otro excelente artículo, en el cual se aprecia el trabajo del autor como historiador de archivos. Se basa en la figura del boticario, estudia las familias que

Continúa

Autor y profesión	Título del artículo	Comentarios
		tuvieron varias generaciones de boticarios y los conflictos que tuvieron durante los siglos XVI, XVII, XVIII, XIX.
Elena Hurtado Antropóloga	Estudio de las características de las comadronas tradicionales en una comunidad indígena de Guatemala	Es el primer artículo realizado por una investigadora nacional respecto del trabajo de las comadronas. Proporciona muy buena información respecto de las creencias, prácticas y actitudes que se dan en una comunidad indígena respecto del trabajo de la comadrona. Es el único artículo escrito por una cientista social, que corresponde a una problemática actual.
Hnos. Cáceres Químico y Químico - Biólogo	Revalidación cultural y transferencia de recursos terapéuticos para mejorar la atención de salud en áreas rurales de Mesoamérica	Uno de los aportes de estos es que hacen una crítica al sistema de salud estatal, por la exclusión de las prácticas médicas tradicionales. Finalmente tratan de presentar evidencia sobre una transferencia tecnológica de la China hacia los mayas.
Armando Cáceres y Lidia Girón Químico - Biólogo, Química - Farmacéutica	Sistema para la revalidación, investigación y comercialización de las plantas medicinales en Guatemala.	Proponen el uso de las plantas medicinales en Guatemala como el recurso más viable para la atención de las enfermedades, debido a su raigambre en el uso y conocimiento de la tradición oral y por su bajo costo. Pero finalmente no proponen cómo retomar los conocimientos de la tradición oral adquiridos, para beneficio de la población.

Como puede observarse en el cuadro anterior, el libro tiene un total de seis<sup>26</sup> artículos dedicados a la historia de la etnomedicina o medicina tradicional, mientras que solamente tres artículos están dedicados a problemáticas actuales sobre la salud en el área rural y de estos tres, solamente uno está escrito por un cientista social. Razón por la que se sugiere que el libro debería dividirse en dos partes diferentes.

26. Aunque se puede decir que el artículo de Miguel F. Torres contiene no sólo apuntes sobre historia, sino también proporciona información actualizada sobre los estudios de etnomicología.

Una parte debería agrupar los artículos escritos por médicos que corresponden a la parte histórica, mientras que la otra debería estar conformada por los escritos de profesionales de Química y Farmacia, documentos que corresponden a problemáticas actuales de salud.

De esta fragmentación de los artículos se puede hacer o leer una interpretación respecto a los intereses que tiene la ciencia médica en las ciencias sociales. Se observa un interés respecto de los hechos históricos, no así de los saberes, conocimientos e ideologías que los conjuntos sociales tengan del proceso salud/enfermedad/atención. Esta tendencia es la que mantiene la Facultad de Medicina para la década de los ochentas y es la que permanece en la actualidad.

En otra posición, la actitud de la Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia ha sido de aceptación, los profesionales farmacéuticos y químicos se han dado cuenta del uso y de la diversidad de las plantas medicinales en Guatemala. Por ello han dedicado tiempo e investigaciones para su comercialización. Esto no sólo es de beneficio para el país, sino primordialmente para ellos como farmacéuticos.

A pesar de algunas fallas, la publicación del libro "Etnomedicina en Guatemala" sentó precedentes y es una valiosa contribución para el estudio y desarrollo de la antropología de la enfermedad en Guatemala. A partir de su publicación se puede decir que comienzan a manifestarse tres tendencias diferentes en investigación.

Una primera desarrollada por la compiladora del libro, Elba Marina Villatoro, en el Centro de Estudios Folklóricos de la Universidad de San Carlos de Guatemala, y que será difundida por sus publicaciones en la revista Tradiciones de Guatemala y en la publicación del boletín llamado La tradición popular.

La segunda desarrollada por Elena Hurtado en el INCAP, dando los lineamientos antropológicos a tratar en las investigaciones multidisciplinarias elaboradas en la institución. Y que a partir de su renuncia en el INCAP, continuará como asesora independiente.

Y la tercera desarrollada en la facultad de Ciencias Químicas y Farmacia de la USAC, conducida por Armando Cáceres y Lidia Girón, que han fundado diversas instancias como: La realización anual del Seminario

Nacional sobre Plantas Medicinales; la fundación del Centro de Estudios Mesoamericano sobre Tecnología Apropriada (CEMAT); el Programa de Empresa Rural de Plantas Medicinales (ERPLAM); y la asesoría de tesis de licenciatura sobre investigaciones de laboratorio en fitoterapia.

A continuación se presenta el cuadro número seis, el resumen de los últimos diez años de desarrollo de la antropología de la enfermedad en Guatemala y que resume a la vez los últimos dos apartados presentados.

**Cuadro 6**  
**Propuesta histórica del surgimiento de la antropología del**  
**padecimiento en Guatemala: 10 años (de 1975 a 1985)**

Año <sup>27</sup>	Autor y nombre de la publicación y/o Acontecimiento	Comentarios
1975	Sheila Cosminsky, Channing Food and Medical Beliefs and Practices in a Guatemalan Community, The Impact of Methods on the	Segunda etapa de influencia norteamericana en el INCAP. 1975-1980
1977	Analysis of Illness Concepts in a Guatemalan Community, Alimento and Fresco; Nutritional Concepts and Their Implications for Health Care, la atención del parto y la antropología médica	
1977 1978		
1980 1983	Sheila Cosminsky, y Ma. Scrimshaw Medical pluralism on a Guatemala Plantation”, El pluralismo médico en Mesoamérica.	Nuevo planteamiento teórico-metodológico, excluido del INCAP.
1977	Helen Neuenswander, et. al. El síndrome caliente-frío, húmedo-seco entre los quichés de Joyabaj; dos modelos cognitivos (Trabajo de campo 66-76)	Varios intentos de extranjeros y nacionales para la clasificación de las enfermedades en Guatemala 1980-1985
1977	Sheila Cosminsky, The impact of methods on the analysis of illness concets in a guatemalan community (Trabajo de campo 67-68)	
1988	Linda Asturias, La enfermedad folk en Guatemala (Trabajo de campo realizado por Douglas 67-68)	
1981	Azzo Ghidinelli, La investigación etnomédica y su sectorización, El sistema de ideas sobre la enfermedad en Mesoamérica.(Trab. de cam. 76)	
1986		
1983	Alfredo Méndez Domínguez, La enfermedad y la teoría médica entre los indios de Guatemala. (Trabajo de campo 78-82)	
1998	Oscar Reyes, Modelos conceptuales para la interpretación de la enfermedad tradicional en Mesoamérica	
1984	Fecha de aparición del libro titulado: Etnomedicina en Guatemala, por la Universidad de San Carlos, E. M. Villatoro (comp.) (compiladora)	Primer intento multidisciplinario sobre medicina tradicional.

27. Se indica el año de publicación de los artículos, sin embargo el orden de la tabla es el explicado en el apartado.

## 7. Tendencias sobre la antropología de la enfermedad en Guatemala

Debido a la importancia que tienen las investigaciones realizadas por Elba Marina Villatoro, Elena Hurtado y Armando Cáceres, a continuación se hace una reflexión sobre sus aportes y debilidades.

### *Medicina tradicional*

Elba Marina Villatoro<sup>28</sup> inicia su práctica antropológica relacionada con los aspectos de salud en 1968, 1969 y 1972 en un equipo de investigación dirigido por el Dr. Leonardo Mata del Instituto de Nutrición para Centro América y Panamá (INCAP). Santa María Cauqué, una aldea indígena, es el lugar en donde Elba Villatoro comienza su trabajo de campo, ya que era indispensable que un antropólogo conformara el equipo técnico y proporcionara información sobre la resistencia que tenía la población indígena a proporcionar muestras de sangre.

El formar parte de un equipo multidisciplinario conformado mayoritariamente por profesionales de la salud (médicos, nutricionistas, etc.) es un acontecimiento que va a caracterizar posteriormente las investigaciones y publicaciones de Elba Villatoro, porque en la medida de lo posible siempre hace referencia a los trabajos de “índole científico” publicados por médicos y demás profesionales del INCAP.

Su tesis de licenciatura<sup>29</sup> en Antropología es su primera publicación. En ella claramente se puede observar la influencia de su asesor el Dr. Juan José Hurtado en varios sentidos. En primer lugar la utilización de los términos etiología y agentes causales de la enfermedad, que responde a la lógica biomédica de agentes humanos, para luego proponer una clasificación de las enfermedades sobrenaturales y naturales<sup>30</sup>. En segundo término, la tesis presenta varias referencias a los estudios realizados por Hurtado en relación al mal de ojo, la mollera caída y al alboroto de lombrices. En la tesis no existe una clara definición de alguna orientación teórico-

---

28. La trayectoria de sus publicaciones, no fue ajena a la influencia de los lugares en los que laboró, tampoco de las personas que son coautores de algunos de sus artículos.

29. Para más detalles de las publicaciones de Elba Villatoro se puede consultar la bibliografía.

30. Esta clasificación es propuesta por W. H. Rivers y también refutada por Antonio Castillo de Lucas, dichos autores probablemente fueron propuestos por Hurtado a Villatoro.

metodológica, sin embargo utiliza la definición de Arthur Rubel sobre enfermedad popular.

Uno de los aportes más importantes de Elba Villatoro es la compilación y publicación del libro *Etnomedicina* en 1984. Esta es la primera publicación sobre el tema en la que reúne a especialistas que a la fecha continúan con sus investigaciones, con una clara tendencia sobre la tolerancia que debe tener la bio-medicina respecto de las otras formas de atender los padecimientos.

En sus tres publicaciones posteriores que corresponden a 1983, 1986 y 1987<sup>31</sup>, la influencia teórico-metodológica de investigadores extranjeros es evidente. Hace alusión al planteamiento sobre “condición interna” y “condición externa” de Richard Adams, menciona también las bases del síndrome caliente-frío elaboradas por Helen Neuenswander y continúa utilizando la definición de “enfermedad popular” de Arthur Rubel. La influencia extranjera en las bases teórico-metodológicas de las investigaciones de Elba Villatoro son hasta cierto punto comprensibles, porque en Guatemala no existían otras posibilidades debido a la poca difusión de las investigaciones respecto del tema y porque en ese momento se estaba formando una primera generación de antropólogos que se ocuparían de la antropología de la medicina.

Por otro lado, como se ha explicado anteriormente, la relación que tiene Elba Villatoro con el INCAP, y específicamente con los equipos multidisciplinarios de investigación, va generando y conformando una postura respecto al quehacer antropológico por parte de los profesionales de la salud. Es por ello que en sus publicaciones siempre encontramos referencia a los hallazgos de dicho equipo. Esa característica provoca que su trabajo sea conocido en otras instituciones dentro de la Universidad de San Carlos de Guatemala como la Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia, y en la Facultad de Medicina.

Desde la publicación de 1986<sup>32</sup> Elba Villatoro señala la importancia que tiene el itinerario de la enfermedad o la carrera de la enfermedad, actividad que está a cargo de las madres de familia. “La mujer jefa de hogar es la primera proveedora de atención de salud, valiéndose de un

---

31. Para más detalle, consúltese la bibliografía.

32. Consúltese la pag.5 de la publicación de 1986, de Elba Villatoro.

conocimiento propio adquirido por experiencias anteriores o bien por transmisión oral, es quien aconseja la terapia a seguir". Villatoro (1987:34)

Sin embargo, debido a la falta de una conformación teórico-metodológica, Elba Villatoro termina sólo por informar y describir la existencia de ese primer nivel de atención.

La tendencia de sus futuras investigaciones se dirigirá hacia los terapeutas tradicionales, y no profundiza en los procesos de automedicación y autoatención.

Las publicaciones de los años 1988, 1989, 1990, 1992 y 1994. Reflejan la nueva influencia teórico-metodológica de los especialistas estadounidenses que se han vinculado en el INCAP, ya que la orientación metodológica propuesta por Susan Scrimshaw y Elena Hurtado se convierte en la base de todas las investigaciones con componentes antropológicos realizadas en el INCAP. Por ejemplo el título de la publicación del año 1988 "La comunicación popular y la salud materno infantil" corresponde a la propuesta de trabajo conjunto entre: Medios de comunicación, antropología y mercadeo, impulsada por la Agencia Internacional para el Desarrollo (AID) que determinó el financiamiento para muchos proyectos. La publicación sobre las comadronas del área ixil en 1994, toma de base toda la orientación metodológica trabajada por Elena Hurtado.

Sin embargo, llama la atención, la publicación realizada conjuntamente con Joaquín Acevedo sobre los terapeutas tradicionales de los Cuchumatanes, ya que es una investigación de tipo descriptivo, semejante a la de su tesis de licenciatura. Pero su vinculación con la Facultad de Medicina asesorando tesis a nivel de licenciatura, es la que le servirá de base para darse a conocer y abrirse paso entre el círculo cerrado y tecnificado de médicos en la Facultad de Medicina de la Universidad de San Carlos de Guatemala. (USAC), en éste campo también es rescatable la lucha que mantiene con médicos para intentar impulsar un curso o un seminario sobre medicina tradicional.

Sus últimas publicaciones dentro de la USAC, con su plaza de investigadora en el Centro de Estudios Folklóricos correspondientes a 1996 y 1997, reflejan una madurez en donde la influencia teórico-metodológica comienza a girar en torno a los marcos conceptuales elaborados en instituciones como la Oficina Panamericana de Salud (OPS) y la Organización

Mundial de la Salud (OMS). Un ejemplo de ello, es que, por vez primera intenta enmarcar y explicar su orientación teórico-metodológicas, como se puede observar en el artículo titulado: "Salud-enfermedad: diversos enfoques teóricos metodológicos". Se puede decir también que en la mayoría de sus artículos publicados, deja de manifiesto su singularidad y estilo de trabajar ya que en la medida de lo posible consigna una amplia orientación histórica de sus temas.

Los aportes de Elba Villatoro respecto al desarrollo de la Antropología de la Medicina en Guatemala se pueden resumir de la siguiente forma: Inicia su trabajo en el Instituto de Nutrición para Centroamérica y Panamá (INCAP) y posteriormente continúa en el Centro de Estudios Folklóricos (CEFOL) de la USAC. Su temática de investigación se centra en la Medicina Tradicional. Su trabajo desarrollado en el INCAP y su comunicación con otras instituciones de la USAC como la Facultad de Medicina y Odontología, la Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia, dan la pauta para conformar equipos multidisciplinarios que comienzan a desarrollar investigación sobre temas de la Medicina Tradicional. Durante los 16 años de trabajo en el CEFOL (de 1981 a 1997) construye una línea importante de investigación en Medicina Tradicional, la que se manifiesta en sus publicaciones y que se caracteriza en un principio por una clara influencia teórico-metodológica de las escuelas norteamericanas<sup>33</sup>. A partir de la década de los años noventa comienza a tomar de base las orientaciones de la OPS y OMS, respecto de la Salud Holística<sup>34</sup>. Lamentablemente con la salida de Elba Villatoro del CEFOL, termina con ella también toda la línea de investigación que sobre medicina tradicional ella había elaborado en dicha institución.

#### *Conocimientos, actitudes y prácticas*

Elena Hurtado, antropóloga egresada de la Universidad del Valle de Guatemala, es la principal representante de esta tendencia. Su inicio, en el quehacer de la antropología de la medicina, está marcado desde antes porque es hija del doctor Juan José Hurtado Vega.

---

33. Concretamente de Elena Hurtado y Susan Scrimshaw.

34. "Cuando hablamos de salud holística, nos estamos refiriendo a un delicado equilibrio cambiante entre el cuerpo, la mente, el espíritu y las emociones, pero también el medio ambiente." Villatoro (1996e:169)



La trayectoria del trabajo de Elena Hurtado sobre antropología de la medicina se divide en dos importantes etapas: La primera que abarca más o menos diez años y se realiza en el INCAP, mientras que la segunda abarca aproximadamente siete años a la fecha y se caracteriza por ser consultora de diversos organismos internacionales en asuntos de salud.

El trabajo de Elena Hurtado en el INCAP, corresponde a la tercera etapa de influencia extranjera en dicha institución. Se explicó anteriormente, que la segunda etapa de influencia extranjera en el INCAP fue la dominada por el trabajo de Sheila Cosminsky, que se orientó en el uso de la antropología aplicada en los problemas de salud y nutrición. Esta tercera etapa de influencia se va a caracterizar por la política de educación en salud, producto de la antropología aplicada.

El trabajo realizado entre Susan C. M. Scrimshaw<sup>35</sup> y Elena Hurtado que va de 1984 a 1987, se concentra en proponer una metodología antropológica, básica para ser usada como guía en la elaboración de investigaciones multidisciplinarias respecto a conocimientos, aptitudes y prácticas de salud y nutrición. En la realización de dicha innovación metodológica, Elba Villatoro trabaja con Elena Hurtado la elaboración de un manual. A partir de esa experiencia Elba Villatoro toma de base la metodología utilizada y ensayada por Hurtado y Scrimshaw para muchas otras de sus investigaciones.

La investigación realizada por Elena Hurtado durante 4 años finaliza con la publicación titulada: Procedimientos de Asesoría Rápida para programas de nutrición y atención primaria de salud. Y con ella también se sientan las bases de una política en el INCAP que se conocerá bajo las siglas CAP (Conocimientos, Actitudes y Prácticas), que son los lineamientos “no técnicos” o sea el componente social en que se moverán las diversas investigaciones a realizarse. En el fondo lo que se busca es una homogeneización de los criterios sociales en los que pudieran funcionar las investigaciones del INCAP. Debido a ello la nueva propuesta de Sheila

---

35. Respecto de la familia Scrimshaw se puede decir lo siguiente: En 1950, fecha en que se funda el INCAP, el Dr. Scrimshaw se convierte en el director, posteriormente Mary Scrimshaw y Susan C. M. Scrimshaw, hijas del que fuera director del INCAP, trabajan en Guatemala y en el INCAP con diversos proyectos de investigación. Mary publica el artículo sobre pluralismo médico en Guatemala con Sheila Cosminsky, mientras que Susan trabaja con Elena Hurtado en una propuesta metodológica.

Cosminsky sobre Pluralismo Médico no entra en las dimensiones ya trazadas en el INCAP.

A partir de este precedente sobre las pautas de lo que es la antropología aplicada a salud y nutrición, el trabajo posterior de Elena Hurtado en el INCAP se concentra en inducir una política de salud del Healthcom y de la AID de los Estados Unidos para Latinoamérica. Esta se basa en promover el mercadeo social, los análisis de comportamiento y la antropología, como ejes fundamentales de lo que se convertirá en: La comunicación para la salud.

Claramente se puede observar la influencia que tiene el trabajo de Elena Hurtado en las publicaciones del INCAP, ya que ella aparece como coautora de 30 documentos<sup>36</sup>. Con todos esos artículos, se elaboró una pequeña base de datos, la cual aprovechamos para hacer un pequeño análisis.

**Cuadro 7**  
**Resumen de artículos publicados por Elena Hurtado y otros en el INCAP**

<b>Tipo de artículo publicado</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Solo con su nombre	4	13.3
Conjuntamente con otras personas	26	86.7
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100</b>
<b>Temática del artículo</b>		
Temática metodológica	5	16.7
Temática educación en salud	9	30
Temática nutrición y salud	9	30
Temática diarrea	3	10
Temática comadronas	3	10
Temática vitamina "A"	1	03.3
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

Véase que la mayoría de los artículos están elaborados por varias personas y son muy pocos los artículos que están firmados solamente por Elena Hurtado, esto explica su figura de "asesora", ya que aunque ella no fuera la responsable principal del proyecto se toman en cuenta sus opiniones. Se puede decir que los artículos publicados y/o asesorados por Elena Hurtado en el INCAP se agrupan en las temáticas siguientes:

---

36. Los asientos bibliográficos de dichos documentos se pueden consultar en las últimas páginas de la bibliografía.

educación en salud (30%), aspectos de nutrición y salud (30%), metodología (16.7%), diarrea (10%), comadronas (10%), y vitamina "A" (3.33%). Los porcentajes más altos corresponden a la temática de educación en salud. Respecto de los otros temas que tienen porcentajes menores todos éstos se relacionan con la antropología aplicada.

A partir más o menos de 1993 Elena Hurtado comienza a desvincularse del INCAP, ya que su experiencia en educación para la salud y antropología aplicada son requeridos por diversas instituciones gubernamentales y no gubernamentales, así inicia el trabajo de Elena Hurtado como asesora independiente. Se puede decir que se convierte en un personaje clave respecto a la política de salud pública, por su trabajo realizado en el INCAP y en proyectos financiados por OPS y OMS en Guatemala.

#### *Etnobotánica y plantas medicinales*

Armando Cáceres ha escrito con otros autores un número considerable de artículos relacionados con plantas medicinales, fitoterapia, encuestas etnobotánicas, etc. Por esta razón es importante la trayectoria de sus publicaciones en la antropología de la medicina. Siendo un académico que procede del campo químico-biológico, ajeno al de las ciencias sociales, él y su equipo se han empeñado en publicar artículos referentes a la medicina popular<sup>37</sup>. A continuación se intentará analizar y comentar sus artículos, razón por la que se dividirán en dos épocas: la primera que va de 1975 a 1985; y la segunda que va de 1986 a 1996<sup>38</sup>.

---

37. Para más detalles consultar sus artículos en la bibliografía.

38. Los artículos que se comentarán son los siguientes:

#### **De la primera época:**

- Estudios sobre la medicina popular en Guatemala, 1977.
- Revalidación cultural y transferencia de alternativas terapéuticas para mejorar la atención en salud en áreas rurales de Mesoamérica, 1984.
- Sistema para la revalidación, investigación y comercialización de las plantas medicinales en Guatemala.

#### **De la segunda época:**

- Estudio sobre la actividad anticáncida de algunas plantas usadas en el tratamiento de vaginitis, 1985.
- Estudio etnobotánico de la flora medicinal del área del Caribe de Guatemala, 1988.
- Situación y perspectivas de la articulación de la medicina tradicional y oficial en Guatemala, 1994.

Los artículos escritos en la primera época se abordan una problemática esencial sobre los servicios de salud en Guatemala, explica su orientación “curativista” y el inapropiado uso de las instalaciones especializadas y uso de equipo sofisticado, comenta la jerarquía especializada y rígida de los trabajadores de salud y de los altos costos de operación y mantenimiento. Esta dura crítica a los servicios de salud en Guatemala es una postura poco usual de un profesional que viene de un área técnica.

Otro aporte importante de su primera época es el uso que hace de la clasificación de las prácticas médicas tradicionales de origen maya; él propone: a) el amplio uso de las plantas medicinales con una clasificación botánica maya asociada a los sabios-curanderos, b) el acervo cultural sobre conocimientos y prácticas de los zajorines o ajcunes, c) de las comadronas, d) de los hueseros o sobadores, y e) las prácticas de punción y ventosas de algunos terapeutas tradicionales.

También hace una interpretación en la que menosprecia a las culturas mesoamericanas, explicando que la transferencia tecnológica de los conocimientos y prácticas viene de las culturas asiáticas; restando así toda posibilidad de desarrollo propio de la cultura mesoamericana. Esta interpretación es consecuente de su formación biologista.

En su segunda época, hace mención del equipo de investigación formado en la Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia de la USAC, como el formado en FARMAYA, ambos encabezados por Armando Cáceres. Con ellos ha realizado un importante número de investigaciones tituladas como: “Estudios Etnobotánicos”. Éstos se basan en una descripción de un grupo de pacientes que utilizaron un fármaco de patente y otro grupo que utilizó un compuesto realizado con plantas medicinales, para el tratamiento de algún proceso de infección. Dicho estudio es en realidad una investigación de laboratorio a la que se le denomina “etno” porque en lugar de utilizar una base de componentes químicos utiliza una planta medicinal, originaria de Guatemala. O sea que utiliza todo el procedimiento científico-farmacéutico para la obtención de un medicamento, véase por ejemplo la conclusión a que llega en uno de los estudios: “Estos hallazgos demuestran en forma preliminar la potencialidad de la aplicación de óvulos de base *S. nigrescens* como tratamiento alternativo de la vaginitis por *C. Albicans*”, Girón (1985:4).

Los estudios etnobotánicos de la flora medicinal también abarcan la recolección de datos con encuestas etnobotánicas, sin embargo la información recolectada por éstas se restringe al nombre popular de la planta, la parte utilizada, el uso popular, la preparación, la cantidad, la administración y el resultado. No recolecta información sobre los procesos ancestrales en la preparación de los remedios caseros.

Los estudios etno-botánicos<sup>39</sup> realizados por Armando Cáceres y su equipo utilizan el prefijo “ETNO”, para intentar demostrar que se está haciendo algo diferente a lo científico-farmacéutico. Ello sería válido solo en el caso que los estudios trataran de incluir al menos otros procesos propios de las etnias como las técnicas de rescoldo, apagado, hervido, parche, sahumero, etc. que se utilizan en la preparación de los remedios caseros. Tomando en cuenta dichas técnicas, el estudio tomaría todo el proceso completo y no solamente una parte del mismo, de esta forma entonces podría denominarse con el nombre Etno-botánica.

Armando Cáceres, siempre que tiene oportunidad, explica su propuesta de la articulación entre la medicina tradicional y oficial en Guatemala. Demuestra que ello se ha logrado implementar en el tema de las plantas medicinales, por medio de la sistematización del uso de las plantas medicinales con tecnologías apropiadas. Logra así las actividades de detección, cultivo, validación y entrenamiento en el uso apropiado de las plantas medicinales. Se puede decir que su propuesta al igual que muchos otros esfuerzos se reducen a determinadas comunidades e instituciones y que no se puede generalizar para todo el territorio guatemalteco. Sin embargo, la contribución de él y su equipo se centra en identificar todas las plantas de uso medicinal en Guatemala para usos de la fitoterapia.

Hasta ahora, se han expuesto tres tendencias diferentes en investigación sobre antropología de la medicina que han venido consolidándose en Guatemala en los últimos 10 años. En el lapso de los últimos cinco años han comenzado a perfilarse nuevas instituciones con orientaciones diferentes sobre el tema. Estas se exponen a continuación.

---

39. También podría utilizarse otra denominación u otros términos para referirse a dicho proceso, como por ejemplo etnofarmacéutica, etnoterapéutica, etc. que utiliza Azzo Ghidinelli en su artículo “La investigación etnomédica y su sectorización”.

## 8. Las nuevas orientaciones

A partir de los últimos años, se han publicado cinco libros patrocinados por diversas instituciones que intentan explicar y abordar el proceso de la salud/enfermedad/atención en Guatemala. Debido a la importancia y vigencia actual que tiene cada uno de éstos, se presenta a continuación dichas publicaciones:

A. Erik Espinosa Villatoro, *Rejaqlem ri Wa'iz: Dimensión cero, filosofía maya, etnomedicina y física moderna* (1999): En síntesis, el autor concibe como fundamentos de la medicina maya las leyes de la manifestación de la energía: la armonía-desarmonía a través de la energía. De acuerdo a esta concepción, Espinosa presenta una propuesta del sistema de la medicina maya basado en los biorritmos físicos-mentales-espirituales. Sin embargo, explica que a partir de influencias externas se desarrolla la etno-medicina mestiza como producto de la mezcla de la cultura maya y la española. Esta parte de nuevos elementos de sustitución que comenzaron a desarrollar diferentes técnicas curativas, rituales, costumbres, hábitos y maneras de vivir. Por ello utiliza el término: Prácticas etno-médicas y populares para referirse a todas las actividades de diagnóstico y terapéuticas utilizadas por la población guatemalteca. Finalmente explica y utiliza los términos: síndromes etno-patológicos, etno-terapéutica, fitoterapia, para referirse a la práctica actual de la medicina entre la población guatemalteca. La propuesta de dicho autor utiliza una fundamentación teórica basada en la etnometodología para entender las prácticas, conocimientos, ideologías sobre el proceso salud/enfermedad/atención. Dicho documento está publicado por Cholsamaj, editorial que se ha dedicado a publicar a los dirigentes del movimiento maya.

B. Ma. Teresa Mosquera S. *et al.* *Conociendo la sabiduría achí: salud y enfermedad en Rabinal*, (2001): El libro es una compilación de tres investigaciones realizadas en Rabinal, Baja Verapaz, respecto de tres temas: las prácticas médicas olvidadas, las comadronas y los guías espirituales, es un trabajo etnográfico que presenta datos respecto de los saberes, prácticas e ideologías de los indígenas y no indígenas del área de Rabinal. La publicación del libro corresponde al Instituto de Estudios Interétnicos (IDEI) de la Universidad de San Carlos de Guatemala. En dicho instituto se ha implementado un área de salud que toma las orientaciones teórico-

metodológicas sobre los saberes, prácticas e ideologías del proceso salud/enfermedad/atención como lo entiende Eduardo Menéndez. De esa forma el área de salud del IDEI intenta retomar la temática del tema de salud abandonada en el CEFOL a raíz de la jubilación de Elba Villatoro, pero con otra orientación teórico-metodológica.

C. Karin Eder *et al.* Modelo de la Medicina Indígena Maya en Guatemala, 2002: En las primeras páginas del documento se explica qué entiende la población maya por cosmovisión, sin embargo el análisis que se presenta no hace una reflexión histórica sobre los procesos de intercambio cultural que hubo durante 500 años entre rasgos mayas, españoles y mestizos. Por ello se interpretan la terapias y diagnósticos como procesos exclusivos desarrollados en el pasado maya. Es importante señalar el error en que incurren éstos, al no involucrar todas las terapias, significaciones, conocimientos, de origen externo (por ejemplo el uso de la ruda, canela, hinojo, etc.) que fueron desarrollándose y marcando sincretismos en el seno de las comunidades.

En otro apartado del libro que se titula: Modelo de medicina indígena maya, las autoras intentan explicar concretamente en qué se basa dicho modelo, pero se denota una falta de conocimiento sobre la literatura del tema y el conocimiento de la realidad, ya que se parte de una clasificación de los terapeutas tradicionales muy cerrada, en la cual se les atribuye una sola especialidad a cada uno de ellos, sabiendo que en la realidad y en diversas publicaciones los terapeutas tradicionales casi siempre tienen dos o tres especialidades o diversos roles: comadrona, curandera de niños, hierbera, etc. Por otro lado, en la investigación se enfatiza mucho sobre el proceso de iniciación de los terapeutas tradicionales y la designación de su ocupación por medio de su nawual, sin embargo es importante mencionar que no en todas las zonas etnolingüísticas de Guatemala se da un manejo del calendario maya. Dicho manejo no se reporta a nivel de los terapeutas tradicionales, y en otros lugares del territorio guatemalteco no se da un proceso de iniciación validado por medio de los terapeutas tradicionales.

La investigación que dio origen al libro fue desarrollada en la Asociación de Servicios Comunitarios (ASECSA), organización que se adhiere a las demandas del movimiento maya, sin embargo su investigación no proporciona elementos teórico-metodológicos que pudieran proporcionar información sobre las ideologías de terapias y terapeutas.

D. Verdugo, Juan Carlos *et al.* Hacia un primer nivel de atención en salud incluyente, (2002): Es importante mencionar que el libro es una propuesta de la Instancia Nacional de Salud, (INS) razón por la cual es pertinente explicar qué hace dicha institución. Esta organización ha surgido a raíz de la asociación de diferentes grupos que trabajan en el área de salud (asociaciones de comadronas, de promotores de salud, de organizaciones no gubernamentales, etc.), de esta iniciativa surge su nombre. A la fecha su trabajo se está conociendo por medio de la propuesta y de un boletín editado por ellos que se llama Portadores de Sueños. El documento que ellos presentan es una alternativa de una política de atención en salud que toma como base diversos elementos y caracteres que a la fecha han creado barreras en la atención en salud en Guatemala. Debido al tipo de publicación no se puede hacer mayor comentario de la misma, sino hasta que exista un documento con intención de convertir su propuesta en un marco concreto.

E. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Programa Nacional de Medicina Popular Tradicional y alternativa (2003): Debido a que ésta sí es una propuesta institucional se comentará como tal. El documento contiene una propuesta de un programa que actualmente está implementando el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), en Guatemala. La propuesta es un reflejo de cómo la bio-medicina entiende otras propuestas o sistemas para atender el proceso salud-enfermedad. Esa es la razón por la que utiliza el término medicina popular tradicional y no se le designe como medicina maya. Sin embargo en un apartado del texto se indica que la propuesta nace a raíz del compromiso del Gobierno de Guatemala con la firma de los Acuerdos de Paz. En el marco referencial del programa se utiliza una definición de medicina popular tradicional que no toma elementos particulares e históricos sobre Guatemala, sin embargo es la propuesta oficial que intentará regir de ahora en adelante la política y legislación sobre los terapeutas tradicionales y sus recursos. Razón por la cual es necesario señalar que desde su inicio la propuesta no intenta una incorporación de diversos elementos sobre las prácticas, saberes e ideologías de los conjuntos sociales en Guatemala en la atención de salud oficial, porque en el fondo no cambia la clásica estructura de atención en salud que proporciona la bio-medicina en el país.

Los comentarios de estas publicaciones se convierten en punto obligatorio para entender las nuevas propuestas que sobre atención en salud se están ejecutando en Guatemala.



Durante los últimos 15 años también se han realizado importantes investigaciones sobre antropología de la medicina<sup>40</sup> en el seno de muchas instituciones que tienen programas de salud rural, sin embargo, muchas de éstas no son conocidas porque no han sido publicadas. En este sentido es importante mencionar que el Programa Nacional de Medicina Popular Tradicional y Alternativa tiene documentadas algunas de estas experiencias.

De acuerdo al repaso de los documentos publicados en Guatemala referente al tema salud/enfermedad/atención, a continuación bosquejamos una interpretación de lo que puede ser el desenvolvimiento de las tendencias que ha tenido la antropología de la medicina en Guatemala en los últimos 15 años.

**Cuadro 8**  
**Propuesta histórica del surgimiento de la Antropología del padecimiento en Guatemala; en los últimos 15 años (de 1985 al 2000)**

Tendencia y Autor <sup>41</sup>	Lugar o centro de investigación en donde se ha desarrollado	Comentarios
Medicina Tradicional Elba Marina Villatoro	Centro de Estudios Folklóricos (CEFOL) Universidad de San Carlos de Guatemala.	Trabajo en un principio con Elena Hurtado, luego con dos médicos; Oscar Reyes y Joaquín Acevedo.
RAP (Procedimientos de Asesoría Rápida) Elena Hurtado	Instituto de Nutrición para Centro América y Panamá (INCAP)	Trabajo en conjunto con Elba Villatoro, posteriormente con Susan C. M. Scrimshaw y en los últimos años como asesora independiente.

Continúa

40. Uno de ellos es el que se titula: Rutzil Qawach; Salud y enfermedad en la comunidad maya K'iche', municipio de Totonicapán, realizado por un grupo de investigadores italianos llamados: Gruppo per le relazioni transculturali en la Asociación Toto Integrado. El informe proporciona datos de tipo cuantitativo y epidemiológico sobre la comunidad, pero también presenta datos cualitativos que explican de una mejor forma algunos casos. También tiene todo un apartado que dedica a las enfermedades culturales como la caída de la mollera y las lombrices. Finalmente intenta explicar dos importantes factores del complejo salud/enfermedad entre los k'iche', el complejo frío-calor y la cualidad del "don de curar" o del "destino de curar" de los terapeutas tradicionales. Durante los años 2,004 y 2,005 se han publicado otros 3 documentos importantes de revisar: otras 2 publicaciones de ASECSA, realizada por los mismos autores que la primera, es un estudio similar y complementario en otras áreas indígenas sobre terapeutas tradicionales y sus terapias. Una propuesta de atención en salud, similar a la de la INS de la organización no gubernamental Pies de Occidente y un estudio realizado por ASINDI REX WE, que se titula Diagnóstico de la Medicina Maya Poqomchi.

41. Para más detalle de las publicaciones de cada autor, consultar la bibliografía.

Tendencia y Autor	Lugar o centro de investigación en donde se ha desarrollado	Comentarios
Etnobotánica y Fitoterapia Armando Cáceres y Lidia Girón	Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia, Universidad de San Carlos de Guatemala.	El trabajo se ha realizado en equipo también en FARMAYA.
El Pluralismo Médico. Ma. Teresa Mosquera S.	Instituto de Estudios Interétnicos, Universidad de San Carlos de Guatemala.	Nueva tendencia teórico-metodológica, para fines de docencia, investigación y divulgación
Propuestas para mejorar la atención en salud. Juan Carlos Verdugo y equipo (INS) Ana María Rodas y equipo (MSPAS)	Instancia Nacional de Salud  Programa Nacional de Medicina Popular Tradicional y Alternativa del MSPAS.	Propuestas en concreto que se están implementando actualmente.

## 9. Un apunte breve sobre el desarrollo de la antropología de la medicina en Guatemala

Inicialmente es importante reflexionar sobre el nombre que en Guatemala debe utilizarse para referirse al tema antropología de la medicina. El campo de estudio es relativamente nuevo y se conoce muy poco en Guatemala. Al utilizar el término antropología de la medicina inmediatamente se relaciona el tema con los trabajos de antropología forense<sup>42</sup> que se han hecho en Guatemala en la últimas décadas, esto se debe a que los medios de comunicación han dado mucha cobertura a este tipo de noticias.

Otro hecho importante son los nombres que se utilizaron durante el desarrollo de estos últimos cincuenta años respecto del tema que nos ocupa<sup>43</sup>. Algunos de éstos son: Medicina Tradicional y Etnomedicina. No se utiliza ninguno de estos términos para titular el capítulo por razones teóricas<sup>44</sup>.

42. Actividades de exhumación realizadas en los lugares donde hubo masacres y cementerios clandestinos, durante la década de los años ochenta.

43. Universidad de San Carlos de Guatemala (USAC), Instituto Indigenista Nacional (IIN), Instituto de Nutrición para Centro América y Panamá (INCAP), Centro de Estudios Folklóricos (CEFOL), etc.

44. Aceptar la utilización del término “tradicional” implica estar de acuerdo con la orientación teórica de que existe un continuum entre un polo tradicional y otro moderno. Esta concepción tiende a homogeneizar los contextos ignorando las particularidades, encierra una clasificación o división de las prácticas en dos mundos. Y la utilización del término etnomedicina está muy ligada a la concepción exclusiva de la etnometodología.

Otra posibilidad hubiera sido el uso del término antropología de la enfermedad o antropología de la salud, como se utiliza en diversos países latinoamericanos o europeos, sin embargo quiero dejar de manifiesto que utilizo el término antropología de la medicina debido a mi formación académica en la Rovira i Virgili universidad española que tiene precedentes en la formación y consolidación de una escuela para entender el proceso salud/enfermedad/atención.<sup>45</sup>

Partiendo de esta primera reflexión es necesario señalar que algunos estudios realizados durante la década de los años cuarenta<sup>46</sup>, son base para el nacimiento de esta disciplina. Pero el nacimiento de la antropología de la medicina en Guatemala debe ubicarse en la década de los años cincuenta, el despliegue de ésta se caracteriza por la incursión de investigadores estadounidenses, quienes desde un principio otorgan las bases sobre las cuales se realizarán la mayoría de los trabajos.

En dicha década se comienzan a manifestar dos diferentes orientaciones: una entre académicos e investigadores estadounidenses que toman como base las investigaciones realizadas por Richard Adams (1952), por Bill Douglas (1960) y Rubel-Adams (1967)<sup>47</sup>. De aquí en adelante todas las investigaciones elaboradas por estadounidenses toman como base obligatoria los estudios realizados por este trío. Sin embargo, para el caso de los investigadores guatemaltecos éstos tomarán como base dichos estudios hasta la década de los años ochenta.

La otra orientación que se fundamenta en el planteamiento de Adams, pero que toma y reinterpreta otros contenidos es la elaborada por el Dr. Juan José Hurtado, orientación que se difunde mayormente entre académicos guatemaltecos.

Las instituciones académicas y de investigación, también tienen un importante papel en el desarrollo de la antropología de la medicina en

---

45. Para más detalle sobre la consolidación de dicha escuela consultar en la bibliografía los escritos de J.M. Comelles y Angel Martínez.

46. Los estudios realizados son de índole etnográfico y tratan diversos temas.

47. Debido a que las últimas dos publicaciones no están escritas en español se conocerán entre el medio académico guatemalteco hasta la década de los años ochenta.

Guatemala. La Universidad de San Carlos de Guatemala (USAC) y el Instituto de Nutrición para Centro América y Panamá (INCAP) son las instituciones que tienen un papel medular en el desarrollo de la disciplina.

Para el caso de la Universidad de San Carlos de Guatemala, la Facultad de Medicina es la primera institución que se convierte en el preámbulo para la inclusión de una orientación social en la concepción biomédica a mediados de la década de los años sesenta. De esta forma son los médicos y no los antropólogos, los primeros académicos guatemaltecos en preocuparse y realizar estudios sobre antropología de la medicina. En la década de los años ochenta y debido a la tecnificación masiva y hegemonía de la bio-medicina, la Facultad de Medicina abandona el interés por la medicina social o la antropología de la medicina.

En ese período de transición entre la décadas de los años setenta y ochenta, surge el Centro de Estudios Folklóricos (CEFOL), en donde Elba Villatoro desarrolla una de las importantes tendencias que sobre medicina tradicional hay en Guatemala. Es importante mencionar que su trabajo fue realizado durante 16 años, después de su jubilación no existe otro investigador que retome esa línea de investigación dentro del CEFOL.

En la década de los años setenta en la Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia, comienza a aparecer otra importante tendencia. Armando Cáceres y su equipo comienza a trabajar el área de las plantas medicinales en Guatemala. Profesionales con especialidades “técnicas” comienzan a incursionar en el campo de la medicina tradicional, a la fecha sus investigaciones sobre etnobotánica han abierto una brecha sobre una posible articulación entre los sistemas de salud y la medicina tradicional.

Finalmente uno de los aportes más importantes para el desarrollo de la antropología de la medicina en Guatemala es la publicación del libro: Etnomedicina en Guatemala compilado por Elba Villatoro y publicado por la Editorial Universitaria. Dicho libro es el inicio de tres diferentes tendencias o enfoques que sobre el tema se irán consolidando por medio de diversas investigaciones. Las tres tendencias son: a) La medicina tradicional realizada por Elba Villatoro en el CEFOL, b) La antropología aplicada y educación en salud realizada por Elena Hurtado en el INCAP, c) La etnobotánica y fitoterapia realizada por Armando Cáceres y Lidia Girón en la Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia.

Durante los últimos años en el IDEI de la USAC, en el área de salud se ha implementado una orientación teórico-metodológica sobre el proceso salud/enfermedad/atención para ir construyendo diversas investigaciones y publicaciones sobre el tema.

Otra de las instituciones que tiene un trabajo importante sobre la antropología de la medicina es el INCAP. Las investigaciones de índole antropológico que se realizan en el INCAP, tienen tres diferentes etapas de influencia norteamericana. La primera realizada por Richard Adams y Nancie Solien, que se basa primordialmente en interpretar las enfermedades de los indígenas pertenecientes a la sociedad folk, toma de base también algunos problemas de aculturación respecto a nutrición que se presentan en la población. La segunda realizada por Sheila Cosminsky se orienta hacia la aplicación de la antropología aplicada en problemas de salud y nutrición; y la tercera a cargo de Elena Hurtado que se basa en la antropología aplicada y la educación en salud.

Durante los años noventa se han realizado importantes estudios sobre el tema, que han surgido a raíz de las demandas del movimiento maya, pero a la fecha no se han consolidado en una propuesta coherente que sirva para dicho movimiento.

Tanto los profesionales de las ciencias biomédicas como los de las ciencias sociales; en el desarrollo de las dos últimas décadas, han incursionado en temáticas afines a los dos campos para buscar respuestas y soluciones, creando así una articulación entre los campos. La actitud hegemónica de la bio-medicina ha intentado desenfocar esa articulación necesaria entre los dos campos. El desarrollo de la antropología de la medicina en Guatemala de los últimos cincuenta años es una muestra de esa lucha.

El presente capítulo proporciona información respecto de un vacío que a la fecha existía respecto de la temática en Guatemala.

## Capítulo 2

### Referencias obligatorias para entender el pluralismo médico: (Marco teórico y metodología)

En este capítulo en la primera parte se hace un análisis de los aportes teórico-metodológicos de la antropología respecto de los curadores tradicionales. Por ello se presenta una revisión bibliográfica respecto de libros y artículos de revistas que tienen como temática central a los terapeutas tradicionales, ya que las parteras por su formación empírica se les ubica dentro de este conjunto, se incluye una revisión de investigaciones que tuvieron como temática central a las parteras. Esta revisión pone de manifiesto las diversas orientaciones teóricas y metodológicas de las cuales se han elaborado distintas investigaciones para el área de México y Guatemala, después de esta revisión, se hace una reflexión teórica de los ejes de la investigación y en la segunda parte se hace referencia a la metodología utilizada.

#### **Revisión bibliográfica sobre terapeutas tradicionales**

México es uno de los países latinoamericanos que más ha desarrollado los marcos teórico-metodológicos de las distintas disciplinas que conforman las ciencias sociales. Esto se explica en la política de recepción de académicos e investigadores que tuvo el país para los exiliados del cono sur y de otras latitudes durante las décadas de los años sesenta y setenta de los conflictos políticos de izquierda y de derecha, que llevaron a la derrota de muchos regímenes presidenciales popularmente electos.

No se puede hablar de la conformación de un marco teórico-metodológico propio de Latinoamérica que no escape a las influencias de los núcleos hegemónicos y de poder de los diversos enfoques y teorías nortee-

americanas y europeas. De esta cuenta los aportes actuales de muchos académicos mexicanos tienen su base en la influencia marxista, en la influencia de la escuela de los anales, y otros tantos enfoques que han reinado en las ciencias sociales, sin embargo es importante mencionar que las propuestas de muchos académicos mexicanos se basan en dichas influencias pero sus aportes no son copias fieles de los mismos, sino han aportado nuevos elementos que son importantes para el avance de la ciencia social latinoamericana. Este es el caso de Eduardo Menéndez y su escuela para el tema de la antropología médica crítica en su versión mexicana<sup>1</sup>.

Se hizo una revisión regional (México y Guatemala) de los documentos escritos sobre el tema de terapeutas tradicionales. Para el caso mexicano los autores se pueden clasificar en dos tendencias teóricas diferentes, de las cuales puede decirse que se diferencian en el uso de distintos términos, que explican los tres modelos de atención de la enfermedad, pero que debido a riñas y conflictos entre ambos deben tratarse por separado.

Por un lado están las publicaciones de Carlos Zolla y equipo, quienes proponen un enfoque teórico llamado: Respuesta social a la enfermedad, que utiliza la siguiente clasificación: Medicina doméstica, Medicina tradicional y Medicina académica. Zolla, 1998. Por el otro lado están las publicaciones de Menéndez y su escuela, quienes proponen el enfoque sobre el proceso salud/enfermedad/atención que designa tres modelos: el modelo médico hegemónico, el modelo médico alterno subordinado y el modelo de autoatención. (Cfr. los siguientes autores, Freyermuth, 1993, Módena, 1990, Menéndez, 1981, Campos, 1986).

No existen diferencias reales entre una y otra propuesta de los tres modelos de atención de la enfermedad y de cómo abordar la enfermedad, sin embargo sí que hay una diferencia en cuanto a la propuesta que plantea Menéndez respecto de todo el proceso de institucionalización de la propuesta hegemónica de la medicina en la cual se analiza la influencia económica-socio-política que tienen y que caracterizan a determinados conjuntos sociales en el proceso de la salud/enfermedad/atención que no presenta

---

1. Insisto en utilizar el término "escuela" por no encontrar otro más coherente que retrate la alineación que tienen muchos investigadores en identificarse como seguidores de la propuesta teórica-metodología de dicho autor.

Carlos Zolla, ya que éste solamente explica que en los tres tipos de medicina se mantienen relaciones asimétricas y vinculaciones, pero no las explica.

Los aportes más importantes de la producción de Carlos Zolla y equipo respecto de los terapeutas tradicionales es identificar el contexto en el cual se mueven éstos. Que corresponde al espacio familiar que es manejado fundamentalmente por las madres (uso y manejo de medicamentos caseros, explicaciones mágico-religiosas de causas y curación de padecimientos, etc.) y que activa las redes familiares como un paso elemental para visualizar la carrera de la enfermedad o el itinerario.

Respecto de las investigaciones realizadas por Menéndez y demás autores en el tema de los terapeutas tradicionales es necesario explicar en primer lugar las diversas políticas que ha implementado el sector salud mexicano para dichos terapeutas.

En México se han implementado varios programas de salud en los cuales se ha intentado una vinculación entre curanderos tradicionales y personal a cargo de la atención primaria. Este es el caso del programa titulado IMSS-COPLAMAR; el libro de Graciela Freyermuth Enciso dedica un apartado al análisis de los resultados que ha tenido la estrategia sobre curanderos tradicionales, con el personal de la atención primaria en los Altos de Chiapas. Uno de los principales logros de dicho programa fue el reconocimiento oficial de dichos curadores con el hecho de intentar proporcionar a los demandantes de la salud una nueva práctica curativa.

Respecto a la legislación sobre las actividades de los terapeutas indígenas, México adelanta parte de la tarea, ya que en uno de los Estados con mayor población indígena, como lo es Chiapas, durante la creación de su Ley de Salud, se redactaron 6 artículos referentes a la legalización de las prácticas de los “empíricos y terapeutas tradicionales”. Aunque solamente se cuenta con la vigencia de 6 artículos, que rechazan las diversas asociaciones de terapeutas tradicionales mexicanos<sup>2</sup>, el país puede hablar

---

2. Las razones principales por las cuales dicha asociación no acepta los artículos se resume en lo siguiente: “Valoramos el interés del gobierno por reconocer el ejercicio de la Medicina Tradicional, sin embargo, nos preocupa que dicho reconocimiento, tal como aparece en la ley referida implicaría, en la práctica, una disminución de las funciones que históricamente realizan los médicos tradicionales indígenas”. (Campos,1996:226)



de una legislación respecto de las prácticas, mientras que en Guatemala a la fecha se está discutiendo el proyecto de ley entre diversas asociaciones.

El tema de la legislación se trata en la tesis doctoral de Roberto Campos Navarro, la misma se centra en la legalización de la medicina tradicional en México y Bolivia. En el capítulo cuarto proporciona información respecto de las especializaciones de los curanderos, sin embargo también en su trabajo hace una revisión de la respuesta que tuvieron las asociaciones mexicanas de terapeutas tradicionales respecto a la legislación.

Tomando de base el reconocimiento oficial de los terapeutas tradicionales y un vago proyecto de ley de su quehacer, los aportes de las investigaciones de la escuela de Menéndez son:

El mismo Eduardo Menéndez, en su publicación de 1981 propone una tipología<sup>3</sup> de los curadores: a) grupo técnico que incluye a comadronas y yerbateros; tienen habilidades técnicas y elementos mágico-religiosos; b) el grupo casero y/o auto-medicación; c) el grupo religioso que se basa en la eficacia simbólica; y d) el grupo mágico; que tiene control social y eficacia simbólica.

Después de explicar las actividades también hace una revisión crítica de los estudios realizados en el área de Yucatán por antropólogos estadounidenses y por científicos sociales de adscripción marxista, en ella se señala las deficiencias teórico-metodológicas de los autores que han estudiado “lo tradicional”. Como académico teórico su aporte más importante es esta misma revisión crítica que hace sobre los autores que han escrito sobre el tema en la región de Yucatán.

Graciela Freyermuth, 1983, en su investigación identifica los siguientes terapeutas: Iloles, parteras, hierberos, hueseros y rezadores de los cerros, y explica que todos emplean diversos procedimientos de diagnóstico y terapéutica, que tienen el reconocimiento de sus comunidades como tales y tienen un saber adquirido a través de sus experiencias cotidianas. Los recursos terapéuticos que utilizan son la magia, la herbolaria, la adivinación, la imposición de manos, y algunos fármacos que han sido tomados de la práctica biomédica.

---

3. Cuestionada indudablemente por la ideología dominante curativa.

Otro libro a comentar es el de María Eugenia Módena, 1990, su trabajo corresponde a su tesis de maestría. Es una investigación realizada en el municipio de Hidalgotitlán en el Estado de Veracruz. La autora se basa en un estudio sobre los recursos económicos de las familias a las que encuestó para poder entender las diferencias de acceso a los recursos de salud existentes en la comunidad, sin embargo también analiza las diferencias entre grupos de acuerdo a su adscripción religiosa.

Respecto de los curadores tradicionales explica la existencia de una jerarquía diferente a la presentada por Graciela Freyermuth. Módena explica que existen curadores reconocidos como tales por la población que habitan en una comunidad, como es el caso de las parteras, hueseros y curadores, pero explica que también existen curadores que son reconocidos solamente por familiares o conocidos, este es el caso del anciano o anciana que ejerce en forma circunstancial algunos de sus conocimientos aprendidos.

En 1996, Campos Navarro, presenta datos de estudios realizados en el sector salud mexicano, él explica que trabajó con dos tipos diferentes de terapeutas tradicionales y que los clasificó por especialidad: sobadores, yerberos, hueseros, parteras, curadores de rabia, jitoteveris, espiritualistas y rezadoras, mientras que por su demanda curativa se pueden clasificar en: curación del empacho, de mal de ojo, caída de mollera, partos, torceduras y otros problemas.

Para su estudio en particular se presenta la siguiente clasificación: *“El que cura con ceremonias rituales en forma individual o colectiva: es la categoría de curanderos especializados con una mayor jerarquía en el ámbito indígena. Se trata de individuos que desarrollan actividades rituales muy complejas con un elevado grado de simbolismo curativo. Son aquellos que emplean durante las ceremonias un conjunto de elementos simbólicos... Los símbolos aparecen en el uso de la palabra, de la imagen, del gesto y del contacto físico, entre otros. Es el jitoteveri de los yoremes (México) quien diagnostica y cura con el tabaco macucho (nicotiana rústica); el “médico de campo” en la región purépecha (México) quien cura con limpias; el hñmen (México) de los mayas que encabeza las ofrendas propiciatorias a Chaac, dios de la lluvia, o el médico kallawayá (boliviano) que dirige rituales colectivos para efectuar las fiestas patronales del pueblo. El que cura de maleficios: Es aquel que neutraliza la hechicería, también conocida en las diversas regiones de México y Bolivia como “daño”,*

“mal puesto”, “embrujo”, “maldición” y otras denominaciones. *La partera*: Ella atiende los asuntos reproductivos de la mujer como son la esterilidad, el embarazo, el parto, el puerperio y las secuelas o complicaciones correspondientes, sus actividades no se restringen al ámbito de lo materno pues los cuidados de la partera se amplían al recién nacido e incluso niños mayores, abarcando todo el espectro materno-infantil. *El que cura por medio de friegas o sobador*: Es aquel que cura mediante masajes aplicados en diversas regiones del cuerpo. *El que cura con hierbas medicinales*: En todas las regiones, los médicos indígenas emplean -en mayor o menor grado- la herbolaria medicinal. *Otros especialistas*: No importando diferentes elementos que se utilicen, en todas las zonas de trabajo existen personas que se dedican a la “limpia” de enfermos y a la concertación de huesos (hueseros)”, Campos (1996:84-89).

Esta es una pequeña revisión de algunas de las publicaciones más importantes sobre terapeutas tradicionales realizadas en el territorio mexicano. A continuación se darán los mismos datos referidos a Guatemala.

Existen dos importantes publicaciones que pertenecen a la década de los años setenta, una hecha por el antropólogo Benjamín D. Paul, que trata específicamente de los compone huesos y la otra realizada por el Instituto Indigenista Nacional, que trata de los resultados de una encuesta a nivel nacional sobre las distintas clases de curanderos indígenas. Las dos publicaciones son muy poco conocidas, una por estar en el idioma inglés y la otra por su poca difusión. Sin embargo se puede decir que a partir del inicio de la década de los años setenta ya existía una clasificación de los terapeutas tradicionales en Guatemala que los definía así: “Parteras: mujeres que se dedican a atender partos y que a la vez hacen un control pre y post-natal. Compone-huesos: personas dedicadas al tratamiento de fracturas, luxaciones y golpes. Zajorines (guatemaltequismo): los que se dedican a hacer adivinaciones por medio de los espíritus (de los antepasados, del Dios Mundo o Jesucristo y santos de la Iglesia Católica) para determinar qué enfermedad está afectando a la persona y cuál es el tratamiento adecuado. Curanderos: aquellos que se dedican a curar pacientes que sufren lo que podríamos llamar enfermedades comunes”. (INN:1969:55)

Dichas publicaciones pueden decirse que son fruto del relativismo cultural, ya que se pretendía conocer a la sociedad folk y sus representantes, quienes poco a poco iban a desaparecer porque terminarían “incorporarán-

dose” al desarrollo nacional. Sin embargo, a la luz de los años vemos que ello no sucedió, que esta clasificación de los curanderos por especialidad sigue siendo válida y que permaneció así casi durante veinte años, de 1970 a 1990, ya que a raíz de los Acuerdos de Paz surge un nuevo término “guía espiritual” que viene a refuncionalizar algunas de las actividades realizadas por los antes conocidos como “curanderos”. Se comienza a utilizar otro término: Terapeutas tradicionales. El uso de estos dos términos da elementos nuevos a la vieja clasificación que se venía utilizando que como se verá más adelante en el capítulo cinco, responde a planteamientos políticos del movimiento maya.

Existen otras dos publicaciones más recientes, una de 1997 de Elba Villatoro y la otra del 2000 de Isabel Sucuquí<sup>4</sup>, las cuales se caracterizan porque hacen uso del término “terapeuta tradicional”. El artículo de Elba se refiere al surgimiento y vigencia actual de la profesión de curandero, en el mismo propone una clasificación de terapeutas para Totonicapán: Ajq’ij sacerdote maya, ajkun curandero y sacerdote, aj kunanlel curandero general, aj kunalalab el que cura niños, ilonel alom comadrona, chapalbak agarra huesos, aj itiz brujo. Mientras que Isabel Sucuquí para el área de Rabinal presenta la siguiente clasificación de los terapeutas tradicionales: El principal y devocionista qajawxel y ajkotz’ij, el mayordomo y devocionista, el devocionista y ajmesa o adivino ajkotz’ij y ajmesa o ajqui’ij, el devocionista y padrino, ajikotz’ij uq aw chodyos, la curandera ixoq ajkun, la curandera de niños y la comadrona.

Es necesario señalar que tanto en las investigaciones sobre terapeutas tradicionales del área mexicana como guatemalteca, los investigadores mencionados en el desarrollo de éste capítulo, a la fecha explican una importante característica de dichos terapeutas que es la diversidad de funciones; o sea que, es muy raro encontrar un terapeuta tradicional que ejerza una sola función, por ejemplo para el cargo de comadrona; la mayoría de ellas también se dedican a curar enfermedades de niños y a “sobar” a las personas que tienen diversos achaques.

---

4. Es importante mencionar que parte de la tesis de licenciatura de Isabel Sucuquí fue publicada, ver en la bibliografía el libro Mosquera, Ma. Teresa *et al.* Sin embargo, se recomienda la consulta de la tesis de licenciatura para complementar la información.

En Guatemala existe otra importante publicación sobre terapeutas tradicionales realizada recientemente<sup>5</sup>, que presenta datos sobre la clasificación de los terapeutas tradicionales mayas, pero lamentablemente en ella no se explica esa diversidad de funciones que tienen los terapeutas, se le asigna una sola categoría a cada uno. Dicha omisión de la información refleja en parte el poco uso del análisis de la información ya que es importante que un libro que habla sobre “el modelo de la medicina indígena maya” nos explique esa multiplicidad y diversidad de las funciones que tienen los terapeutas tradicionales.

Una de las publicaciones más recientes es producto del programa Nacional de Medicina Popular Tradicional y Alternativa, que actualmente está implementando el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), en Guatemala. La propuesta es un reflejo de cómo la bio-medicina entiende otras propuestas o sistemas para atender el proceso salud-enfermedad. Esa es la razón por la que utiliza el término medicina popular tradicional y no se le designe como medicina maya. En el marco referencial del programa se utiliza una definición de medicina popular tradicional que no toma elementos particulares e históricos sobre Guatemala y carece de un análisis social para entender cómo el enfermar, atender y curar están determinados por factores sociales, culturales, políticos y económicos. Sin embargo, es la propuesta oficial que intentará regir de ahora en adelante la política y legislación sobre los terapeutas tradicionales y sus recursos. Razón por la cual es necesario señalar que desde su inicio la propuesta no intenta una incorporación de diversos elementos sobre las prácticas, saberes e ideologías de los conjuntos sociales en Guatemala en la atención de salud oficial, porque en el fondo no intentan cambiar la clásica estructura de atención en salud que proporciona la bio-medicina en el país.

Esta revisión bibliográfica realizada en el área mesoamericana sobre terapeutas tradicionales intenta proporcionar a grandes rasgos una revisión crítica de los documentos escritos a la fecha sobre el tema y es importante

---

5. Las publicaciones a que me refiero son las de ASECSA, que para la fecha de publicación de este documento ya son tres: Modelo de la medicina indígena en Guatemala 2002, Modelo de la medicina indígena maya en Guatemala: expresiones del modelo en el grupo étnico q'eqchi' 2004, La herencia de las abuelas y los abuelos en la medicina indígena maya 2005. Para más detalles ver bibliografía.

señalar que como son clasificaciones, en otras palabras quiero decir que son intentos de ordenar la realidad social existente; muchas de ellas no responden a una postura teórica en particular, sin embargo el enfoque metodológico utilizado en cada una de las investigaciones para recolectar y analizar la información es importante porque de éste depende el mejor entendimiento de una realidad social.

A continuación se presenta de nuevo una revisión regional, o sea mesoamericana, (Sur de México y Guatemala) sobre el tema parteras.

Para el caso mexicano nuevamente quiero referirme a la existencia dividida de dos importantes núcleos de estudio que hay sobre el abordaje social del proceso salud-enfermedad. Uno de ellos fue el equipo de trabajo que laboró en el Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS), quienes se caracterizaron por ser uno de los equipos más importantes para el desarrollo de la antropología de la medicina mexicana debido a su investigación y publicaciones. El CIESS publicó tres libros<sup>6</sup>, producto de sus actividades y de su postura teórico-metodológica en cuanto al proceso salud/enfermedad/atención.

Uno de los aportes más importantes del libro es la caracterización que se hace de la medicina doméstica, ya que lo publicado hasta la fecha en México sobre autoatención (modelo así nombrado por Menéndez) no está caracterizado con tanto acierto, como se hace en el libro sobre la atención del embarazo y el parto. Los autores explican la base de la medicina doméstica y hacen una comparación de ésta con la medicina tradicional (modelo subordinado alternativo nombrado así por Menéndez).

Tanto para el área mexicana como guatemalteca se han hecho importantes documentos que nos explican el desarrollo histórico que ha tenido el oficio de partería desde la época prehispánica, colonial y republicana. Hiram Bravo da los antecedentes generales sobre la partería, explica también el origen de su definición y hace una diferenciación entre los diversos términos que se utilizan para denominarlas (parteras adiestradas, matronas, comadronas, etc.). Presenta la historia de occidente respecto de este per-

---

6. Los títulos de los otros libros son: a) Medicina tradicional y enfermedad, b) El futuro de la medicina tradicional en la atención a la salud de los países latinoamericanos y c) La atención al embarazo y el parto en el medio rural mexicano.

sonaje, seguidamente expone la historia mexicana para la cual utiliza documentos escritos por los cronistas españoles haciendo énfasis en los temas siguientes: parto, recién nacidos, ombligo, placenta, concepciones mágicas y religión. Para el caso de Guatemala es Elba Villatoro en las publicaciones de 1994 y 1996, quien tiene una buena documentación sobre la historia de la comadrona, sobre todo en la riqueza de los datos que provienen del período pre-hispánico.

El trabajo elaborado por diversos investigadores sobre el tema parteras en los dos países, ha sido documentado muy bien, por dos importantes autoras: Ma. Guadalupe Guzmán para el caso mexicano hace una síntesis muy buena sobre el desarrollo de las investigaciones realizadas en México durante los años cuarenta y sesenta, presenta las diferencias de los aportes que se dan a partir de los años setenta. Para el área mesoamericana es Sheila Cosminsky quien explica los aportes más representativos de las investigaciones realizadas en el área de Guatemala<sup>7</sup> y México<sup>8</sup>. Comenta principalmente los estudios de comadronas realizados por: Paúl en San Pedro La Laguna, Sololá, y el trabajo elaborado por ella en Santa Lucía Utatlán, Sololá, Guatemala.

La revisión que la autora hace de cada uno de los trabajos es importante porque antes de la década de los años setenta, la intención de los trabajos antropológicos en el área mesoamericana era de índole descriptiva y etnográfica. A partir de los años setenta las etnografías, para el caso de Guatemala, comienzan a girar en torno a una temática en particular como es el caso del estudio de Paúl & Paúl, de Nancie Solien González y de Sheila Cosminsky.

El período pre-parto, parto y post-parto ha sido estudiado desde la óptica de las ciencias sociales, principalmente se han abordado las creencias y prácticas que existen entre la población sobre dicho período. Algunos de los hallazgos más importantes de investigaciones realizadas en diversas áreas geográficas de México se presentan a continuación:

---

7. Chinautla de R. Reina, Chichicastenango de R. Bunzel, Todos Santos de Oakes, Santiago Chimaltenango de Wagley, Santa Eulalia de La Farge, Camotán de C. Widson, San Luis Jilotepeque, de J. Gillin.

8. Norte de México por Kelly, Tepoztlán de Lewis, Tzintzuntzan de Foster, Mitla de Parsons, Chan Kom de Redfield y Villa Rojas, Sinacatán de Vogt y Fabrega.

Virginia Mellado explica que para poder entender las prácticas y representaciones del entorno de las comunidades, entre algunas de las concepciones más importantes se debe aclarar la significación que tiene la expresión “ya enfermó”, para referirse a una mujer embarazada. Se explican las razones por las cuales dicho término no debe entenderse como estado patológico, sino como un estado que producirá cambios en el cuerpo de la mujer. En otra comunidad mexicana Miguel Güémez 2000, explica la complejidad que hay entre las mujeres mayas respecto del ciclo vital, la relación de éste con el embarazo y nacimiento, la interpretación que tienen las mujeres de esos eventos y la experiencia vivida en sus cuerpos.

Explica que la racionalidad occidental es diferente respecto de las: “...Ideas sobre la concepción, el desarrollo del feto, de la anatomía del cuerpo humano y del cuerpo espiritual del paciente yucateco” Güémez(2,000:312). El mismo explica la necesidad del análisis lingüístico y antropológico del significado y las funciones que tiene la anatomía humana. Dos hallazgos muy importantes respecto del tema son: a) la noción de que los órganos internos son móviles y b) la falta de distinción anatómica entre el sistema digestivo y el reproductivo. Pienso que estos hallazgos son importantes porque son la base de muchos padecimientos que localicé entre los mayas achí durante el desarrollo de la investigación. También Miguel explica que el sentido de concebir el embarazo como una enfermedad se da porque las funciones de la mujer se ven alteradas (náuseas, vómitos, abultamiento del vientre y los senos, ausencia de menstruación, etc.).

Paola Sesia hace referencia a las concepciones anatómicas y fisiológicas del aparato reproductor femenino y explica la función de centro vital que tiene la matriz entre las parteras, como también la dualidad frío-caliente y otras creencias.

Para el período del embarazo algunas características del área guatemalteca, según Cosminsky, explica que el trabajo de la comadrona comienza desde el 3er. , 5to. y 7mo. mes con los masajes prenatales que ayudan a determinar la posición del feto y con ello aminorar el dolor en el parto, como también mantener el útero en su lugar. También se habla que comienza a desaparecer el uso del temascal durante el embarazo. Identifica la administración de remedios caseros, la restricción de algunas comidas frías y la determinación del estado caliente de la embarazada. Para el caso mexicano



Mellado explica que es el ámbito doméstico en donde se desarrolla todo el embarazo y explica sobre las prohibiciones que hay para las embarazadas respecto de comidas, actividades domésticas, niños pequeños, etc. también explica las acciones que se toman cuando los embarazos se complican y explica las diferentes enfermedades que pueden padecer las mujeres embarazadas.

Mientras que el proceso de parto está mejor documentado en las diversas investigaciones realizadas en México y Guatemala. La mayoría de los autores explican que la falta de infraestructura de carreteras y red de transportes, es la razón principal por la cual la demanda de las parteras se convierte en la única atención disponible en esos lugares, poniendo en tela de juicio la mundialmente conocida medicalización del parto, que se da por la utilización de los recursos bio-médicos y por el sofisticado instrumental técnico de intervenciones medicalizadas.

Las investigaciones también proporcionan información respecto de las creencias que hay en torno del cordón umbilical, placenta, ombligo y acciones que se hacen cuando surgen las complicaciones. Por ejemplo Güémez explica el significado de la placenta: “Es considerada como una cuestión personal e íntima que amerita una atención particular. La manera en que se dispone de ella influencia no sólo el destino del recién nacido sino también la fecundidad futura de la madre. Así pues, es comprensible que los mayas encuentren inadmisibles tirarla en la cubeta de un hospital para deshacerse de ella de una manera altamente irrespetuosa”. Güémez (2000:316).

Sin embargo algunas de las funciones más importantes de que el parto suceda en el hogar como lo explica Cosminsky en Guatemala son: la presencia del esposo y el uso de la posición “encucillada”. Lamentable la inferencia médica, respecto del uso de esta posición en las capacitaciones a comadronas no es recomendada. Las comadronas también proporcionan un masaje antes del parto para relajar los músculos y así contrarrestar la acción fría del mismo. Por otro lado la administración de remedios caseros es otra práctica que es muy controlada y reprobada por el personal médico; la autora también explica algunas técnicas que las comadronas usan para expulsar la placenta (masajes que presionen la parte baja, estornudos, vómitos, etc.), analiza el significado que tiene para los mayas la placenta. Indica que el cordón umbilical se corta hasta el momento en que la placenta ha sido expulsada.

Señala prácticas buenas y negativas respecto del cordón umbilical. El mismo tipo de información proporciona Annelise Favier para el caso mexicano.

Un estudio realizado en Guatemala también hace alusión al uso de algunos medicamentos como los oxitócicos en los trabajos de parto por las comadronas, Piero Coppo explica la importancia de eliminar o de adiestrar correctamente a las comadronas, también hace una recomendación sobre los riesgos de la no esterilización de los instrumentos utilizados en el parto, la alimentación inadecuada de la embarazada y la búsqueda tardía de los servicios oficiales de salud en un período muy avanzado del parto.

Respecto del período post-parto en Guatemala y México se habla del cuidado del recién nacido, de la importancia del primer baño en agua tibia o en el temascal y explica: "...En Tzintzuntzan la comadrona le abre la boca a la criatura y le empuja el paladar para fortalecerlo con fines de evitar enfermedades futuras. En Santa Lucía si el bebé tiene dificultades respiratorias la comadrona chupa la cabeza para subir y empujar la fontanela con la boca ya que se cree que ésta es la causa del problema" Cosminsky (1977: 322). Respecto del cuidado después del parto: se hace énfasis en la percepción del estado delicado de la madre y del niño después del parto, para justificar el aislamiento y restricción de algunas de las actividades de la mujer, ya que éstas se determinan por la condición física de la mujer, el número de parientes femeninos que la ayudan y su estado socioeconómico.

El aprendizaje del oficio de comadrona es uno de los temas tratados por una serie de autores tanto mexicanos como guatemaltecos, la importancia que tiene el aprendizaje del oficio de partera como un proceso de socialización primario que se caracteriza porque: "...interioriza valores, símbolos y habitus que estructuran y orientan la percepción y las prácticas de acuerdo con las características socioeconómicas de la comunidad". Güémez(1,997:3).

Mientras que para el caso guatemalteco se puede decir que existen dos caminos para ser comadrona: uno por medio de la vía matrilineal en donde las hijas aprenden de las madres, abuelas, hermanas, etc; y la otra se relaciona con el destino y/o "don" que tienen los terapeutas tradicionales mesoamericanos. Sin embargo, Villatoro mencionan tres diferentes razones por las cuales las mujeres se hacen comadronas: por la necesidad, por herencia y por revelación de signos sobrenaturales, como lo son los sueños y enfermedades. Este es un importante hallazgo de dicha autora porque expone

nuevos procesos de adquisición de un oficio que era considerado como un don, ya que en estudios de la década de los años setenta se hace mucho énfasis en los aspectos sobre naturales para la elección del oficio. Siempre en el territorio guatemalteco, una investigación realizada por una organización no gubernamental nos explica el cambio que se está dando en la relación comadrona-embarazada, explican cómo la relación de reciprocidad que se basaba en un patrón jerárquico y de servicio a la comunidad respecto a la figura de los terapeutas tradicionales comienza a desaparecer, y explican cómo esa relación debe empezar a entenderse en términos de una relación mercantilista. Otra interpretación que se da respecto al cambio en la relación de reciprocidad, es la presión social como sociocultural e individual que las parteras deben enfrentar respecto del cambio.

Aunque existan diversas razones por las cuales las mujeres se hacen comadronas, un importante elemento en esta formación son las capacitaciones que reciben éstas por parte del sector de salud estatal o del sector salud de las organizaciones no gubernamentales, ya que su experiencia respecto del aprendizaje junto al lado de otras parteras determinará en gran medida su posterior prestigio y demanda cuando éstas terminan su proceso de capacitación.

Con el proceso de capacitación las parteras o comadronas comienzan a manejar un mundo muy extenso de conocimientos, racionalidades y prácticas de las cuales harán uso dependiendo del padecimiento que deban atender. Se da una articulación desigual entre varios modelos médicos, ésta responde a diferentes planteamientos teóricos que tratan de entender una cultura médica de la partera que se mueve en dos esferas diferentes: "...Por una parte, aquellos saberes considerados como "tradicionales" surgidos desde el ámbito sociocultural (no académico) que se han constituido sobre bases primordialmente empíricas, ideológicas y filosóficas e incluso religiosas, aceptados comunitariamente, llegando a ser instituciones en sí mismas. Por otra parte, también incorpora (por efectos del proceso de la capacitación dirigida) saberes que provienen y son reconocidos por la práctica médica académica "científica", alopática, constituido desde las disciplinas biomédicas y que en la actualidad es dominante en los sistemas de atención de los países occidentales." Güémez(1997:4). A partir de esa articulación comienza un proceso de re-socialización entre las dos esferas de saberes, prácticas e ideologías.

Por otro lado los cursos de capacitación a comadronas han sido motivo de estudio por muchos científicos sociales. Para el caso de Guatemala, Cosminsky indica que el inicio de los programas de capacitación a comadronas fue realizado por Nancie González en 1963 y fue llamado Programa de Entrenamiento de Sanidad Pública para Comadronas. Se reportan algunos problemas de deficiencia en dichas capacitaciones como por ejemplo: La exclusión del uso de hierbas y del temascal; las complicaciones no se remitían al médico, la utilización de la posición horizontal; explica que esos programas tienden a condenar el uso de las prácticas tradicionales. Insiste en resaltar la función especial de las comadronas: "...tienen un tipo especial de conocimientos y entendimiento que forma parte de un contexto social y cultural más amplio. En las literaturas etnográficas y médicas lo que constituye este conocimiento queda en un vacío. Raramente se investiga el conocimiento de las comadronas sobre fisiología, anatomía, etapas del parto, los detalles del proceso del parto, las técnicas específicas de masaje y el apoyo psicológico de la cliente", Cosminsky (1997:310). Respecto a evaluaciones de cursos de comadronas y recomendaciones sobre los riesgos del embarazo en Guatemala Elena Hurtado tiene diversas publicaciones del tema, sin embargo éstas se circunscriben a temas de interés bio-médico, identificar señales de riesgo en la madre embarazada y durante el parto con una óptica de dar insumos para medicalizar el parto y desentender las demás funciones que tiene y ejerce la comadrona<sup>9</sup>.

Respecto del caso mexicano Güemez proporciona datos de los últimos 30 años de existencia de los programas de capacitación de parteras en México, y explica el contenido de los mismos. Recalca que la mayoría de esos programas dirigen esfuerzos a que las parteras se conviertan en agentes activos de control de la natalidad, ya que ello es un recurso indispensable para el control de embarazos y partos. Uno de los logros de esos programas ha sido la instauración del 18 de junio como el Día Nacional de la Partera Rural, también las parteras reciben un beneficio económico cuando asisten y cumplen con las actividades del programa de capacitación.

En otra parte del mismo artículo se habla sobre los efectos que han tenido los programas de capacitación de parteras. En primer lugar, existe

---

9. Entre las publicaciones que se pueden consultar sobre el tema, véase en la bibliografía las de los años 1986, 1989, 1995, 1998.

un problema de autoridad y credibilidad respecto de la experiencia, ya que el personal que imparte las capacitaciones es mucho más joven que las parteras; otro problema que se presenta es la imposición de conocimientos y prácticas totalmente ajenos a su cosmovisión de la vida. Se otorgan algunas recomendaciones sobre las capacitaciones y se señalan los cambios favorables que han implementado algunos programas de Salud Rural en México, finalmente explica que las parteras con cursos avalados por el sector salud tienen un mayor prestigio en comparación con las parteras empíricas.

La revisión bibliográfica que se realizó intentó agrupar el mayor número de documentos escritos sobre el tema en el área mesoamericana, para brindar un material de apoyo sobre las publicaciones más importantes respecto del tema.

Antes de explicar la metodología utilizada en la investigación es necesario explicar brevemente las razones por las cuales la investigación se desarrolló en el municipio de Rabinal, Baja Verapaz:

- A. El departamento de Baja Verapaz se diferencia de todos los departamentos de Guatemala porque el porcentaje de mujeres que se capacitan como promotoras rurales de salud es de un 80%, siendo un porcentaje mayoritario en comparación con el de los hombres.
- B. Existe un porcentaje considerable entre las mujeres que se capacitan como promotoras de salud rural y que son comadronas en Baja Verapaz el 10%
- C. La Asociación de Servicios Comunitarios de Salud (ASECSA) tiene su sede en el municipio de Rabinal, ellos facilitaron la realización del trabajo de campo.

### **Corrientes teórico-metodológicas respecto de salud-enfermedad-atención en antropología**

Los estudios realizados en el área mesoamericana y fundamentalmente en Guatemala sobre el tema curadores tradicionales se han basado en el modelo tradicional-culturalista, que toma de base al relativismo cultural y sus tesis asimilacionistas, que según el país, crea una serie de términos como *meeting pot*, *american way life*, mestizaje, aculturación,

integración, asimilación, ladinización, etc. para explicar la existencia de dos polos (moderno-tradicional) que al ser incorporados en un proceso de modernización el polo tradicional tenderá a desaparecer. Sin embargo este modelo presenta diversas deficiencias, éstas han sido expuestas por varios autores<sup>10</sup>.

Algunas de ellas son:

- a) No toma de base el proceso; enfermar - morir; -atender la muerte y enfermedad, sino se proporciona información solamente de una parte de la realidad o del proceso estudiado, que para este caso son “los curadores tradicionales” pertenecientes a las sociedades folk.
- b) El enfoque tradicional-culturalista no enfatiza, ni entiende los procesos a partir de profesiones (curadores, farmacéuticos, vendedores de medicina, etc.) e instituciones (herbolaria, cosmovisión maya, etc.) que a la vez construyen acciones, técnicas e ideologías.
- c) No diferencia las relaciones de hegemonía/subalternidad que en ese proceso se desarrollan.
- d) No hace una separación entre medicina y religión.

Estos son algunos argumentos por los cuales a partir de la década de los setenta y ochenta<sup>11</sup> se han elaborado nuevos enfoques para abordar el estudio de los curadores tradicionales.

En síntesis, las investigaciones basadas en una orientación tradicional-culturalista enfocaron su atención en las enfermedades y en los tratamientos tradicionales, sin tomar en cuenta la relación de éstas con otras (enfermedades diarreicas y respiratorias, desnutrición, etc.) y con la búsqueda de atención en los servicios de salud estatales (doctores, centros de salud, etc.). En otras palabras: “Estos trabajos proporcionaban una visión de las prácticas médicas tradicionales como una unidad conservada, inalterable, sin fracturas ni modificaciones donde lo importante era la función que cumplía para los sujetos sociales que la utilizaban, sin tomar en cuenta el contexto socioeconómico en que estas prácticas se daban ni los

---

10. Consúltense principalmente Eduardo Menéndez, 1981. Sheila Cosminsky, 1983 y Ma. Guadalupe Guzmán, 1997.

11. Principalmente en México.

procesos de cambio que se estaban generando tanto al interior como al exterior de las comunidades investigadas y que influían necesariamente tanto en las concepciones de la enfermedad como en las acciones terapéuticas que los conjuntos sociales seleccionaban para solucionar sus problemas de salud". Guzmán:(1997:137.)

A partir de la década de los setenta y de los ochenta en México y Estados Unidos comienzan a surgir críticas a los estudios clásicos sobre antropología de la medicina, que se habían realizado en el sur de México y en Guatemala<sup>12</sup>. La misma crítica propone una vía alterna para superar las deficiencias de los estudios, de esta cuenta surge la categoría: pluralismo médico, término utilizado y originado por Sheila Cosminsky, pero que otros autores como Eduardo Menéndez y Carlos Zolla, intentan proponer y definir una articulación y existencia alterna entre modelos. Debido a la importancia de estos tres autores, se expone brevemente su postura respecto del pluralismo médico.

En primer término Eduardo Menéndez, define y ubica los factores determinantes del proceso salud/enfermedad/atención que estudia, por ello explica que toda sociedad construye determinados padecimientos, enfermedades, formas de atención y resolución a sus problemas de salud. Continúa explicando que en esa construcción intervienen diversas orientaciones e intereses de distintos sectores sociales, como por ejemplo los saberes y las prácticas populares, las políticas estatales, las opiniones y racionalidades del sistema médico estatal que son distintas a la de los dueños de farmacias, las organizaciones no gubernamentales, el grupo de profesionales médicos y el grupo de terapeutas tradicionales. Razón por la que se manifiesta la existencia de una amalgama de técnicas, terapeutas e instituciones, por ello la técnica y el conocimiento han originado la especialización de terapeutas específicos<sup>13</sup>.

---

12. Adams R. (1955) Rubén A. y Adams R. (1967), Guillin J., (1956), Solien N., (1962-63). Para México consúltese Menéndez, 1981, pags.325-400.

Cada uno de éstos los ha definido diferente. Eduardo Menéndez los llama bio-medicina, modelo médico alternativo subordinado y modelo de autoatención, mientras que Carlos Zolla los titula medicina doméstica, medicina tradicional y la medicina académica.

13. La presencia del terapeuta corresponde a un rol y a su institucionalización en la sociedad o conjunto social.

La convicción de esa complejidad en una sociedad determinada, en un conjunto social o en un grupo étnico provoca que su análisis no sea esquemático y trate de evidenciar dicha problemática. Por ello la propuesta de investigación de Menéndez debe entenderse dentro de un contexto sociocultural, económico, político e ideológico.

La propuesta pluralística de Menéndez se basa en proponer no sólo sistemas de atención diversos, sino que se expande en las esferas socioculturales, económicas, políticas e ideológicas.

En segundo lugar, Menéndez señala la existencia de dos racionalidades diversas en el pluralismo médico que rigen la lógica intrínseca, no señalada por Sheila Cosminsky. Porque la lógica de operar de una práctica determinada es diferente para los grupos étnicos o conjuntos sociales, la bio-medicina no puede comprender el holismo existente entre las lógicas o racionalidades de los grupos étnicos. Es por ello que Eduardo Menéndez propone una epidemiología sociocultural en la cual: "Los conjuntos sociales, los sujetos sociales enfermos y no enfermos deben contemplarse en la estructura social, económica, política y cultural en que se contraen enfermedades, padecimientos y desgracias, tratamientos, curaciones y muertes", Menéndez (1990a. :35)

Tanto Menéndez como Cosminsky señalan y caracterizan el proceso de hegemonización de la bio-medicina y de la subordinación de las otras prácticas. La bio-medicina, la medicina alopática o medicina científica se caracterizan desde su instauración como ciencia en el siglo XVIII, como la única explicación válida sobre la racionalidad que está detrás de las enfermedades y padecimientos. Ello se explica en el proceso de institucionalización de la bio-medicina y en su intolerancia hacia otras formas de racionalidad.

La bio-medicina se fundamenta en la explicación biológica de la enfermedad, el análisis y la determinación se realiza estrictamente en términos químico-biológicos. Y a partir de esa dimensión, se fundamenta la medicina científica en la historia natural de la enfermedad.

Es así como comienza a institucionalizarse lo que se considera "normal", o sea que las funciones de cura y control de la población, provocarán una construcción de nuevos espacios ideológicos dominantes que se constituyen no sólo en instituciones, sino en valores "en sí". Todos estos procesos implican nuevas reglas, nuevas actividades y nuevas formas de relación.



Es así como la bio-medicina por medio de los procesos de control, institucionalización y medicalización se han convertido en un saber hegemónico, en el que priva la práctica curativa y la práctica médica<sup>14</sup>. Ese saber y esa práctica médica provocan el rechazo a otras formas de atención curativas, subordina a los “otros saberes”, descalifica a los terapeutas tradicionales y a los procesos de eficacia simbólica, etc. Ese proceso constante que en forma amenazadora descalifica a las prácticas, saberes e ideologías de los conjuntos sociales implica una articulación entre las relaciones de hegemonía y subalternidad, o sea que lleva una relación de contradicción en la que cada una de ellas se expande directa e indirectamente.

Finalmente Menéndez explica el pluralismo médico como la forma en que todo conjunto social produce representaciones sobre sus padecimientos, curadores generales y especializados, a pesar de la coexistencia con la bio-medicina y concretamente con los servicios de salud estatales, dicho sistema es llamado pluralismo médico. Éste se define como: “La capacidad que los grupos tienen (incluidos los subalternos) para utilizar indistintamente y en más de una forma, la posible solución o atención de sus padecimientos”, Menéndez (1994:20).

El pluralismo médico explica por qué se da una convivencia entre los rituales de curación tradicionales y el uso de fármacos de patente.

El uso del término “pluralismo médico” ha sido introducido por Sheila Cosminsky, sus contribuciones respecto del tema, se presentan a continuación.

Pluralismo médico debe entenderse como: la existencia de sistemas paralelos o alternativos (medicina occidental, medicina tradicional, medicina espiritista, etc.) en donde los enfermos eligen el uso de dos o tres sistemas y en igual forma los terapeutas (médicos, espiritistas, curadores tradicionales, etc.) de incorporar elementos de dos o de los tres. Cosminsky (1983:172-5).

Para esta autora es esencial la comprensión del pluralismo médico a partir de dos importantes procesos históricos: a) La separación que se da entre medicina y religión y b) La difusión de la medicina occidental en todo el mundo.

---

14. La práctica médica se basa en la prescripción de medicina de patente y en el conocimiento científico de la medicina.

Cosminsky hace una revisión de los estudios más recientes<sup>15</sup> elaborados en Latinoamérica sobre pluralismo médico y explica que la diversidad de recursos utilizados y el creciente pluralismo de opciones, genera una heterogeneidad no solo en la conducta, sino también en las creencias médicas. Razón por la que propone que las investigaciones que tomaron como base teórica-metodológica la simplificación de la dicotomía entre tradicional y moderno se convierten en modelos no válidos y simplistas de la realidad. Continúa explicando que la falla del modelo clásico funcionalista para la antropología de la medicina y de los nuevos estudios realizados en la década de los años setenta toma como base un modelo de correlación aplicado de diversas formas.

Finalmente intenta caracterizar la conducta pluralística como: a) pragmática, b) la relaciona con la aptitud e intervención de la fe en los aspectos sobrenaturales y espirituales, c) determina su coexistencia con varias tradiciones, d) determina su existencia con la de sus propios especialistas, ideologías y prácticas, e) una combinación indistinta de fármacos de patente con remedios caseros (elaborados a partir de plantas medicinales), utilización que se va caracterizando porque cada vez recurren más hacia los medios de la medicina occidental.

Finalmente, Carlos Zolla no brinda un aporte tan sustancial y fundamentado como el de Menéndez y Cosminsky. Sin embargo, se comentará su aporte respecto de la utilización de sus tres modelos o sistemas de atención<sup>16</sup>, debido a la importancia que tienen éstos para entender esa conducta pluralística que se da entre los modelos de atención.

Zolla presenta tres modelos: la medicina académica (MA) (Sistema médico hegemónico), la medicina tradicional (MT) (Sistema alternativo subordinado) y el de la medicina doméstica o casera (MD) (La autoatención). Aunque no da una definición de cada uno de los modelos, éste caracteriza cada uno de ellos. De los tres modelos por él explicados, solamente se expondrá el que corresponde a: la medicina casera o modelo de autoatención, por ser éste el menos desarrollado por Eduardo Menéndez.

---

15. Es importante recordar que el artículo fue escrito en 1983.

16. La publicación comentada es: "Mujeres, saberes médicos e institucionalización". En: Figueroa P., Juan G. (comp.). La condición de la mujer en el espacio de la salud, México: El colegio de México, 1998.

Carlos Zolla caracteriza su modelo de la medicina doméstica de la forma siguiente:

- Es el primer ámbito social en donde se hace una evaluación del daño a la salud y de los niveles de bienestar.
- Se estructura como un sistema formado por: Conceptos, creencias y prácticas dentro del proceso salud/enfermedad/curación.
- El modelo doméstico no constituye una oferta pública de servicio y sus agentes no son terapeutas socialmente reconocidos.
- Se ubica como el espacio para la toma de decisiones relativas a la atención casera o a la canalización del enfermo hacia los sistemas médicos.
- Su quehacer además de incluir actividades preventivas y curativas, incluye conceptos y prácticas respecto de alimentación, nutrición, higiene, saneamiento básico, educación, recreación, etc.
- Sus relaciones con los otros modelos de atención, se distinguen porque crea una vinculación y síntesis con los otros.

El pequeño repaso que se ha hecho a los tres autores anteriores, presentan un resumen de los puntos medulares que implica el pluralismo médico. Esta es una propuesta teórica que puede explicar cómo actúan los terapeutas tradicionales y los usuarios de los mismos. A partir de la misma se llevó a cabo la investigación, en ésta la unidad de análisis fueron los terapeutas y la articulación entre los modelos<sup>17</sup> para el tratamiento y cura de diferentes padecimientos. En base a esta propuesta teórica se trabajó la propuesta metodológica de la investigación.

Esta breve síntesis sobre dos propuestas teórico-metodológicas: lo tradicional-culturalista y el pluralismo médico, se caracterizan porque ambas toman como base a los curadores tradicionales como temática de estudio, a continuación se exponen las razones por las cuales la investigación se basó en una de esas dos posturas. Debido a que el tipo de estudio no es exclusivamente teórico, la investigación desarrollada toma como base

---

17. Cada uno de estos modelos se han definido diferente; Eduardo Méndez los llama: Modelo Médico Hegemónico, Modelo Médico Alternativo Subordinado y Modelo de Auto-atención.

algunos conceptos e ideas del pluralismo médico, pero no se ciñe a un autor en particular.

La investigación desarrollada en Rabinal, Baja Verapaz, parte del intento de comprensión de los saberes, prácticas e ideologías que tienen las comadronas principalmente, pero también los terapeutas tradicionales respecto de la bio-medicina y del sistema de prácticas, saberes e ideologías de los conjuntos sociales.

Razón por la que esta investigación se basa en la orientación teórico-metodológica del pluralismo médico y trata de entender el proceso salud/enfermedad/atención como un sistema que parte de la búsqueda de la significación de padecimientos populares y científicos en un sentido epidemiológico de términos genéricos y en su sentido antropológico.

En primer orden, la articulación entre saberes bio-médicos y populares entre comadronas y terapeutas tradicionales debe tomar en cuenta la postura hegemónica de la bio-medicina para poder entender cómo las distintas racionalidades se vuelven subalternas.

En segundo lugar, la articulación entre los saberes bio-médicos y populares se manifiesta en:

- “La descalificación por parte de la bio-medicina de los procesos de eficacia simbólica de los conjuntos sociales subalternos.
- Un interés por parte de la bio-medicina en los terapeutas tradicionales por ser éstos un recurso subordinado del sector salud y no se interesa por el proceso de integración y pertenencia cultural que los terapeutas tradicionales realizan en la comunidad.
- Los terapeutas tradicionales necesitan de una legitimación social y técnica que no se consigue en la bio-medicina.
- Los terapeutas tradicionales cuestionan la racionalidad y eficacia de la bio-medicina.
- La bio-medicina se expande y llega a constituirse en las prácticas y representaciones populares, pero dicho proceso implica la subalternización de las otras formas de atender la enfermedad”.
- Los terapeutas tradicionales en sus prácticas incluyen cada vez más, las representaciones de la bio-medicina para sus tratamientos. Menéndez (1994:22-24).

Resumiendo, la articulación se da primero en un nivel de prácticas y representaciones subalternas y posteriormente en un segundo nivel que son los servicios de los curadores especializados.

Al tomar como base esa articulación entre saberes bio-médicos y populares, fue necesario para la realización de la investigación establecer y definir algunas categorías que se utilizaron a lo largo de todo el estudio y que también son muy usadas en los capítulos siguientes. Para un mejor entendimiento de los términos utilizados, a continuación se realiza una definición de los mismos.

La palabra padecimiento se utiliza mayoritariamente en vez de la palabra enfermedad y ello obedece a que su utilización por los grupos indígenas, se explica en el uso del idioma castellano como una segunda lengua de aprendizaje, usan más la palabra padecimiento que enfermedad. Debe entenderse para fines de la investigación el padecimiento como un hecho cotidiano que se manifiesta como una amenaza real y/o imaginaria, que se materializa en un daño físico y/o moral de la salud y que a la vez implica un sufrimiento individual o colectivo. Para Eduardo Menéndez la característica primordial de los padecimientos son: "...que constituyen uno de los principales ejes de construcción de significados colectivos, que pueden ser referidos al proceso específico o a otros procesos respecto de los cuales los padecimientos son expresión significativa" (1996:33).

Existe toda una discusión sobre la utilización de las categorías "medicina tradicional", "medicina indígena", y "etno-medicina". Toda esta discusión responde en última instancia al punto teórico-metodológico con el cual se define y se aborda el problema. Sin embargo, es importante aclarar desde un principio que la utilización de la expresión: **conocimientos, saberes, prácticas e ideologías** en el texto se refieren a los conocimientos, saberes, prácticas e ideologías que provienen de una racionalidad de ascendencia maya achí y que se han transmitido de generación en generación por medio de la tradición oral, pero que a la vez representan y forman parte de procesos económicos, políticos y de subordinación de indígenas y no indígenas. Se utiliza esa expresión para no utilizar otras como: sabiduría popular, expresiones médicas populares, expresiones tradicionales, etc.

Otra categoría muy utilizada a lo largo del texto es la palabra representación, dicha expresión se emplea cuando se habla de prácticas y representaciones de los achí. La definición que se presenta a continuación fue

elaborada por Denise Jodelet, quien entiende representación como: “La manera de designar y definir los diferentes aspectos de nuestra realidad de todos los días, el modo de interpretarlos y disponer de ellos, tomando una posición con respecto de ellos y defenderla, llegado el caso”.

También se utiliza la frase conjuntos sociales y esta se refiere a un grupo de personas que se aglomeran no importando su grupo étnico y clase social, que comparte las mismas representaciones y prácticas en su cotidianidad como también en su localización geográfica. Se utiliza la palabra para no recurrir a una clase social determinada, ni a un grupo étnico (ladino/achí).

Ya en un principio se explicó las diferentes racionalidades que operan respecto al fenómeno salud/enfermedad/atención, pero la investigación en particular entiende por racionalidad biomédica: la procedencia científica que se da en parámetros químicos-biológicos de los procesos mórbidos. Mientras que la racionalidad achí-maya: es la que proviene de una ascendencia del medioevo occidental y maya, se basa fundamentalmente en una dualidad que intenta explicar la existencia basada en una relación armónica y complementaria de dos. En la que cada uno de los dos elementos (fuerzas, deidades, etc.) necesita del otro para lograr el equilibrio y una vida en armonía. Por ejemplo la relación de frío-calor. Cfr. Sucuquí (2000:53-46).

Durante el análisis del trabajo de campo se utilizan algunos términos, que son importantes definir para evitar posibles confusiones. Se utiliza la palabra sector salud para englobar a todas las personas que manejan los parámetros de la bio-medicina, que utilizan medicamentos de patente para la atención de las enfermedades, como los médicos, enfermeros/as, auxiliares de enfermería, dueños de farmacia, y demás profesionales del sector estatal de salud.

La palabra agentes de salud se utiliza para todas las personas que de una u otra forma se relacionan con el proceso salud/enfermedad/atención, como podría ser: una vecina y/o comadre al dar un consejo sobre remedio casero o medicamento, una mujer que trata la enfermedad con remedios caseros, un curandero, un guardián de salud, un dueño de farmacia, un tendero que vende medicinas, una enfermera, etc.

También se utiliza la categoría agente de salud comunitario para enmarcar a todas las personas de una comunidad que intervienen en ese proceso de salud/enfermedad/atención, pero que no forman parte del

sector salud definido anteriormente. Las personas que entran en esta categoría serían: comadronas, promotores de salud rural o guardianes de salud, curanderos, vecinas y/o comadres, personas que dan atención en el hogar a personas enfermas.

### **La propuesta metodológica del trabajo**

El abordaje metodológico que se derivó de seleccionar la orientación teórica de Eduardo Menéndez y del Pluralismo médico, orientó el trabajo de campo hacia dos importantes unidades de análisis: los terapeutas y sus usuarios en la articulación de tres diferentes modelos (MMH, MMAS, AA).

Los sujetos de la investigación fueron las comadronas y algunos terapeutas tradicionales, como también sus usuarios. En este sentido las hipótesis que rigieron el trabajo fueron dos; una de tipo teórico: La concepción respecto de salud y enfermedad entre terapeutas tradicionales indígenas y no indígenas es semejante, por lo tanto no es válido en el proceso salud/enfermedad/atención una diferenciación cultural entre ambos. Y la otra orientada a lo metodológico: Los padecimientos y/o enfermedades atendidas por los terapeutas tradicionales implican una mayor articulación entre el modelo bio-médico y el modelo médico alternativo subordinado.

La metodología utilizada para recolectar la información fue de tipo cualitativa, por ser ésta la base del trabajo antropológico. Se decidió residir en la comunidad, llevar un diario de campo en el cual se documentaban las observaciones, algunas reflexiones y otros hallazgos a lo largo del trabajo de campo, pero también se recurrió a la elaboración de grupos focales y de

---

NOTA ACLARATORIA: La tesis doctoral se tituló: "La articulación entre conocimientos populares y bio-médicos de las comadronas de Rabinal, Baja Verapaz, Guatemala". Sin embargo, para la publicación de la misma se decidió incorporar algunas observaciones que se hicieron durante la defensa de la tesis y algunos de los hallazgos de la investigación desarrollada posteriormente, durante el año 2003 se realizó la investigación titulada: "Género y etnicidad: mujer y comadrona", financiada por la Universidad de San Carlos de Guatemala, en los departamentos siguientes: la Dirección General de Investigación (DIGI), el Instituto de Estudios Interétnicos (IDEI) y dentro de éste por el programa Maya Competence Building II. En la actual publicación; el orden de los capítulos cambia, se actualizaron algunos datos y se incorporaron algunas temáticas.

entrevistas estructuradas. Debido a que un 20% de las comadronas no hablaban el idioma castellano, se decidió adiestrar y capacitar en el manejo y uso de las entrevistas estructuradas como de los grupos focales a una auxiliar de investigación que tiene como lengua materna el achí, esta persona realizó las entrevistas para comadronas que solo hablaban el achí, los grupos focales se realizaron en castellano, pero durante la ejecución del mismo estaba presente la hablante de achí y se les dio libertad a las comadronas para expresarse en achí o en castellano.

De esta cuenta la caracterización de los terapeutas tradicionales fueron los-as curanderos-as, guías espirituales por un lado y las comadronas (parteras empíricas adiestradas), quienes antes de su capacitación, ya tenían experiencia en la atención de partos.

Debido a la utilización indistinta de los términos comadrona y partera, es necesario explicitar que en Guatemala no se utiliza el término partera como en toda Latinoamérica, sino se utiliza el de comadrona. Una de las definiciones más acertadas, es la que proporciona Hiram Bravo, "Comadronas: Mujeres de edad madura, con inclinación religiosa, casada o viuda en gran proporción y con escasa escolaridad, con gran experiencia en la atención al parto que provoca confianza en las parturientas de sus comunidades. Puede tener conocimientos científicos y técnicos sobre el embarazo, parto o puerperio adquiridos por medio de cursos de capacitación", Bravo (1990:28)

Sin embargo es necesario hacer una aclaración respecto de las comadronas que fueron entrevistadas y observadas durante la investigación. Todas ellas eran mujeres que poseían un carnet avalado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala, esto implica que todas eran comadronas adiestradas. Sin embargo muchas de ellas, tenían más de 15 años de haber recibido su capacitación, por lo que muchos de los conocimientos adquiridos probablemente al momento de la investigación se les hayan olvidado. O sea que algunas de las comadronas entrevistadas en la investigación teóricamente han sido capacitadas, pero prácticamente ese adiestramiento no se reflejaba en su cotidianidad.

En una primera etapa del trabajo de campo se escogió un grupo de diez comadronas que estaban recibiendo un curso de re-adiestramiento, con ellas se realizaron grupos focales y entrevistas semi-estructuradas sobre sus actividades referidas al período pre-parto, parto y post-parto. También



se realizaron preguntas sobre otras actividades desempeñadas en sus comunidades.

Finalizada esta primera inmersión de trabajo de campo en Rabinal, se procedió a incluir un número mayor de comadronas, quienes fueron visitadas en su domicilio y se les realizó una entrevista semi-estructurada. La entrevista recolectó información respecto de los integrantes de su familia extensa, la forma en cómo aprendieron el oficio y la atención de determinados padecimientos. El grupo de 10 comadronas con quienes se trabajó en un principio fue visitado también con ésta entrevista.

Concluidas esas dos actividades y en una segunda fase de trabajo de campo se procedió a entrevistar a los otros sujetos que trabajan con las comadronas: madres de familia y a las mujeres de la familia extensa de las comadronas. Las madres de familia que se seleccionaron para ser entrevistadas, fueron quienes durante 1999 habían tenido una muerte de un niño menor de cinco años. La intención de entrevistar a estos dos tipos diferentes de madres de familia (madres con parentesco de parteras y madres con un niño muerto durante 1999) fue para determinar la demanda de los servicios de comadronas.

En la tercera fase de trabajo de campo se entrevistó también a farmacéuticos, dueños de abarroterías o tiendas que venden medicamentos. Al personal del centro de salud de Rabinal: médico y enfermera.

En la segunda y tercera fases de trabajo de campo se realizaron diversas entrevistas, una de ellas estuvo orientada en recolectar información específica sobre: Saberes respecto de plantas medicinales, saberes respecto de la preparación de remedios caseros con plantas medicinales, saberes respecto de terapias aplicadas a determinados padecimientos y/o enfermedades, las lógicas de articulación entre la bio-medicina y la medicina tradicional en las terapias aplicadas.

Para la recolección de la información se realizaron un total de nueve guías. El total de grupos focales con comadronas que se elaboraron fueron dos. Las otras siete guías de entrevistas se realizaron de la siguiente forma: una a madres con parientes comadronas, otra a madres que perdieron un niño menor de cinco años durante 1999, una dirigida al médico, otra a la enfermera, otra a dueños de farmacias, dos entrevistas diferentes que se

hicieron con comadronas. También se diseñó un cuestionario que se pasó a los dueños de abarroterías o farmacias que vendían medicamentos. A continuación se presenta un cuadro en donde se resume la metodología utilizada en la investigación, en donde se hace referencia a la distinción de los tres modelos de atención y a la unidad de análisis utilizada, como también la técnica utilizada para recabar la información:

**Cuadro 9**  
**Metodología de la investigación**

Modelo	Unidad de análisis	Técnica
Carrera del enfermo (Autoatención o medicina doméstica)	Madres de familia con niño muerto 1999. Madre de familia que pertenece a la familia extensa de una comadrona Farmacéuticos Dueños de tiendas	Entrevista Entrevista Entrevista Cuestionario
Curadores tradicionales (Mod. Médico Alternativo Subordinado)	Comadronas Comadronas	Entrevista Entrevista
Servicios de Salud (Modelo Médico Hegemónico)	Médicos Enfermeras	Entrevista Entrevista

El trabajo de campo se realizó durante temporadas cortas de 2 a 3 meses; durante el primer (1999) y segundo año (2000) y en el último año (2001) se hicieron temporadas más cortas de 2 semanas a un mes en dos oportunidades.

Como se explica en la nota aclaratoria de la Pág. 65, parte de los hallazgos de la investigación realizada durante 2,003 también forma parte de esta publicación, sin embargo el procedimiento metodológico de ésta es el siguiente:

Para la visualización de posibles diferencias entre: curanderos y curanderas (género), comadronas y guías espirituales (de acceso a recursos materiales y simbólicos), diferencias entre comadronas indígenas y comadronas no indígenas, (etnicidad) y entre curanderos/as indígenas y no indígenas (etnicidad), se procedió a realizar entrevistas en profundidad, siempre en Rabinal, Baja Verapaz.

Es así que se trabajó en un solo formulario, la recolección sobre género y etnicidad referida a los terapeutas tradicionales. Los temas que abarcó este formulario fueron: el aprendizaje del oficio de terapeuta tradicional, la atención de los padecimientos por los cuales el terapeuta entrevistado era más consultado por la población, manejo de la teoría frío-caliente respecto a: el surgimiento de enfermedades por el rompimiento del equilibrio del cuerpo, manejo de plantas y medicamentos fríos-calientes y el último apartado de la entrevista fue sobre el manejo del calendario maya.

### **Un apunte sobre los terapeutas tradicionales en mesoamérica**

Respecto de los terapeutas tradicionales se presentaron diversas clasificaciones que proporcionan tanto autores mexicanos como guatemaltecos, sin embargo, es necesario hacer una reflexión sobre la imposibilidad de hacer clasificaciones de los curanderos tradicionales. Siempre desde la óptica de la bio-medicina y de la tradición positivista la ciencia busca hacer clasificaciones, de ahí la preocupación de todos los especialistas en antropología de la medicina de querer hacer ese tipo de clasificaciones, consúltense las propuestas de Graciela, Carlos Zolla, Módena y la del mismo Roberto Campos. Sin embargo, llama la atención la clasificación que presenta Eduardo Menéndez porque usa los criterios de “grupos” y “procesos”, mientras que los otros utilizan una clasificación histórica basada en argumentos positivistas basada en especializaciones como la bio-medicina.

En otra parte del capítulo se exponen diversos documentos que tienen como temática al personaje llamado “partera”, esta revisión se hizo para presentar algunas posibles similitudes en cuanto a la forma teórica y metodológica que hay entre los estudios y las investigaciones, también se presentan algunas similitudes en los hallazgos y recomendaciones de las investigaciones, el objetivo de esta recopilación documental fue mostrar las similitudes que se presentan en el área mesoamericana respecto del oficio de la partería, se puede concluir entonces que una partera es una mujer de la tercera edad, en su mayoría analfabeta que ha recibido cursos de capacitación por parte del sistema estatal de salud, pero que se caracteriza primordialmente porque además de atender todo lo relacionado con el período pre, parto y post, atiende también padecimientos relacionados con

el aparato reproductor femenino, con problemas de la salud en niños menores de cinco años y otros padecimientos que implican técnicas de manipulación con las manos.

Los organismos internacionales dan cuenta de la importancia que tienen las parteras como agente de salud en las comunidades más aisladas del área rural latinoamericana, pero no existe una política mundial que intente rescatar y respetar su identidad, como lo intentan demostrar algunas de las publicaciones presentadas en este capítulo, es necesario documentar más casos sobre los procesos de medicalización y de subordinación que la bio-medicina toma y re-convierte de las prácticas, saberes e ideologías de los conjuntos sociales. La revisión bibliográfica que se expone a lo largo del capítulo intenta reflexionar sobre las políticas internacionales respecto del tema parteras. Aunque la actitud de los Organismos Internacionales pretende ser tolerante, no puede liberarse de su actitud hegemónica respecto de las políticas de salud, porque éstas se fundamentan en los parámetros bio-médicos de la ciencia occidental.

Al realizar una comparación entre los documentos revisados (México-Guatemala), es clara la diferencia que hay, debido a que el desarrollo y desenvolvimiento de las ciencias sociales en México no son comparables con el guatemalteco. Sin embargo, los hallazgos en las regiones mexicanas respecto del tema de parteras y terapeutas tradicionales son válidos en parte para Guatemala por la unidad histórica que se focaliza en el territorio mesoamericano.



## CAPÍTULO 3

### VIDA Y CONTEXTO DEL MUNICIPIO DE RABINAL

La socialización del individuo parte de referentes en donde la espiritualidad, la música, el consumo de determinadas comidas y bebidas, etc. son elementos determinantes que crean normas y valores cotidianos para la construcción de significados y símbolos en la cultura de los habitantes de Rabinal, Baja Verapaz. En este capítulo se intenta proporcionar un panorama en términos de ideología, prácticas y saberes, respecto de las relaciones interétnicas que se dan dentro de la población que habita el municipio de Rabinal. De esta cuenta se proporciona un marco histórico, pero a la vez se dan elementos relacionados con la economía, la cultura, la política, etc.

#### **Rabinal hoy**

El municipio de Rabinal está ubicado en el centro del territorio guatemalteco, pertenece al departamento de Baja Verapaz y ocupa un área de 504 kilómetros cuadrados. Limita con los siguientes municipios: al norte con el municipio de Uspantán del departamento de Quiché, al sur con los municipios de El Chol, Granados y Salamá, al oriente con el municipio de San Miguel Chicaj y al occidente con el municipio de Cubulco, todos pertenecientes al departamento de Baja Verapaz. El municipio está formado por un casco urbano, 27 aldeas y 50 caseríos<sup>1</sup>.

De la ciudad de Guatemala a Rabinal, se llega por dos vías, la primera que es la más comercial pasa por Guatemala (Palencia<sup>2</sup>), El Progreso (San

---

1 Según datos actuales de la municipalidad.

2. Entre paréntesis aparecen los municipios de los departamentos por los que pasa la carretera.

Antonio La Paz, Sanarate, El Progreso, Morazán) y Baja Verapaz (San Jerónimo, Salamá, San Miguel Chicaj y Rabinal). Toda la carretera es asfaltada y tiene una extensión de 194 km. La otra vía que es menos comercial pasa por: Guatemala (Mixco, San Juan Sacatepéquez, San Pedro Sacatepéquez) y Baja Verapaz (Granados, El Chol y Rabinal), asfaltada hasta el municipio de San Juan Sacatepéquez, luego continúa de terracería y tiene una extensión de 114 km.

La población total de Rabinal es de 38,580<sup>3</sup> habitantes; en el municipio conviven dos etnias: la achí, llamada también k'iche'achí y la ladina. La etnia achí se encuentra diseminada en todo el municipio de Rabinal y corresponde al 81.86% de la población, mientras que la etnia ladina corresponde al 18.14% y se focaliza en cinco lugares; la cabecera municipal, San Luis, Chirrúm, Pichec, Raxjut y Concul. Aunque la etnia achí es mayor que la no indígena: "el poder local está en manos de los ladinos debido a que éstos cuentan con mejores recursos económicos, educativos y con conocimientos sobre la forma de operar de los partidos políticos". Barrios (1996:149-165).

---

3. Según datos proporcionados en la municipalidad y por el Centro de Salud, la población total es de 36,901, datos correspondientes para el año 2,001.

Mapa 1  
Ubicación de Rabinal, Baja Verapaz, en la República de Guatemala



La cabecera municipal se localiza a 974 metros sobre el nivel del mar y se ubica en la depresión de la sierra de Chuacús, que es un sistema montañoso que atraviesa el departamento de Este a Oeste. Su elevación sobre el nivel y su sistema montañoso son dos ejes determinantes que explica en parte el clima de Rabinal: "...El cinturón de montañas explica el segundo elemento del clima regional: la sequía. La sierra de Chuacús constituye una barrera que impide el paso de precipitaciones importantes que llegan hasta su vertiente norte, especialmente en la zona de Cobán. De la misma manera, las tormentas que se desencadenan en lo alto de las montañas raras veces llegan hasta el fondo del valle, limitándose a sus partes más elevadas. Igualmente, es bastante corta la temporada de lluvias en la región de Rabinal: es más tardía que en el norte de la Verapaz, y se acaba antes. La importancia relativa de las precipitaciones origina en las montañas la



presencia de numerosos riachuelos. La mayor parte de éstos son temporales, aunque algunos de ellos brotan en cañadas profundas a lo largo de todo el año, antes de alcanzar el fondo del valle que llegan a irrigar. En esta zona cálida y seca existe una gran diferencia entre las riberas de los ríos y riachuelos que reverdecen a lo largo del año y el resto de la zona transformada en desierto polvoriento durante la temporada de estío... Por consiguiente tanto en Salamá como en Cubulco, las tormentas que estallan a lo largo del río Chixoy frecuentemente remontan sus afluentes, atenuando así la sequía que asola la región. Por el contrario, Rabinal, ubicado en una zona llana y más aislada de esos entornos, es, sin duda alguna, el sector más seco de toda la región". Bertrand (1992:86-87)

Por lo general la vegetación de los valles la componen arbustos y plantas espinosas, ubicándose en la zona de bosque húmedo en las elevaciones septentrionales. "La deforestación ha avanzado hasta llegar a presentar un alarmante proceso de desertificación. Una de las principales causas que se suma a las de tipo doméstico es la reducción de la frontera agrícola por procesos de colonización agropecuaria y el aprovechamiento de la madera con fines industriales. Asimismo, en la década pasada, la estrategia de contrainsurgencia del Ejército también contribuyó a la deforestación." EAFG(1995:23)

Debido a las razones climatológicas anteriores, la capa fértil poco profunda de la tierra rápidamente encuentra roca caliza; es por ello que un 56.5% de la tierra no es apta para el uso agrícola y un 23.8%<sup>4</sup> lo es sólo bajo condiciones muy severas.

En Salamá y Rabinal existen grandes extensiones de regadíos, pero en las partes orientales el agua para los sistemas de cultivos es captada en manantiales de altura y llevada por canales cuidadosamente construidos y mantenidos, llamados "tomas", conseguir agua para los cultivos no es fácil porque los ríos corren en el fondo de los barrancos.

Estas condiciones climatológicas explican en parte la economía regional de Rabinal. De las tres agriculturas que se practican en el territorio de

---

4. Los datos de obtuvieron del libro *Masacres de Rabinal*.

Guatemala<sup>5</sup>, la agricultura de subsistencia es la que caracteriza al municipio de Rabinal, y se concentra en el cultivo de: maíz<sup>6</sup>, frijol y ayote. Los cultivos para el comercio son la caña de azúcar (panela), manía, loroco, naranjas, cebollas, tomate (estos cinco últimos, se producen en menor escala para su comercialización en la plaza del pueblo o su negociación con los intermediarios).

La explotación de ganado vacuno y caballar es otra de las actividades que las familias de Rabinal intentan articular con la agricultura de subsistencia. La explotación del ganado porcino se da para la subsistencia, mientras que la explotación de ganado vacuno es un legado del período colonial<sup>7</sup>.

Debido a la falta de tierras y recursos en el suelo, la pobreza tiende a concentrarse más en el área rural que en el centro urbano. En el área urbana se tiene la posibilidad de conseguir otros ingresos en el sector servicios (lavado de ropa, servidumbre doméstica, ayudante de albáñil, etc.) y en la comercialización de productos (muchas mujeres en Rabinal, hacen comida para ir a vender a la plaza). Son muchas también las personas que confluyen en una migración temporal en el casco urbano de Rabinal, son personas que buscan mejores recursos económicos y adolescentes que buscan oportunidades de estudio en educación media<sup>8</sup>, ya que en el área rural no hay posibilidades.

El municipio de Rabinal cada día se ve más afectado por la falta de trabajo y por una deficiente cosecha anual, situación que en la década de los años noventa ya se percibía y ha venido agudizándose: “Desde la década de los años noventa, el territorio de Rabinal ha venido sufriendo un cambio económico muy importante debido primordialmente a tres factores: a) la

---

5. La de subsistencia, la comercial y la de exportación; cada una especializada en el cultivo de diferentes productos.

6 “Desde la época prehispánica, el maíz ha tenido para los mayas gran importancia económica e ideológica, ha sido el principal cultivo de subsistencia y la base de su dieta. Se utiliza en la preparación de tortillas, tamales, atoles y comidas ceremoniales. Generalmente, este producto se cultiva junto con otros alimentos tales como el frijol, las habas, el güicoy y algunas hierbas que sirven para complementar la dieta. En algunos casos, la venta de una parte o el excedente de maíz permite obtener algunos ingresos monetarios.” Ramírez (1993:222)

7. El cultivo del café no pudo introducirse en Rabinal debido al tipo de suelos, mientras que el de caña de azúcar se destina a la pequeña producción de panela.

8. Estudios que se realizan al terminar la educación primaria o elemental en Guatemala.

desertificación de las tierras por el abuso de la frontera agrícola, b) el proceso migratorio ocasionado por las masacres y la falta de ingresos en las familias debido a la falta de trabajo agrícola o empleo en los sectores de la industria y servicios (muy pocos desarrollados), c) la situación de pobreza general de la zona.”<sup>9</sup> EAFG (1999:25)

La población del área rural de Rabinal no tiene acceso a la tierra, porque “el 68% de las propiedades tiene menos de dos manzanas y ocupan únicamente el 12.75% del área total” EAFG (1999:27), sumando a esto la falta de los recursos del suelo y del medio ambiente, la pobreza tiende a concentrarse más en el área rural que en el centro urbano. Actualmente también un porcentaje pequeño de la población está migrando temporalmente al casco urbano en busca de mejores recursos económicos y los adolescentes buscan oportunidades de estudio, que no hay en el área rural.

Debido a la situación de pobreza que se vive en el área rural, las familias buscan otras formas de conseguir recursos económicos y es por ello que las migraciones temporales en búsqueda de trabajo se han convertido en el segundo recurso de ingreso familiar. Existen también otras pequeñas actividades practicadas por las mujeres para el pequeño ingreso familiar, como la producción de artesanías, el pelado de la pepitoria, la producción de verduras y hortalizas para la venta en el mercado etc. en donde las mujeres logran otro ingreso para la subsistencia.

Según el estudio de Lina Barrios “La población indígena y ladina tiene diferentes rutas migratorias: los primeros, en su mayoría, se trasladan hacia áreas rurales de otros departamentos y los ladinos, suelen hacerlo a la ciudad de Guatemala” (1996:155). De acuerdo a los datos recuperados por la historiadora, los departamentos de Escuintla y Alta Verapaz son los lugares que debido a su producción de caña de azúcar y de café-cardamomo, respectivamente, son los destinos principales de migración indígena de Baja Verapaz. La ciudad de Guatemala es otro de los lugares importantes de migración indígena.

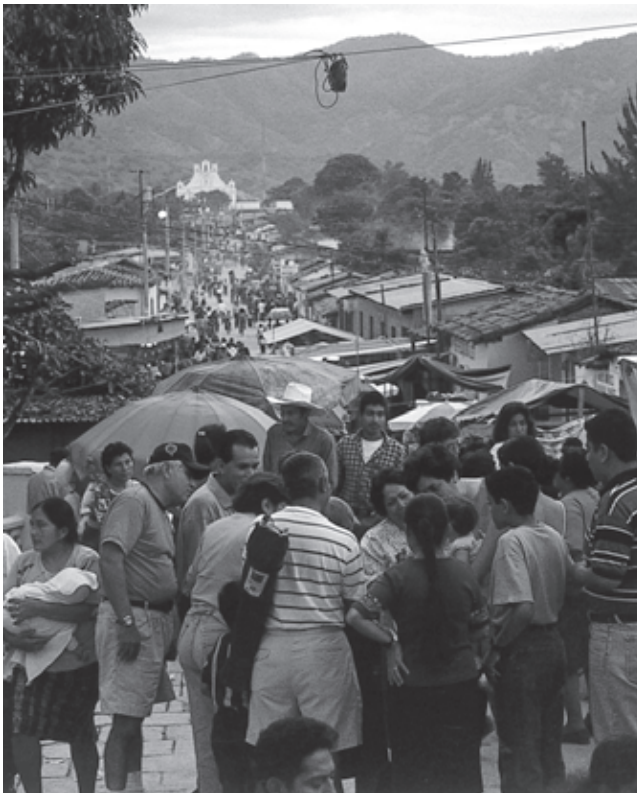
Por último es importante mencionar los lazos de comercio que tiene Rabinal con sus vecinos de Cubulco, San Miguel Chicaj y Salamá.

---

9. “Con una población relativa del 1.8% del total nacional y una extensión territorial del 2.9%, generó tan solo 0.92% del producto territorial bruto en 1991”. EAFG (1999:25)

Concretamente éstas se dan por el transporte urbano diario que va desde Cubulco hasta la ciudad de Guatemala, con dos tipos de rutas: la que va de Rabinal, Chol, Granados, a la ciudad de Guatemala y la que va de Cubulco, Rabinal, San Miguel Chicaj, Salamá, San Jerónimo a la ciudad de Guatemala. Cubulco tiene con Rabinal rutas alternas de comunicación que son secretas, en donde se maneja el comercio clandestino de la “cusha” en mulas.

Se ha presentado una pequeña descripción de lo que es el pueblo de Rabinal, sin embargo es importante conocer parte de su historia para entender mejor los procesos de la identidad achí. A continuación se presentan algunos datos históricos<sup>11</sup>.



**Foto 1**  
Panorámica del Pueblo de Rabinal en el día de Todos los Santos. (Todas las fotos fueron tomadas por la autora del libro, a no ser que se especifique la autoría)

---

10. Es importante hacer la aclaración que esta parte no es un estudio histórico profundo.

## Antecedentes históricos de la identidad en Rabinal

Las fuentes arqueológicas nos dicen que el territorio actual de Rabinal estuvo ocupado aproximadamente desde 1,600 a.C. Sin embargo, los datos arqueológicos que existen para el período pre-clásico y clásico, “son vagos e inconsistentes debido a que aún no se han estudiado”, Breton *et al.* (1993:69). Para el período post-clásico (900 a 1500) se tiene la siguiente información:

**Cuadro 10**  
Sitios arqueológicos del Posclásico en la cuenca de Rabinal

Nombre del sitio arqueológico y rango <sup>11</sup>	Alrededor del sitio
Saqkijel, rango 1;	Chisaliyá, Chakyukabaj, Ukukabaj, Kakja-chisaliyá.
Toloxkox-la laguna, rango 2	
Belej K[ache], rango 3	
El cimiento-chirrum, rango 3	
Kajyub, rango 1;	la picota-mumus, la piedra baleada.
K[amba (Nimajuyub), rango 3	
Chwitinamitl-Chwasuj, rango 1;	Kakja-Xokok Alto, kakja-Xokok bajo
Chilu I, rango 2	
Pichek-chiprocesion, rango 2;	chwi[anakal, chwitz[aq, Chwitor, Chwa[inup
Chwitz[aq-San Antonio, rango 2	
Konkulito, rango 2	

La importancia de insertar un cuadro con los nombres de los sitios arqueológicos del post-clásico en Rabinal, se hace debido a que actualmente muchos caseríos y aldeas llevan esos nombres, este es el caso de Chirrum, Pichec, Konkulito, Chisaliyá, Xokok, no se sabe si el nombre del sitio arqueológico se da por la cercanía a determinada población actual, lo importante de señalar es que esos sitios arqueológicos y sus alrededores han estado ocupados desde hace más de 3,500 años y actualmente todavía

11. De acuerdo a la clasificación que da Breton tenemos que: “Rango 1: centros que tienen plaza(s) con templos gemelos, grandes “casas largas” y “casas del consejo” (entre otras estructuras), estucados.

Rango 2: centros que tienen plaza(s) con templo único y estructuras largas (“casas largas” y “casas del consejo” generalmente no distinguibles) a veces estucados.

Rango 3: centros que tienen una plaza con altar y estructura(s) larga(s), rara vez estucados.” Breton *et al.*, (1993:50).

continúan ocupados, probablemente por sus descendientes. La identificación de éstos sitios arqueológicos en los procesos de estructuración de identidades es primordial porque es la base histórica para poder construir una identidad achí.

Los datos arqueológicos proporcionan información descriptiva sobre los diversos monumentos que se encuentran en los sitios y de la cerámica recolectada en el lugar, nos demuestran vestigios aislados de un lugar que estuvo poblado, no dan un panorama más detallado sobre los factores económicos, sociales, políticos, etc. Por ello partiendo de la base que el territorio de Rabinal estuvo ocupado desde hace ya más de 3 milenios, es importante tratar de reconstruir brevemente cómo era la vida cotidiana en la cuenca de Rabinal antes de la llegada de los españoles. De acuerdo con Alain Breton<sup>12</sup>, dicho proceso puede dividirse en cuatro grandes períodos:

A) *Los movimientos de migraciones.* Entre los siglos X y XII se registran movimientos de incursión en tierras altas de Guatemala de grupos portadores de cultura tolteca, en el último proceso migratorio puede identificarse místicamente, pero NO científicamente el ingreso del grupo conformado por los k'iches, los rabinaleb, los kaqchikeles y tz'utujiles, que se establecen en determinados territorios y entran en contacto con las poblaciones locales. El Popol Vuh, como el Título de los Señores de Totonicapán y los Anales de las cakchiqueles proporcionan información sobre las dificultades y precariedades sufridas por dichos grupos en el momento de la búsqueda de un lugar para establecerse.

B) *El poblamiento de la sierra de Chuacús.* A partir de la dispersión del grupo original comienza la segunda etapa que se caracteriza por el poblamiento de los altos de la sierra de Chuacús y hacia el oeste (Chichicastenango) cerca del lago de Atitlán, región poblada por los k'ichés, el sur es poblado por los cakchikeles y los tz'utujiles, y los rabinaleb buscan poblar el este en la cresta que separa las cuencas de Cubulco, Joyabaj y Rabinal.

C) *El movimiento de incursión y expansión de los grupos.* Esta etapa se caracteriza porque dichos grupos se conforman en la confederación k'iche, caracterizándose esta por el dominio y expansión del grupo k'iche. Se

---

12. Para un mayor detalle de la clasificación pre-hispánica véase Breton (1999:33-36).

concentra el poder por el control de las cuencas de los ríos Chixoy y Motagua en la ocupación de planicies y cuencas fértiles. En este momento los rabinaleb se establecen en Kajyub y los k'iches consolidan su dominio hacia las regiones de Totonicapán, Quetzaltenango, Huehuetenango, Sacapulas, los Cuchumatanes y la costa del Pacífico. Esta expansión k'iche se basa en conflictos y luchas, hasta consolidar una supremacía k'iche debido a la colonización de diversos poblados.

D) *La fragmentación de la organización política de Q'umarkaj.* Finalmente el poderío k'iche cae por conflictos internos y problemas en la confederación, creando así una fragmentación de la organización política. Otros grupos asumen fuerza y poder ante el resquebramiento del poderío k'iché.

Como explica Breton, a partir del resquebramiento del poderío k'iche, surgen asentamientos y poblados que comienzan a competir por el poder entre ellos. Existe un documento histórico que relata una disputa entre los k'iche y los rabinaleb en forma poética, esta obra se llama el Rabinal Achí. Las diversas investigaciones que se han realizado sobre el Rabinal Achí señalan que el documento es resultado de la pugna del poder que existía a raíz de la fragmentación política de Q'umarkaj.

Existen a la fecha varios estudios que resaltan dos aspectos de su importancia como documento: el dato histórico y su valor estético<sup>13</sup>. Respecto de su valor histórico se puede comentar: El argumento del Rabinal Achí, es la lucha territorial entre k'ichés y achís, por otro lado, el recurso de la oralidad como vigencia de la memoria histórica de los achí de hoy.

Para que el lector tenga una idea del argumento de la obra se presenta un resumen realizado por Alain Breton: “Durante el primer acto, el más largo (pues ocupa la mitad del texto), es capturado k'iche Achi, llamado a declarar e interrogado por Rabinal Achi: el prisionero fue sorprendido cuando intentaba engañar a unos hombres rabinaleb para apoderarse de ellos y raptarlos; agresivo, irónico, no consiente en revelar su identidad sino después de numerosas tergiversaciones. Habiendo sido establecidos sus orígenes –es efectivamente un guerrero k'iche hijo de Balam Ajaw Balam K'iche–, comienza una larga serie de acusaciones en su contra que

---

13. Consúltese especialmente las obras de Padial G., Anita, Breton, Alain, Recinos, Adrián.



preparan de alguna manera los considerandos del juicio. En el segundo acto, Rabinal Achí rendirá cuentas de esa captura e interrogatorio a Job Tob, su soberano; éste propone una solución de compromiso: si el guerrero k'iche' se somete, si se muestra respetuoso y condescendiente, el rey promete entonces acogerlo entre los suyos y darle armas, vestido y adornos, prodigarle alimento y bebidas, y ofrecerle una mujer (una solución que rechaza inmediatamente Rabinal Achí que la considera como una ofensa personal pero que termina, sin embargo, por aceptar ante la insistencia de su rey). En el tercer acto vemos a Rabinal Achí comunicar el mensaje y las propuestas de su padre a K'iche' Achi. Este último rechaza de entrada cualquier compromiso y continúa comportándose amenazadoramente. En el cuarto acto, en fin, llevado a su vez frente a Job Toj, el cautivo se presta a una parodia de conciliación (¿un ritual protocolar?) Durante la cual rechaza obstinadamente los ofrecimientos que se le hacen, reivindicando y finalmente obteniendo la muerte." Breton (1999:40)

En el resumen se observa que la relación entre las etnias prehispánicas en Guatemala no era armónica, remontándonos más de 500 años en Guatemala se visualizaba la existencia de diversos poblados: los k'iche's, los kaqchiqueles, los tzutujiles, los rabinales y los uxab poq'omab. Esta situación de tensión que se vivía en aquellos tiempos por las disputas de los territorios es el hilo conductor de toda la obra.

Respecto del período colonial, el pueblo de Rabinal se caracteriza porque a diferencia de la conquista en las otras regiones de Guatemala, la conquista es pacífica, norma implantada por Fray Bartolomé de las Casas y posteriormente de la orden de los dominicos en el territorio de Tezulutlán. Y precisamente esta característica



Foto 2: Iglesia de Rabinal, estilo barroco que data de principios del siglo XVII.  
(Foto tomada por Jacobo Lucas)



provoca que los dominicos en el poder sean mucho más tolerantes con las costumbres de los indígenas.

El dominio dominico en Rabinal, se inicia con la fundación del pueblo en el año de 1,538 en honor al patrono San Pablo y éste se caracteriza por:

- La relativa conquista pacífica del territorio de Tezulutlán, que posteriormente será llamado las Verapaces.
- La entrada estaba prohibida a cualquier persona que no se vinculara con la orden.
- Se establece la cría de ganado caballar y vacuno, como también el cultivo de diversidad de frutas locales y europeas.
- Se reporta la existencia de haciendas y trapiches en la región de Baja Verapaz (Hacienda San Nicolás, el Ingenio San Jerónimo), aunque la mayoría de éstos no quedaran en el pueblo de Rabinal, requerían de mucha mano de obra, posteriormente los trapiches comienzan a surgir en Rabinal.
- La economía regional se caracterizó durante el dominio dominico por el cultivo de la caña de azúcar y la crianza de ganado.
- La presencia de los curas dominicos fue por espacios muy breves. De 1685 a 1702 se asignaron 21 curas y posteriormente de 1714 a 1746 se asignaron 34 curas, que no permanecieron mucho tiempo en el lugar
- Fray Francisco Ximénez es uno de los curas que tuvo una presencia relativamente larga en Rabinal de 1702 a 1714.
- Debido a la explotación del ganado y la expansión de la población se autoriza la separación del territorio de Rabinal de lo que actualmente es el valle de San Miguel Chicaj, surgiendo así un nuevo poblado en 1803.

El siguiente período histórico en Rabinal, luego del dominio de los dominicos se caracteriza por el surgimiento de una economía incipiente debido al cultivo de la cochinilla y posteriormente, ésta experimenta un decaimiento económico debido a la sustitución del cultivo del café por el de la cochinilla, ya que las tierras de Rabinal no eran aptas para dicho cultivo.

El período de 1821 a 1900 se caracteriza por:

- El pueblo indígena de Rabinal es elevado a villa, debido a la presencia de ladinos.
- El 18 de mayo de 1855, llega a Rabinal el Abate Charles Brasseur de Bourbourg en donde permaneció a□o y medio, tiempo en el cual recoge y escribe el documento sobre el Rabinal Achi, obra que es publicada en francés en 1862.
- En la década de 1860 el término que se utilizaba para los pobladores “rabinaleb” es cambiado por el de “achi”, debido a la fama que adquirió la publicación del libro El Rabinal Achi.
- El 1 de agosto de 1893 la villa de Rabinal es elevada a ciudad.
- El cultivo de la cochinilla comienza en 1818 y termina en 1870, década en la que comienza el cultivo del café.

Una caracterización de los hechos más importantes para los primeros cincuenta años del siglo XX en Rabinal es la siguiente: “Durante el siglo XX, Baja Verapaz ha experimentado cambios en diferentes campos: el político, el económico, y el religioso. El departamento se conformó político-administrativamente como actualmente se le conoce, en 1935. El poder tradicional de la población indígena a través del alcalde indígena y de las cofradías, mermó a causa de varios factores: la eliminación de las elecciones para alcalde durante la dictadura de Jorge Ubico, así como la supresión del alcalde indígena bajo los gobiernos de la Revolución de 1944; a pesar de ello, la población indígena buscó mecanismos para retener el poder en la municipalidad. La construcción de carreteras y el sistema de transporte colectivo incrementó la búsqueda de ingresos fuera del departamento, una de las características de la



Foto 3: Campana original de la Iglesia de Rabinal

emigración que se observó y tuvo mayor movilidad entre los ladinos que entre los indígenas: puede decirse que por seis ladinos que emigraron de Baja Verapaz, lo hizo un indígena. También hubo movimientos de población dentro del departamento.

Finalmente la caracterización histórica del siglo XX en Rabinal se basa en un paulatino decaimiento económico que comienza a finales del siglo pasado, éste se caracterizó por la implementación de la leyes que obligaban a las personas de escasos recursos a trabajar en la infraestructura vial del país y a la utilización de mano de obra en la producción de café y caña de azúcar. El decaimiento económico está acompañado de la pérdida del poder local indígena, debido a que el Estado insta una política para permitir el acceso de personas ladinas al poder municipal. La tradición histórica practicada por el consejo de ancianos a cargo del poder local va resquebrajándose al ir perdiendo espacios en la municipalidad, en la década de los años cincuenta este poder se resquebraja aún más por la presencia del movimiento de Acción Católica que ataca primordialmente las costumbres de las cofradías indígenas.

Todo ello provoca el comienzo de un proceso que se manifiesta a partir de la década de los años cincuenta con los movimientos cooperativistas y de la liga campesina, que a lo largo de 30 años se singularizan por la participación de los civiles en las demandas sociales, finalmente todo este proceso termina con la incursión del ejército en el territorio de Rabinal practicando su política de masacres y de tierra arrasada. Los últimos 20 años de la historia de Rabinal se caracterizan entonces por las reivindicaciones de poder local en la alcaldía municipal, (continúa siendo una lucha entre indígenas y ladinos), y por la presencia de un proceso migratorio laboral que ha venido practicando la población y que poco a poco se ha ido acelerando, dicho proceso tiene como destinos finales migratorios: Alta Verapaz, Guatemala y Escuintla.

Estos últimos 20 años, también se han caracterizado por las demandas a nivel internacionales en un principio, posteriormente dichas demandas se vuelven locales, respecto del tema de los procesos de exhumaciones de las masacres ocurridas en Rabinal, aunque la mayor parte de la población de Rabinal aún está temerosa para implementar demandas sociales, existen importantes asociaciones y agrupaciones civiles que trabajan en ello como: Ixoc Ahau, CALDH, El movimiento de viudas y huérfanos de Rabinal y Baja Verapaz, etc.

### **Procesos que entretejen la identidad en Rabinal**

Todos los días, los seres humanos utilizamos símbolos, significados, normas y valores que pueden concretarse en hechos materiales o no. La cotidianidad entre los conjuntos sociales es muy diversa, precisamente porque los factores sociales, económicos, políticos y culturales no son iguales.

La vida de una persona se caracteriza porque constantemente se somete a procesos de socialización, en donde el proceso de aprendizaje y las relaciones sociales son ejes determinantes que crean procesos de identidad.

No se puede hablar de identidad local en el área rural de Guatemala, sin conocer o sin hacer alusión a las formas de concebir el mundo de los antiguos mayas. Según los estudiosos de los mayas el universo se caracteriza por la acción de dos principios que son complementarios, a dicha característica la llaman “dualidad maya”, ésta se caracteriza porque cada elemento coexiste en relación con otra realidad, necesitándose mutuamente para hacer el equilibrio y por consiguiente se da su existencia Cf. Sucuquí (2000:36). Es así como la dualidad maya se manifiesta en las siguientes contradicciones: el bien y el mal, el tiempo y espacio, el supramundo y el inframundo, los rumbos del espacio cósmico y del sol, poniente y oriente, norte y sur, el cenit y el zadir, etc.

Parte de la cotidianidad indígena y no indígena gira en torno a la religión y búsqueda de un equilibrio entre las fuerzas del bien y del mal: “Esta relación es sobre todo permanente, ya que se acude a la religión para mantenerse en armonía, en equilibrio y en orden, para lo cual se hacen protecciones, se da gracias por la vida, la cosecha, el nacimiento de un niño. Se pide permiso a la tierra cuando se va a sembrar, cuando se va hacer la pedida de la novia, cuando se realiza el matrimonio. Se pide protección para los estudios de los hijos, para el trabajo, para el bienestar de la familia, para estar en paz con los vecinos, para que no haya envidias, etc. Asimismo, se acude a la religión en el tratamiento de toda clase de enfermedades, sobre todo para la enfermedad que le llaman “el mal hecho” en todas sus manifestaciones.” Sucuquí (2000:71)

Algunas de las representaciones de la cultura en Rabinal tienen sus bases en las de los antiguos mayas; principalmente las que corresponden a los sincretismos religiosos, como la “dualidad maya”, ésta se manifiesta cotidianamente en diversas características en toda la población de Rabinal, no

importando si es indígena o no indígena. Por ejemplo la representación del equilibrio frío-caliente, se vive y se actúa en base a ella, por eso desde el momento en que los achí y los no achí se levantan en la mañana, las mujeres que se encargan de preparar el desayuno, toman sus precauciones respecto de las actividades previas antes de tortear, como dicha actividad se concibe como caliente; las actividades previas al torteo serán preferentemente de índole caliente. Con base en esa misma representación, equilibrio entre frío-caliente, se espera que la primera comida del día sea preferentemente caliente: café y tortillas, ya que el consumir alguna fruta como la naranja puede ser motivo de enfermedad. Las representaciones anteriores se refieren al proceso salud/enfermedad/atención, sin embargo existen otras actividades como las referidas a las relaciones que se establecen entre las familias, que se explican a continuación:

El tiempo que transcurre entre generación y generación se caracteriza porque algunos factores no se alteran; como por ejemplo los apellidos, mientras que otras características van cambiando; por ejemplo la cantidad de tierra que se va fraccionando cada vez más.

En ese transcurrir del tiempo que va de generación en generación, existen rasgos generales entre todos los indígenas y no indígenas. Se utiliza un patrón patrilíneo que se establece en la forma de descendencia, ésta se caracteriza en: a) la herencia (bienes y cargos), b) la residencia, c) la realización de faenas, d) los términos lingüísticos y e) los apellidos. la forma de heredar bienes, en la residencia y en la utilización de determinadas palabras para referirse a familiares. Se presenta una breve explicación de cada uno de ellos.

*La herencia:* Se reconocen primordialmente los parientes a través de la línea masculina, principalmente en el momento de heredar los bienes como las tierras, el ganado, el dinero o un negocio, pero ello no implica que las hijas rompan el vínculo con su familia, ya que éstas en el momento de heredar reciben bienes menores como muebles, trastos, joyas, y pequeños terrenos. Sin embargo, la forma de heredar un cargo u ocupación, como es el caso de las comadronas el patrón se vuelve matrilineal, éste es un hallazgo de la investigación, el cargo puede ser heredado de madre a hija, de abuela a nieta, de tía a sobrina, y en el caso que, en la familia de una comadrona no exista descendencia de hijas mujeres, es cuando se toma referencia al patrón patrilíneo en donde la nuera es considerada como otra hija, es ella quien heredará el cargo de comadrona. En este sentido se da una revalidación del cargo de comadrona

porque la mujer a de ocupar el oficio, o sea la nuera, que llega a vivir al patrilinaje del esposo y que ha manifestado su interés respecto del cargo de comadrona (puede ser que en el grupo materno tenga algún familiar con dicho cargo), es una situación en donde dicha mujer se ve doblemente beneficiada con los conocimientos que pudo adquirir en su grupo familiar y con los conocimientos que le pueda otorgar su suegra si ésta es comadrona.

*La residencia.* La forma de convivencia dentro de la unidad doméstica en Rabinal es la familia extensa, puede explicarse así: “Una familia está constituida por una pareja de edad mediana, con sus hijos varones casados y las respectivas familias de éstos, así como los hijos solteros (hombres y mujeres). Los hijos casados se pueden separar del tutelaje paterno, independizándose económicamente a los dos o tres años de contraer matrimonio; situación que se concreta cuando se van a vivir a un terreno alejado o dentro del mismo terreno de la casa del padre. En este último caso, cada familia tiene un fogón aparte para cocinar sus alimentos”. Barrios (1996:10)

Es importante entender que las hijas mujeres aunque se vayan a vivir a la casa del esposo, si la residencia materna está cercana, ésta mantendrá los lazos con su familia de origen, mientras que cuando la distancia lo impide, la mujer romperá totalmente esta relación.

Respecto a la realización de faenas, la familia extensa que reside en un mismo terreno o propiedad, puede reunirse para realizar determinadas faenas, como la construcción de una nueva casa, la realización de la siembra, la realización de un almuerzo cuando hay algún nacimiento, etc.

Sin embargo, es importante hacer referencia que esta situación para la ubicación de una nueva unidad familiar dependerá mucho de los ingresos económicos que tiene la nueva familia, cantidad de terreno disponible, oportunidad de empleo en el casco urbano, migraciones estacionales, etc.

*Uso de términos lingüísticos:* En idioma achí las categorías que se utilizan para demostrar parentesco son diferentes de acuerdo al sexo de la persona, es por ello que siempre cuando un achí habla de su familia evidencia la línea padre-hijo.

El patrón patrilineal se establece concretamente en : la forma de heredar bienes, en la residencia y en la utilización de determinadas palabras para referirse a familiares.

Otra forma de pertenencia e identidad entre los achí es el uso de determinados apellidos, ya que son originarios del área achí. Algunos de los apellidos de las actuales comadronas y que se pueden identificar de raigambre achí son: Acoj, Cujá, Cuxum, Ismalej, Ixpatá, Ojom, Sic, Tecú, Xitumul.

Las formas de adquirir poder: Actualmente en el pueblo de Rabinal existen un total de 16 cofradías, que son: San Pedro Mártir (enero), San Pablo (enero, patrono del pueblo), San Sebastián (enero), Santo Domingo (agosto), El Divino Sacramento o Corpus Christi (junio, fiesta muy importante), la Virgen del Rosario (octubre), la Santa Cruz (mayo), el Niño Dios (diciembre), San Miguel Arcángel (septiembre), San Francisco (octubre), Santa Elena (Ixoq Elena), San José (marzo), Santa Ana (julio), San Jacinto, la Virgen de Natividad (septiembre) y la Virgen de Concepción (diciembre). De las 16 cofradías solamente dos son ladinas, todas las demás son indígenas, este hecho en particular es otro rasgo muy importante que diferencia a Rabinal de muchos otros pueblos indígenas, ya que actualmente es uno de los pocos municipios que conserva la existencia de tantas cofradías, este rasgo distintivo se relaciona mucho con dos importantes factores: la permanencia indirecta del poder en manos indígenas y la supervivencia de una forma de organización impuesta en el período de la colonia, pero que se ha convertido en un sincretismo, me refiero a la institución llamada cofradía. Se puede decir que Rabinal a pesar de su tormentoso pasado reciente en donde la población civil, las costumbres y las tradiciones se vieron en peligro, ha logrado mantener un patrón muy tradicionalista en relación a la forma de adquirir poder, que se manifiesta en la pervivencia de sus 16 cofradías y que éstas aunque no detentan en sus manos el poder municipal, el consejo de ancianos de las cofradías principales se ha consolidado como un frente muy importante que detenta poder en el pueblo, este frente es consultado para cualquier tipo de actividades, pero su poder se centra más en el recelo y secretos de las diversas actividades de las celebraciones de las costumbres y tradiciones.

Alrededor de la cofradía existen otros elementos muy significativos e importantes en las celebraciones de sus fiestas: nos referimos a la música y danzas, que brevemente se explican a continuación.





Foto 4: Altar de la casa de Doña María Pérez de Tecú, quien ha tenido algunas cofradías en su casa.

Bailes y música: Respecto de la música se puede decir que es ritual o ceremonial, al igual que los sones tradicionales son las formas de expresión más auténticas de la cultura achí. De la música ceremonial o ritual se dice: “Esta corresponde al conjunto de expresiones musicales asociado a las manifestaciones religiosas, así como a las actividades determinadas por el calendario prehispánico –aún vigente en alto grado– y a las actividades organizadas de las cofradías indígenas de la región. Así mismo otro porcentaje de estas expresiones forma parte de danzas o bailes tradicionales de los que construyen parte indivisible. Algunas de estas manifestaciones religiosas son los pregones con su respectivo toque ceremonial, que consiste en anunciar el paso de una procesión, en una fecha especial o el paso de un grupo de Chimanos o principales de la cofradía. También están los toques de cofradías.” Fundación G&T (2000:64)

Estas formas musicales, principalmente los toques ceremoniales están conformadas básicamente por dúos conformados con el pito y tamborón, o el de la chirimía y tamborón. Respecto de los sones tradicionales de las Verapaces se puede decir: “Que están referidos a actividades religiosas del calendario prehispánico y a las cofradías y a los integrados de las danzas. Los sones son formas estructurales definidas en fases musicales de diversa



cantidad de compases... Los sones tradicionales pueden tener 5, 6, 7, 9 ó 10 compases. En cuanto a los esquemas instrumentales, los sones tradicionales son interpretados fundamentalmente en las dos modalidades de marimba sencilla: de cajón o de bambú, este instrumento es interpretado por dos, tres o cuatro personas" Fundación G&T (2000:65)

Existe otra manifestación musical muy importante y característica de Rabinal y de la región de las Verapaces que son los tríos de arpa, violín y guitarra, pero en la actualidad al menos en el pueblo de Rabinal, se puede decir que el trío ha pasado a convertirse en dúos de violín y tortuga. Es importante realizar investigaciones respecto del proceso de pérdida del trío y del surgimiento del dúo, sin embargo es importante mencionar que al igual que el poder que se ha conformado respecto de las cofradías, el celo respecto a proporcionar información sobre la música es el mismo.

Respecto de los bailes, se puede decir que los más importantes por su carácter ritual y sagrado son: El Venado, El Palo de los Voladores y el Rabinal Achí (este baile además de poseer un texto escrito también posee música, sin embargo desde la época de la colonia hasta la actualidad sus interpretaciones han sido minoritarias, en comparación con los otros dos bailes que son interpretados de dos a tres veces cada año). Otras danzas que se interpretan son: Los Mazates, De toritos, Moros y Cristianos, La Conquista, Las Flores, El Chico Mudo, Los Güegüechos, La Sierpe, Los Negritos y Los Animalitos.

Rabinal es uno de los pocos pueblos en Guatemala que se ha preocupado porque en las escuelas se organice entre los alumnos grupos de baile. De la conformación de esos grupos, surge la celebración del festival folklórico durante las festividades del Corpus Christi, es así que todas las danzas y bailes que se interpretan en dicha celebración están a cargo de los niños. En el festival folklórico del año 2000 viajaron a Rabinal un total de 20 grupos de niños bailadores de diversas aldeas y caseríos.

Los pueblos incrustados entre los valles que forman la cordillera de Chuacús en Baja Verapaz, se singularizan por la preparación de determinadas comidas y bebidas, que solamente pueden consumirse en dicha región.

A pesar del calor abrazador que hace en Rabinal al medio día, no falta la imagen en la plaza central de una persona degustando su atol en su colorida jícara de morro, los varones con sombrero para protegerse del sol y las mujeres bajo algún toldo o plástico beben su atol de la refacción.



Foto 5: Mercado de Rabinal, puesto con venta de atoles

Algunas bebidas en Rabinal tienen una connotación ritual y sagrada, primordialmente los atoles. Todos los años durante la celebración del Corpus Christi, se realiza en las cuatro capillas pozas de Rabinal, una velación, que culmina con la traída del chilate durante el amanecer del jueves de Corpus Christi. La traída del chilate a la capilla poza desde las cuatro casas de las cofradías es un ritual y una celebración en donde las mujeres tienen un papel protagónico, son ellas quienes preparan la bebida en la casa, posteriormente todas las mujeres principales participan de la procesión que va de la casa a la capilla poza y luego también tienen un importante papel en el momento de organizar y repartir el atol a los principales y público en general.<sup>14</sup>

La variedad de atoles que diariamente hay en el mercado de Rabinal, no puede encontrarse casi en ningún otro pueblo de Guatemala, el visitante puede escoger entre la siguiente variedad: pinol, chilate (atol blanco), el chilate con chocolate es una bebida ceremonial, atol de tres cocimientos, atol shuco, atol de elote (cuando es la cosecha), etc.

---

14. Se tiene filmada toda la celebración de la traída del chilate. El lector interesado en el material puede consultar la videoteca del Instituto de Estudios Interétnicos (IDEI) de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Respecto de las comidas se puede decir que hay platos característicos de los municipios de Cubulco, Rabinal y San Miguel Chicaj como los famosos boxboles<sup>15</sup>, los tamalitos de elote con frijoles. Durante las primeras cosechas del elote también se preparan platos especiales como las tortillas camagua, etc. El conocimiento y degustación de dichos platos y atoles denotan identificación entre los habitantes de Rabinal.

Relacionado con el consumo de atol está el uso de la jícara, Rabinal se caracteriza porque es uno de los principales productores de artesanías del fruto llamado morro; la importancia de la producción de esta artesanía se entiende mejor en su sentido identitario. Del fruto llamado jícara o morro también se fabrican en Rabinal chinchines, alcancías y otros. Debido al uso cotidiano que se hace de esta jícara o guacal para tomar el atol se explica su importancia como elemento histórico y su proceso de elaboración, que se presenta a continuación.

*La Crescentia Cujete L. y Crescentia Alata H.B.K.* (El árbol de morro) originarios de los trópicos americanos, desempeñan un papel muy importante en la obra histórica y mitología del Popol Vuh. La aparición del árbol y su fruto son ejes fundamentales de la cualidad maya: muerte-vida. Según el texto: La cabeza-muerta de Hun-hunahpú cuelga de un árbol; debido a la orden de prohibición que hay en Xibalbá para visitar el árbol, la princesa Ixquic decide ir al lugar poniendo en contacto su mano con el fruto del árbol, debido a ese contacto Ixquic engendrará a Hunahpú e Ixbalanqué (El Sol y la Luna). La trama del relato hasta ese momento, sigue así: “Habló entonces la calavera que estaba entre las ramas del árbol y dijo: –¿Qué es lo que quieres? Estos objetos redondos que cubren las ramas del árbol no son más que calaveras. Así dijo la cabeza de Hun-Hunahpú dirigiéndose a la joven. ¿Por ventura los deseas?, agregó.

*Sí los deseo, contestó la doncella.*

*Muy bien, dijo la calavera. Extiende hacia acá tu mano derecha.*

*Bien, replicó la joven, y levantando su mano derecha, la extendió en dirección a la calavera.*

---

15. Los boxboles son una especie de envuelto de masa de maíz en hoja de ayote, acompañados de un recado de tomate, miltomate y chile.

*En este instante la calavera lanzó un chisguete de saliva que fue a caer directamente en la palma de la mano de la doncella. Miró ésta rápidamente y con atención la palma de la mano, pero la saliva de la calavera ya no estaba en su mano.*

*–En mi saliva y mi baba te he dado mi descendencia (dijo la voz en el árbol).” Recinos (1980:134)*

La importancia que tiene el árbol de morro no se restringe a dicha aparición en el Popol Vuh, sino actualmente radica en la producción artesanal de guacales, jícaras, alcancías, chinchines, cucharas, tecomas,



Foto 6: Jícaras a la venta en el mercado de Rabinal.

etc., que para algunas familias de Rabinal representa una importante forma de ingresos económicos. El proceso de producción artesanal de este fruto es importante para entender el simbolismo que hay en el uso de las jícaras, razón por la cual también se explica.

En el proceso de producción de los guacales de morro, intervienen los siguientes colores: al natural (sin pintura), negro, amarillo y rojo. La tradición de conservar dichos colores en la elaboración de la artesanías es una característica del período pre-hispánico, ya que los tintes solo se podían obtener del manejo tecnológico de la grasa del insecto llamado niij, que al ser mezclado con el achiote se obtenía el color rojo, con la corteza del palo amarillo o guachipilín (*Diphysa carthagenensis*) se obtenía el amarillo y de las cenizas de la planta llamada ixcanal (*Acacia cooki*) o del roble se obtenía el color negro. Actualmente son pocos los artesanos que utilizan el niij para dar el color negro lacado a sus artesanías, ya que la jícaras decoradas con rojo y amarillo son de pinturas acrílicas. Lo importante en este caso es la conservación de los colores y los dibujos en el proceso de elaboración de las artesanías.

Otro importante factor es la relación que tienen las jícaras y los guacales en el consumo de los atoles, ya que las vendedoras de atol en la plaza de Rabinal utilizan éstas para servir su producto. Existe un tipo de jícara especial para servir el chilate el día de Corpus Christi, o sea que el uso de la artesanía está relacionado con los festejos sagrados y rituales. La jícara que se utiliza para servir el chilate con chocolate es de forma redonda y tiene un orificio en la curva más cerrada del óvalo, en cambio las jícaras que se utilizan cotidianamente para consumir el atol son totalmente redondas, ya que en su proceso de elaboración han sido partidas por la mitad a manera de formar el guacal.



Foto 7: Detalle de la decoraciones que tienen las jícaras de Rabinal.

De esta forma se concretan y confluyen una serie de procesos históricos, mito-religiosos, de producción y de cotidianidad en un solo objeto, las jícaras decoradas de Rabinal, que son algo más que un instrumento que sirve para beber atol.

Finalmente el uso de güipil y de corte en las mujeres es una forma de manifestar y vivir la identidad en Rabinal. Sin embargo, la falta de recursos que se manifiesta en las familias de Rabinal ha optado porque las mujeres comiencen a utilizar blusas de telas comerciales en su cotidianidad, en vez del güipil local. Sin embargo el uso de güipil se reserva para todos los eventos

importantes: día domingo, día de plaza, fiestas importantes, etc. El corte oriundo de Rabinal es otro elemento del vestuario de la mujer que casi no se puede observar en la cotidianidad, sin embargo muchos institutos de educación media han optado porque el uniforme para las mujeres sea el corte rojo, amarillo y negro que es el original de Rabinal. Esta disposición nace de nuevo en el movimiento que se aglutinó en Rabinal a raíz de la unificación con el territorio k'iche' en el mapa lingüístico.<sup>16</sup>

### **Tratando de abordar la identidad en Rabinal, Baja Verapaz**

La intención del capítulo fue presentar algunos elementos que conforman la identidad en Rabinal, en la parte final del mismo se realizarán algunas reflexiones en torno a una posible identidad en el municipio de Rabinal.

Se presentó un esbozo histórico para demostrar cómo algunos de los actuales caseríos y aldeas tienen por lo menos 3,500 años de ocupación, sin embargo en esa historia de Rabinal es necesario señalar la existencia de una rivalidad histórica entre k'iche' y achí, que en la época pre-hispánica se caracterizaba por la disputa del dominio de territorios; un ejemplo de ello es el argumento del Rabinal achí. Pero a la luz de los años esa rivalidad entre grupos se manifiesta en la NO identificación de los achí con los k'iche', no sólo respecto de factores lingüísticos, sino también de diversas representaciones y prácticas. Los rabinaleb, como a veces ellos mismos se autodenominan, tienen un pasado que los aglutina como grupo étnico, pero primordialmente sirve para diferenciarlos de los k'iche'.

El reconocimiento de su historia en particular, basada en la existencia del Rabinal Achí, es uno de los elementos más importantes de integridad e identidad como grupo étnico. Hecho que se manifiesta en las luchas que han librado con el movimiento lingüista. Hace aproximadamente 10 años, dicho movimiento insistía en colocar en el mapa lingüístico de Guatemala un territorio conformado por los departamentos de Baja Verapaz, Quiché, Sololá y Quetzaltenango, como una región integrada en la cual se habla el

---

16. Ese movimiento aglutina a maestros y profesionales, ha impulsado también la fundación de escuelas mayas y otros muchos procesos.



k'iche, pero como resultado de las manifestaciones de protesta y de lucha de los diferentes municipios que conforman Baja Verapaz<sup>17</sup>, éstos lograron que la región de Baja Verapaz aparezca en el mapa como achí y no como k'iché, a pesar de que los lingüistas insisten en que no hay diferencias entre los idiomas.

Este hecho se puede interpretar como un nuevo elemento de diferenciación entre hablantes de achí y castellano que conviven en el municipio de Rabinal, dicho movimiento fue encabezado por los integrantes de la academia de lenguas mayas que son hablantes de achí y han intentado fomentar en Rabinal una adscripción e identidad hacia el movimiento maya, éste suele estar conformado por profesionales de ascendencia indígena, que no tienen eco en las aldeas y caseríos de Rabinal.

Este es un ejemplo, al intentar reflexionar sobre identidad en el municipio de Rabinal, no se puede hablar de una identidad achí porque deja fuera al 20% de la población que no habla dicho idioma, pero que, sin embargo, se siente identificada con los rabinaleb debido a su glorioso pasado. En este sentido también se puede decir que los patrones de descendencia y residencia local son homogéneos para la mayoría de los grupos étnicos en Guatemala, sean indígenas o no.

El poder que se concentra en el seno del consejo de ancianos de las cofradías en Rabinal, se caracteriza por ser hermético y porque tiende a una ideología conservadora. En la actualidad su poder se manifiesta en el celo de las celebraciones religiosas que se dan durante todo el año. Esta singularidad ha logrado mantener la existencia de las 16 cofradías y una postura muy tradicionalista respecto de la forma en que se deben celebrar las fiestas religiosas.

Este poder aglutinado en los ancianos y el poder aglutinado en la academia de lenguas mayas en Rabinal, que concentra a la mayoría de indígenas con estudios a nivel universitario<sup>18</sup>, forman el polo que se opone al

---

17. Los hablantes de achí son: Cubulco, Rabinal, San Miguel Chicaj y parte de Salamá.

18. La mayoría de éstos después de ser profesores de educación primaria, han estudiado algún profesorado de segunda enseñanza o se han especializado en las carreras que ofrece la extensión universitaria de la Universidad de San Carlos en Salamá. También en el 2002 comenzó en Rabinal una sede de la Universidad de San Carlos ofreciendo la licenciatura de derecho en plan fin de semana.

poder ejercido por los no indígenas, no hablantes de achí, que han detentado el poder por muchos años en la alcaldía municipal. Sin embargo es pertinente hacer ver que dicho poder ya no está tan polarizado, se ha ido resquebrajando ya que en el período anterior de la alcaldía a diferencia de la que está gobernando, estuvo a cargo de un alcalde indígena. Por otro lado en las cofradías más importantes varios personajes que no son indígenas han mantenido en su casa de habitación al santo. Estas transacciones del poder intentan explicar que la confrontación por el poder no es étnica, sino comienzan a presentarse diversas características de los fenómenos económicos y sociales.

Terminaremos haciendo la reflexión sobre la producción artesanal del morro en jícaras, guacales, chinchines, muy característicos de Rabinal y conocidos por todo el territorio guatemalteco. El uso del morro como utensilio data de los tiempos pre-hispánicos, de igual forma la utilización de los colores: rojo, amarillo y negro, son reminiscencias del uso de los tintes naturales que provienen del gusano llamado niij. Los dibujos y las formas que adornan los utensilios y chinchines también guardan rasgos pre-hispánicos, hecho que se comprueba con la similitud de dibujos y formas de la cerámica encontrada en los sitios arqueológicos. Pero en el transcurso de más de 500 años el uso de ésta artesanía es un sincretismo de la cultura maya, mestiza y no indígena, que logra una autoidentificación a lo que se come en Rabinal y que no crea una diferenciación entre hablantes de achí y no indígenas de todos los habitantes del municipio. Esta caracterización y otras más que he presentado en esta reflexión, proporcionan una base para intentar hablar de una identidad a lo local, o sea al municipio de Rabinal, más que una identidad achí, que deja afuera a todos los no hablantes de achí.

Los habitantes de Rabinal se consolidan como grupo étnico, debido a que su proceso histórico evidencia que desde hace ya más de 800 años, dichos pobladores se conformaron como un grupo diferente al k'iche', kaqchikel, tz'utujil y uxab poq'omab. Pero éstos como muchos otros grupos étnicos de ascendencia maya no pueden desvincularse de las representaciones mayenses respecto de: concepciones religiosas, patrones de descendencia y localidad, formas de adquirir poder, prácticas medicinales, danzantes y musicales, consumo de alimentos y bebidas, elaboración de artesanías, que consolidan cada vez más una similitud entre hablantes de achí y no hablantes, que se manifiesta en la convivencia cotidiana en el municipio de Rabinal.





## CAPÍTULO 4

### SALUD: ENTORNO GUATEMALTECO Y ACHÍ

Los referentes epidemiológicos sobre el municipio de Rabinal confrontados con los datos para todo el territorio guatemalteco son elementos de base para entender la situación de salud de la población de Rabinal.

Por otro lado la implementación de la política de salud que se titula “SIAS”, es otro hecho que modifica en parte la atención en salud que proporciona no sólo el sector salud, sino también otros terapeutas, el capítulo presente aborda estos dos hechos en particular.

#### **Los indicadores de salud en Rabinal: una comparación con los datos generales del territorio nacional**

Las condiciones de desarrollo y subdesarrollo de los países y de sus respectivas comunidades se reflejan en los indicadores de población. Según dichos indicadores los países subdesarrollados se caracterizan por tener una población joven entre los 0 y 15 años de edad. Esta característica es determinante para todos los demás indicadores de población, que a continuación se presentarán. Se expondrán los indicadores de salud de Rabinal; cuando sea necesario se realizará una referencia al contexto nacional para poder dar una idea del contexto.

La esperanza de vida al nacer en Guatemala es de 67.2<sup>1</sup> años y para el departamento de Baja Verapaz es de 68.3<sup>2</sup> años. No existen datos para el municipio de Rabinal, se puede decir que el departamento tiene un año más de esperanza de vida que el promedio general en el territorio.

---

1 Estos datos corresponden a proyecciones realizadas por el INE y SEGEPLAN.

2 *Ibidem*.

La mortalidad específica de Rabinal, no presenta diferencias en 9 de las 10 principales causas de defunción, como se muestra en el cuadro 11:

**Cuadro 11**  
**Principales causas de defunciones para Guatemala y Rabinal**

<b>Defunciones en Guatemala</b>	<b>%<sup>3</sup></b>	<b>Defunciones en Rabinal</b>	<b>%<sup>4</sup></b>	<b>%</b>
Infecciones respiratorias	69.3	Inf. respiratorias	34	95
Parasitismo intestinal	40.7	Parasitismo intestinal	95	04
Enfermedad diarreica	27.5	Enfermedad diarreica	08	45
Neumonía y bronconeumonía	20.7	Neumonía	45	25
Enfermedad de la piel	11.2	Enfermedades de la piel	55	01
Anemias	10.7	Anemias	06	35
Desnutrición	09	Desnutrición	35	-
Enfermedad péptica	08.7	Enfermedad péptica	04	02
Inf. del trato ut.	08.2	Infección del trato uter.	45	25
<b>Conjuntivitis</b>	01.9	<b>Enfer. musculo-esquele.</b>	65	-
		<b>Mialgia</b>	-	03
		<b>Amigdalitis</b>	-	01

La atención que se brinda al grupo materno-infantil es uno de los factores más importantes a evaluar en la situación de salud de un país, ya que algunos indicadores demuestran las condiciones de vida de la población y primordialmente la capacidad de respuesta de los servicios de salud ante uno de los grupos más vulnerables. Esta situación para Rabinal se puede ver en el cuadro 12.

La información contenida en el cuadro número 14, explica la importancia que tiene el trabajo de la comadrona en esta población. Los datos respecto a la mortalidad infantil aparecen en el cuadro 13.

3. Tasas por 100,000 habitantes, ONU (1999:68).

4. Datos proporcionados por el Centro de Salud de Rabinal, para la actual columna son de 1999 y para la siguiente, del 2000.

**Cuadro 12**  
**La atención de los partos en Guatemala y Rabinal<sup>5</sup>**

Atención del parto para Guatemala	% <sup>6</sup>	Atención del parto en Rabinal	% <sup>7</sup>
Comadrona	50	Comadrona	77
Médico	36.9	Médico	22
Otros	07.3	Empírica	04
		Ninguna	07
Enfermera	03.7	Enfermera	—

**Cuadro 13**  
**Mortalidad infantil y en la niñez para Guatemala y Rabinal**

Mortalidad para Guatemala	% <sup>8</sup>	Mortalidad para Rabinal	F	% <sup>9</sup>	F	% <sup>10</sup>
Neonatal	26	Neonatal	10	74.4	11	81.8
Post-neonatal	23	Post-neonatal	24	17.9	20	14.8
Infantil	<b>49</b>	Infantil	<b>34</b>	<b>25.3</b>	<b>31</b>	<b>23.06</b>
Post-infantil	16	Post-infantil	02	14.9	08	01

5. El registro de nacimiento de un niño en Rabinal debe hacerse en la Municipalidad y en el centro de salud, pero la información recolectada en en este último, no coincide con la información de los registros municipales de Rabinal. Las discrepancias más importantes son:

a) El total de comadronas adiestradas con carnet del centro de salud, según informe presentado en la jefatura del área, es de 90 y el dato recolectado por mí directamente de los carnet de comadronas en el centro de salud corresponde a un total de 108 comadronas (más dos hombres que ejercen el cargo).

b) Otra inconsistencia es sobre el número de mujeres empíricas que atendieron partos durante 1999, ya que para los meses de febrero, marzo y abril se detectaron un total de 24 mujeres que no poseen un carnet que las avale como comadronas autorizadas, éstas mujeres atendieron un total de 42 partos, o sea que más de la mitad de esas mujeres han atendido por lo menos más de dos partos.

6. Datos extraídos de la Encuesta Nacional de Salud Manterno-Infantil 1998-1999, pag.102.

7. Datos proporcionados por el centro de salud de Rabinal para 1999.

8. Datos obtenidos de la ENSMI, 1998-1999 pag. 88.

9. Datos obtenidos en el trabajo realizado en las actas de defunciones de los registros municipales, para el año 1999.

10. Datos proporcionados por el centro de salud de Rabinal en 1999.

De acuerdo con los datos del MSPAS, la tasa de mortalidad infantil más alta se registró en Retalhuleu con 66.32<sup>11</sup>, mientras que la más baja es de 17.14<sup>12</sup> en el área sur del departamento de Guatemala. Según esta información la tasa de Rabinal que es del 23.06 estaría ubicada en el medio entre la tasa más baja y más alta que hay en el territorio guatemalteco. Por ello Rabinal es un lugar estratégico para un estudio sobre la mortalidad infantil en Guatemala, ya que su tasa de mortalidad se encuentra ubicada en la media.

Existen algunos datos que el MSPAS no proporciona anualmente en sus documentos; éste es el caso del número de muertes de niños ocurridas durante el parto, llamados mortinatos. Este dato es muy importante porque se relaciona directamente con las comadronas y demás personal que atiende partos, los datos se presentan únicamente para Rabinal.

**Cuadro 14**  
**Muertes ocurridas durante el embarazo y los primeros 5 años de vida**

<b>Momento de la muerte</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Durante el embarazo, óbito fetal	4	07.02
En el parto, mortinato <sup>13</sup>	17	29.82
Neonatal	10	17.54
Pos-neonatal	24	42.11
De 1 a 4 años	02	03.51
<b>Total</b>	<b>57</b>	<b>100</b>

Finalmente, las causas de mortalidad infantil en Rabinal, al igual que en todo el territorio de Guatemala continúan siendo por infecciones; se sabe que con un buen desempeño de la educación en salud y de muchos otros aspectos, los porcentajes podrían bajar. Lamentablemente todas las actividades que realiza el sistema de salud estatal en Rabinal, no están enfocadas hacia la educación en salud, sino más bien sus actividades son de índole curativo.

11. Datos proporcionados por el MSPAS, para 1998.

12. *Ibíd.*

13. Existe el reporte de dos muertes que corresponden a sufrimiento fetal y anomalías congénitas, aunque no fueron clasificadas como mortinatos, deben incluirse ahí.

En el cuadro siguiente se presentan las cinco primeras causas de mortalidad infantil en Rabinal, los datos fueron proporcionados por el centro de salud de Rabinal.

**Cuadro 15**  
**Cinco primeras causas de mortalidad infantil por causa específica**

<b>Rabinal 1999</b>	<b>T</b>	<b>%<sup>14</sup></b>	<b>Rabinal 2000</b>	<b>T</b>	<b>%<sup>15</sup></b>	
Neumonía	18	58	Neumonía	11	32.35	<b>52.94</b>
			Bronconeumonía	7	20.59	
Infección intestinal	04	13	Infección Intestinal	5	14.07	
Otras	04	13	Otras	7	20.59	
Asfixia	02	06	Asfixia	2	05.88	
Epilepsia	02	06	No hay datos	-	—	
No hay datos	-	-	Prematuro	2	05.88	
Bajo peso al nacer	01	04	No hay datos	-	—	
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100</b>	<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>99.99</b>	

Se puede observar que las causas de mortalidad infantil en Rabinal no se diferencian al patrón general de todo el país, sin embargo en el capítulo séptimo se hace una interpretación sobre la mortalidad infantil en Rabinal.

Los datos presentados hasta el momento proporcionan un contexto general de la forma en que se proporciona la atención en Salud en Rabinal y Guatemala.

### **La implementación del sistema integral de atención en salud: SIAS**

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) tiene como mandato constitucional: la conducción, regulación y vigilancia de la salud. Cada cinco años propone al Estado de Guatemala sus metas con la inclusión de políticas y estrategias, en 1996 con la firma de la paz y con la implementación de los Acuerdos de Paz, el Estado de Guatemala se ve en la necesidad de realizar algunas reformas en sus políticas y estrategias a nivel general.

14. Datos proporcionados por el centro de salud de Rabinal.

15. Datos obtenidos en el trabajo realizado en las actas de defunciones de los registros municipales, para 1999.

En el área de salud el MSPAS se acuerda impulsar una reforma en el sector para garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud de la población con bajos recursos. Es por ello que decide reorientar y ampliar los servicios de salud en el primer nivel de atención, para lograr una mejora en la salud de la población que no tiene acceso a éstos. Se da una nueva reestructuración del antiguo sistema de salud, llamado Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS). Es así como surge la nueva implementación, y se entiende como una reforma que se da en la atención primaria del territorio guatemalteco.

La reforma básicamente intenta cambiar la jerarquía y cobertura de todas las instituciones de salud que existen en las diversas comunidades, ya que algunas Organizaciones No Gubernamentales (ONG) con proyectos de salud y atención trabajaban en las comunidades sin comunicación y sin subordinación con los servicios de salud estatales.

En otras palabras la reforma intenta cambiar la forma en que se proporciona el servicio básico de salud.<sup>16</sup> La implementación del SIAS en Guatemala corresponde a un ordenamiento de los programas de salud rurales que brindan las ONG's, ya que a partir de las décadas de los años ochenta y noventa muchas comienzan a trabajar con proyectos de salud rural<sup>17</sup>. Es así como en muchas comunidades de Guatemala los esfuerzos de los proyectos de salud de las ONG's y de los servicios de salud estatales comienzan a trasladarse en un sector determinado de la población, quedando varios sectores de la población en el desamparo y olvido. Esta situación se da porque no existía una comunicación entre los proyectos de salud de las ONG's y los estatales<sup>18</sup>.

---

16. Los datos que se proporcionan explican la reestructuración de servicios básicos en el primer nivel de atención, ya que interesa demostrar al lector cómo opera éste en Rabinal, no se presenta información respecto de la reorganización en el tercer nivel de atención.

17. Consúltese por ejemplo el estudio realizado por Isamel Díez en 23 programas de salud rural, que poseían proyectos de capacitación para promotores de salud rural.

18. A continuación presento un ejemplo del traslape de beneficiarios respecto a un programa de alimentos en Rabinal, Baja Verapaz: Una familia de Rabinal que vive en la aldea Chiac recibe alimentos para sus hijos desnutridos por el programa CARE que operaba a través del centro de salud de Rabinal y recibe también por el programa CRS (Catholic Relief Services) que operaba en Caritas Diocesana de Baja Verapaz, mientras que otra familia de la aldea de Pachalum en Rabinal no podría estar recibiendo ningún tipo de alimentos para sus hijos desnutridos.

La atención en salud dentro de la reforma de salud (SIAS) concretamente se explica de la siguiente forma: La atención domiciliar se realiza por medio de los guardianes de salud, llamados anteriormente Promotores de Salud Rural, que tienen bajo su responsabilidad un total de 20 viviendas y su trabajo es voluntario.

El facilitador comunitario, es una figura administrativa que interviene como un lazo de comunicación entre los guardianes de salud y las demás autoridades del sistema de salud, porque tiene a su cargo un total de 20 guardianes de salud.

Como parte de la reestructura se ha decidido que en cada una de las comunidades se habilite un local para que funcione un centro comunitario. Al centro llega mensualmente un médico ambulatorio para dar consulta, también es utilizado por el facilitador comunitario para realizar capacitaciones, asambleas comunitarias, vacunación, etc.

A continuación se explicará cómo funciona el SIAS en Rabinal: A partir de la década de los años ochenta, las instituciones que funcionaban en Rabinal con proyectos de salud<sup>19</sup> eran: CARE por medio del Centro y Puestos de Salud estatales; Catolic Relief Services (CRS) por medio de CARITAS Diocesana de la iglesia católica en Rabinal; SHARE por medio de la ONG llamada Proyecto Flor del Naranja. También operaban las siguientes instituciones: el Dispensario Elizabeth Zeton, atendido por hermanas religiosas, la sede para la región de las Verapaces de la Asociación de Servicios Comunitarios de Salud (ASECSA), el Centro de Integración Familiar (CIF), el proyecto Chixim de la Organización Panamericana de la Salud (OPS)<sup>20</sup>.

Debido a la importancia que tuvo la implementación del SIAS en Rabinal, es necesario señalar que todas estas ONGs o instituciones no lucrativas que operaban en Rabinal, actualmente no están incorporadas en la reestructuración del SIAS por razones diversas. Algunas de estas institu-

---

19. Muchas de las ONGs que se mencionarán, operan por medio de instancias ya existentes en las comunidades (centros de salud, iglesia, otras ONGs), trabajan con programas de distribución de alimentos para niños y madres embarazadas desnutridas, capacitación y formación de promotores de salud rural, atención primaria de salud, etc.

20. La Asociación Pro-Bienestar de la Familia APROFAM, se incorporó en 1999-2000.



ciones porque cancelaron el programa de salud<sup>21</sup>, o porque decidieron abandonar el perímetro de Rabinal, dejando solamente su infraestructura y dedicarse a otros municipios de Baja Verapaz<sup>22</sup>. Muchas de éstas decidieron no participar en la reestructuración del SIAS porque no estaban convencidas de la transparencia de la implementación: *"...muchas instituciones tenían desconfianza en cuanto entraron al proyecto, porque incluso acá se les ofreció ser prestadora o administradora a todas las ong's locales. Sin embargo ninguna quiso entrar en el proceso, porque tenían desconfianza en cuanto que podría haber alguna situación allí, que en un principio se ofreciera y después que ya no se fuera a dar. Ante esto las instituciones, incluso las locales dijeron que no querían entrar pero sí se les convocó a todas. ...No sé si no creen en el proceso o sencillamente no quieren participar."* (Médico)

Actualmente las instituciones u ONGs que operan con programas de salud en Rabinal son: el proyecto Flor del Naranja y ASECSA. Mientras que las instituciones que ya no prestan su servicio en el municipio, pero funcionan en los otros municipios de Baja Verapaz son: el programa de CARE, el proyecto Chixim de OPS, el CIF y CRS.

La implementación se realizó a partir de 1999 y se ejecutó de la forma siguiente: el municipio de Rabinal se dividió en tres jurisdicciones para proporcionar una extensión de la cobertura, en las áreas menos accesibles (el mapa puede consultarse en la página 108), la división de estas tres jurisdicciones ya existía anteriormente a la implementación del SIAS, cuando el Centro de Salud realizaba las campañas de vacunación o en el caso de las canalizaciones.

Con el proceso de implementación del SIAS la sectorización se volvió permanente. La división del municipio se realizó para dotar a caseríos y aldeas de un doctor ambulante que visitaría por lo menos una vez al mes cada una de las comunidades. En igual forma, en cada una de las comunidades se organiza la población para que cada 20 familias estuvieran a cargo de un guardián de salud<sup>23</sup>, también se creó el cargo de facilitador

---

21. En este caso el Centro de Integración Familiar (CIF).

22. Este es el caso de CRS, que solo sus oficinas administrativas funcionan en el pueblo de Rabinal.

23. Antes de la implementación del SIAS, a esta figura se le llamaba promotor de salud rural.

comunitario, quien tiene a su cargo un total de 20 guardianes de salud. En la comunidad también las comadronas se integraron en este nuevo equipo.

De esta forma, cuando el médico hace su visita mensual, se reúne con los guardianes de salud, facilitadores comunitarios y comadronas para proporcionar a estos una capacitación vivencial dada por el médico, y en igual forma toda la población de la comunidad puede asistir a la consulta brindada por el mismo.

Para llevar a cabo toda la implementación se requiere que en cada una de las áreas de los tres sectores (ver mapa) exista una institución que administre el recurso financiero, ésta será la encargada de proporcionar el salario al médico, el salario al facilitador comunitario y el incentivo a las comadronas para que asisten a la capacitación dictada por el médico. A estas instituciones encargadas de administrar el recurso financiero se les llama prestadoras o administradoras. Esa es la forma en que el MSPAS, propone una descentralización, ya que el trabajo no se recarga en los puestos y centros de salud.

En 1999 el proyecto Flor del Naranjo toma dos de las tres jurisdicciones para convertirse en administradora o prestadora de servicios. Sin embargo, a mediados del 2000 dicha institución abandona su cargo y es Guate-salud quien toma la responsabilidad para finalizar el 2000. A partir del 2001 es la Asociación Nacional de Técnicos de Salud Rural (ANATESAR), es quien se ocupa de ser prestadora o administradora en Rabinal. La tercera jurisdicción desde su inicio ha estado a cargo del Dispensario Elizabeth Zeton.

Los datos que se proporcionaron para entender la implementación del SIAS en Rabinal corresponden al año 2001.

**Mapa 2**  
**División del municipio de Baja Verapaz de acuerdo a las instituciones prestadoras de servicios en la estructuración del SIAS.**



Instituciones prestadoras de servicios:

Área No.1: Dispensario Elizabeth Zeton.

Áreas No. 2 y No. 3: ANATESAR (Asociación Nacional de Técnicos de Salud

Por otro lado la infraestructura en salud, ya existente antes de la implementación del SIAS era:

- Un centro de salud tipo A (con encamamiento).
- 5 puestos de salud, de los cuales están en funcionamiento tres en las poblaciones de: Pichec, Xococ y Chuategua. Los otros dos han sido construidos por Plan Internacional, pero no funcionan debido a la falta de personal institucional. Éstos están ubicados en: San Luis y Plan de Sánchez.
- Un dispensario: Elizabeth Zeton.
- 6 clínicas médicas particulares. En el pueblo hay un total de 7 médicos graduados; 2 en el centro de Salud, 3 en el SIAS (Médicos ambulatorios), y 2 en el proyecto Flor del Naranja.

- 2 laboratorios clínicos privados.
- 13 farmacias en el pueblo.
- 1 ONG´s con programa de salud: Proyecto Flor del Naranja-SHARE,
- 2 Instituciones relacionadas con salud: Asociación de Servicios Comunitarios ASECSA, Asociación Nacional de Promotores de Salud Rural (ANATESAR).

Existen otros recursos de salud que las personas de Rabinal utilizan para solucionar sus problemas de enfermedad y padecimientos; éstos son: farmacias, curanderos, comadronas, sacerdotes mayas.

Finalmente y debido a la importancia de las últimas reformas realizadas al sector salud en Guatemala, es necesario indicar los referentes más importantes sobre la implementación del SIAS (Sistema Integral de Atención en Salud) en Rabinal:

A. *La cobertura de salud en los usuarios.* Uno de los “éxitos” del SIAS, según palabras del médico del centro de salud es la visita mensual del doctor ambulante a la comunidad:

*“...cuando se planteó el proyecto SIAS, lo que pretende es dar extensión de cobertura a las áreas más postergadas. ¿Cuáles fueron los cambios que conllevó a la implementación del SIAS? Lo que más cambio fue la presencia de un médico a nivel comunitario, la presencia de lo que es la capacitación tanto vivencial como también local, porque anteriormente las capacitaciones se hacían aquí en el distrito, actualmente se capacita al promotor y a la comadrona a nivel de su comunidad y es una capacitación vivencial, o sea con la paciente o en su defecto el paciente allí, y sobre todo que anteriormente solo se contaba con dos médicos a nivel local, que cubrían el centro de salud nada más y algunas jornadas que se proyectaban para las comunidades, sin embargo ahora tenemos la oportunidad de que una vez al mes, el médico visita las comunidades, como también las actividades de vacunación, yo pensaría que uno de los cambios que pretende este programa es poder brindar atención de servicios básicos a la comunidad que más lo necesita y de hecho lo hacemos porque llegamos al 100% de nuestras comunidades no dejamos ninguna sin el servicio. Anteriormente se centralizaba el servicio acá, sin embargo ahora ya nos proyectamos a todas.” (Entrevista No.46).*

Sin embargo, la problemática de salud guatemalteca no se resuelve por la disposición de un médico en la comunidad una vez al mes, si la intención de la reforma es la presencia médica en el área rural de Guatemala para resolver esas emergencias y/o canalizaciones que no puede atender una comadrona o un promotor de salud, la disposición de ese médico sin ese dispositivo “tecnológico” en el área rural es igualmente inútil. Si la visita del médico se da una vez al mes, la inaccesibilidad de los servicios de salud durante los 29 días en que el médico no visita a la comunidad, no está resuelta.

B. *Capacitación proporcionada a guardianes de salud y comadronas.* Cuando el médico realiza su visita a la comunidad debe proporcionar: a) consulta, b) capacitar vivencialmente a la comadrona y al guardián de salud, c) poner al día los datos de nacimientos, d) atender asuntos administrativos. Una de las innovaciones según el testimonio del médico es la capacitación vivencial que las comadronas y promotores tienen con sus pacientes, sin embargo es muy difícil que ésta se dé, porque en el caso de las madres embarazadas éstas no acuden o acuden poco a la consulta del médico ambulatorio, y además el interés que tienen los médicos con las comadronas se relaciona con su función “administradora” de llevar las estadísticas de partos atendidos en el mes por la comadrona.

C. *Instituciones que proporcionan consulta médica:* En el caso de Rabinal el Proyecto Flor del Naranjo, el Dispensario Elizabeth Zeton y las clínicas médicas particulares, atienden a una población que se beneficia en una “reducción en el tiempo de espera” y en “un mejor trato”, sin embargo es importante mencionar que NO toda la población tiene acceso a dichas instituciones debido a la lejanía, a los recursos económicos que tienen y a la designación de ser beneficiario en un determinado proyecto. Sin embargo en la implementación del SIAS, en el caso de las comunidades más lejanas los pacientes deben ser remitidos por un facilitador comunitario al Centro de Salud o al Dispensario Elizabeth Zeton, volviéndose esta situación ya no una emergencia, sino un caso burocrático de la atención en salud, para las enfermedades que no ameritan “la emergencia”.

D. *Respecto de las instituciones u ONG’s que tienen proyectos de salud en Rabinal.* Se explicó anteriormente que el Proyecto Flor del Naranjo y ASECSA son las únicas ong’s que funcionan con programas de salud en Rabinal.

En el caso de ASECSA, ésta ha logrado una buena comunicación con la implementación del SIAS, porque aunque dicha institución no ha participado como prestadora o administradora, participa en el proceso de capacitación de promotores de salud rural (guardianes de salud) y en la capacitación de comadronas adiestradas, se ha llegado al acuerdo que en toda el área de Baja Verapaz es ésta la institución que se dedica a capacitar, para evitar así que exista un doble esfuerzo en dicha actividad.

En el caso del Proyecto Flor del Naranjo, es importante mencionar que este proyecto proporciona alimentos a niños desnutridos por medio de SHARE, sin embargo es muy cuestionable la cobertura que tiene hacia toda la población del municipio de Rabinal, porque éste proyecto trabaja en determinadas comunidades, no en todas. Sin embargo, es importante mencionar que dicha institución fue prestadora o administradora del SIAS en 1999.

Actualmente es ANATESAR, la prestadora de servicios en dos jurisdicciones de Rabinal<sup>24</sup>, pero esta asociación también se ha convertido en la prestadora de servicios en otras jurisdicciones del SIAS, por ejemplo tiene en el área de Chiquimula, Sacatepéquez, Sololá y Quetzaltenango. Lo que está provocando es de nuevo la centralización de los servicios. Se sugiere que si el proyecto Flor del Naranjo, que es una institución local y que ya estaba trabajando en dichas jurisdicciones, vuelva a retomar el servicio en beneficio de la población.

*E.- Respecto de los patrones de tradicionalidad afectados.* Antes de la implementación del SIAS existían dos prácticas de las comadronas muy relacionadas con los patrones de tradicionalidad en el pueblo de Rabinal.

El primero era que la comadrona se encargaba de llevar al Centro de Salud la documentación respecto del número de partos atendidos, lo hacían el día jueves, que es el día de mercado en Rabinal, generalmente ese día muchas personas de las comunidades visitan el pueblo.

El segundo es que en las comunidades de Rabinal cuando una comadrona ya está muy anciana es ella quien se ocupa de dejar su reemplazo, ya sea una hija o nuera ocupe su cargo, o alguna mujer seleccionada por ella.

---

24. La otra es el dispensario Elizabeth Zeton.

De acuerdo a las entrevistas que se realizaron con el personal del Centro de Salud en Rabinal, la nueva política de adiestrar o capacitar comadronas jóvenes, va en contra de esta tradicionalidad; ya que se piensa capacitar a mujeres jóvenes para comadronas, para comenzar a estructurar a un personal de planta: *"...porque estamos capacitando más a personal joven, porque no es que no nos interese la experiencia ya de la persona mayor, sino que quisiéramos ir formando una plataforma para los años entrantes, han habido muchas comadronas que ya han dejado a su labor y generalmente lo que hacen es que la hija de la comadrona, esto es ya puramente cultural, es que la hija de la comadrona es quien sigue, entonces nosotros hemos absorbido este personal joven para aprovechar el recurso y siempre se le ha tomado en cuenta en el programa de SIAS."* (Entrevista No.46)

El éxito de los sistemas de atención estatales, se basa en la aceptación y en el respeto de las particularidades, es por ello que si en la comunidad ya estaban instauradas algunas estrategias como éstas: *"...la relación entre comadronas y profesionales de enfermería era bastante estrecha, entonces todas ellas tenían su tarjeta, ellas se sentían, por ejemplo cuando a uno lo miraban era la primera a la que teníamos que saludar porque era como nuestra compañera de trabajo, se podría decir.*

*...cuando entró SIAS y cuando ellas se enteraron de que ya nosotras ya no las íbamos a capacitar ellas se sintieron como que se habían despedido de la mamá, yo sentía que había un rechazo, la gente no querían ir a las pláticas con los médicos porque ellas pertenecían al centro de salud decían, ellas se sentían parte de acá.*

*...los días jueves que bajaban al mercado pasaban a dejarnos cuántos niños tenían entonces les apuntábamos en su tarjeta cuántos días tenían y les preguntábamos allí si habían tenido algún problema o sea que nosotras ya sabíamos que jueves era día de comadronas. Cuando no era capacitación, porque era cuando ellas mismas venían a preguntar cuándo les tocaba, o sea que si les ha costado aceptar el cambio a ellas"* (Entrevista No.49.)

Habría entonces que revisar otras alternativas viables, como por ejemplo volver a implementar que las comadronas fueran a dejar sus datos al centro de salud los días jueves, para así evitarle trabajo "administrativo" al médico ambulatorio.

*F.- Discriminación y exclusión de comadronas en la implementación del SIAS.* En la reestructuración del SIAS, también se da una discriminación

para algunas comadronas, ya que una nueva disposición de dicha política es el pago mensual que reciben éstas, pero no todas reciben ese pago: *“Incluso hay algunas comadronas que no están dentro del proyecto pero es por cuestiones financieras por ejemplo, existe un incentivo de 50 quetzales para cada comadrona y al inicio se proyectó una cierta cantidad de comadronas para cada jurisdicción y entonces cuando se presentó ese proyecto con esa cantidad, esa cantidad fue la que salió, o sea que cada año nosotros vamos aumentando el número de comadronas para cada jurisdicción. En la jurisdicción del dispensario aumentamos para 5 comadronas en este año, entonces así hemos ido absorbiendo a las que se han quedado fuera del proceso de SIAS.”* (Entrevista No.46)

La ejecución de las actividades curativas y preventivas en Rabinal, está condicionada por los recursos y trayectoria de las instituciones que trabajan con programas de salud. Por ello la población más beneficiada es la población cubierta por la institución que tiene una mejor visión y capacidad para reunir fondos. El éxito o fracaso depende de la capacidad de administración y ejecución que internamente tiene cada una de las instituciones con programas de salud que operan en Rabinal, sin embargo es necesario entonces que estas instituciones se involucren con los servicios estatales de salud para finalmente conseguir el bienestar de todo el municipio de Rabinal.

Finalmente se recomienda la aplicación de una conducta pluralística para la atención en salud, que tome como base la tolerancia hacia los otros conocimientos, saberes, prácticas y representaciones que no pertenecen a la esfera biomédica.





## CAPÍTULO 5

### TERAPEUTA TRADICIONAL Y GUÍA ESPIRITUAL: NUEVOS CONTENIDOS PARA LOS-LAS CURANDEROS-AS, PARTERAS, ETC.

El presente capítulo proporciona información respecto de las representaciones que implica para toda la población el ser sacerdote maya, curandero-a y comadrona, concretamente se matizan a partir del proceso de aprendizaje del oficio. Posteriormente se exponen las políticas y orientaciones sobre los terapeutas tradicionales, concretamente se repasa la postura de los organismos internacionales y el movimiento maya en Guatemala.

#### **Un breve apunte histórico sobre la profesión de curandería y partería**

Aparecen primero en escena los curanderos y las parteras, atendiendo males y enfermedades, posteriormente conforme el desarrollo de la historia de la humanidad aparecen los médicos. En pleno siglo XXI y muy a pesar de todo el desarrollo tecnológico y cognoscitivo de la bio-medicina, los curanderos y las parteras no dejan de proporcionar sus servicios, debido a diversas razones, razón por la cual actualmente la Organización Mundial de la Salud (OMS) y otras instituciones establecen una política sobre los curadores o terapeutas tradicionales, ya que ellos también prestan una atención en salud.

En primer término se presenta un breve desarrollo histórico de la figura del terapeuta tradicional para señalar los procesos de inserción y tolerancia hacia este tipo de terapeutas, para intentar evaluar su convivencia con el surgimiento de la ciencia biomédica.

Este breve desarrollo histórico se realiza en base a dos oficios: El de la partería y el de la curandería, no importando el sexo del terapeuta, pues éstas son dos ocupaciones que datan desde los tiempos de la Biblia y son profesiones de las cuales se tienen datos para todas las civilizaciones.

Sus orígenes se remontan a los primeros estadios del hombre prehistórico, pero no es, sino hasta el momento de la conquista española en América durante el siglo XV, cuando se intenta regular el trabajo de médicos, cirujanos, barberos, parteras, flebotomianos, boticarios y otros terapeutas; por medio del Protomedicato, éste fue creado en España por los Reyes Católicos en 1477 con la finalidad de regular legalmente la práctica de dichos terapeutas.

Para el caso concreto de las parteras<sup>1</sup>, el protomedicato, las ordenanzas y las leyes se crearon para regular el trabajo de las mismas, también para imponer un examen a las parteras, sin embargo a los después esa actividad es censurada debido a varias críticas. Es así como el oficio de comadrona se ejerció libremente hasta 1750.

Cuando la medicina se instituye como ciencia en el siglo XVIII y comienza a irrumpir en el campo de las parteras, éstas se ven obligadas a tomar un examen por ley, para así obtener una licencia para el ejercicio de sus labores. Explica el historiador John Tate que el parto no era parte de la medicina: "En el siglo XVIII, por ejemplo, la opinión era que, en los partos normales, el trabajo podría ser ejecutado por personas capacitadas de forma muy limitada para resolver las contingencias limitadas. Por lo tanto, entre la partera y el médico latino no se desarrolló la profesión de obstetricia como una especialidad a la par de la medicina." Tate (1997:436).

La profesión de comadrona comenzó a instituirse como competencia de la medicina científica en el siglo XVIII y desde ese momento comenzó también la subordinación de sus actividades. A partir de esa fecha el desarrollo de la profesión u oficio en cada uno de los países se desarrolla de acuerdo a sus propias particularidades.

En Guatemala, el oficio de partería se practicó de acuerdo a los requerimientos del Real Protomedicato durante la época de la colonia, sin embargo a raíz de la fundación de la Universidad de San Carlos de Guatemala y de la carrera de medicina, se instituye formalmente la carrera de medicina y el oficio de médico, sin embargo continúan las prácticas curativas a cargo de parteras y curanderos en todo el territorio sin la necesidad de una formación académica.

---

1. En el caso de los curanderos no existe mucha información debido a que casi siempre fueron perseguidos y sancionados.

Interpretando los datos históricos que se tienen que para el oficio de partería y curandería, se puede afirmar que éstos no desaparecen debido primordialmente a la falta de médicos y personal sanitario en áreas lejanas y remotas, por la falta de recursos económicos entre la población, pero primordialmente por las preferencias o demanda que hay entre la población hacia este tipo de terapeutas.

### El aprendizaje del oficio

Para los terapeutas tradicionales, la primera manifestación, de un largo proceso que concluye con la aceptación de la predestinación de una persona para ser terapeuta es: la existencia de determinadas “señales” o “marcas” durante la infancia, adolescencia y vida adulta. Existen varios tipos de “señales” o “marcas”, las más comunes son: el padecimiento de una enfermedad durante la infancia y adolescencia, la recurrencia de un determinado sueño.

Este hecho, se comprobó durante el trabajo de campo, se preguntó a los terapeutas sobre el padecimiento de enfermedades durante la infancia o adolescencia. En el caso de los guías espirituales varones, todos ellos explicaron haber padecido determinada enfermedad durante su adolescencia. *“Cuando tenía aproximadamente 17 a 18 años me agarró una calentura que se me fueron todas las uñas, es la enfermedad más grande que he tenido, que me tuvo en cama como ocho días hasta que me llevaron con las monjas, allá me inyectaron, me cayó bien, lo único era como una alegría. ...y así es que, todas estas uñas son nuevitas, tienen como 12 años, son nuevitas, no son de nacimiento, se fueron completamente, todito desde las manos hasta los pies, casi el cuero también se me fue todo, esto salió se me salió todo la piel esta es la enfermedad más dura que he tenido”* (guía espiritual).

En ese proceso de aprendizaje del terapeuta tradicional, la manifestación de la predestinación no es siempre la misma para todos, para algunos guías espirituales y curanderos son “los sueños” la fuente de conocimiento e iniciación en el oficio: *“Pues mire que fue de repente, cuando ya tenía yo como cuarenta y dos (42) años. Mire, como una mi tía, que es chiquitita así la viejita, ella murió, ella era curandera. Entonces cuando ella murió, como a los nueve años de haberse muerto, ella me dijo: yo estaba durmiendo y me dijo ‘mirá mijá, ahora que te quedaste viuda, no me gusta que vas a ir a hacer cosas que no lo es, que no tenés que hacer No me gusta que vas a ir a hablar a las casa, te voy*

a dejar tu oficio', me dijo. 'Y cuál es mi oficio, tía' dice que le dije yo, 'mira, el oficio que yo tenía, te lo voy a dejar a vos per o sólo a vos, porque a vos te elegí en este momento, en este oficio, a vos te voy a dejar mi oficio, sólo a vos, nadmás. Porque vos te has portado bien conmigo, y todo eso verdad, para que no vayas a sufrir mucho con tus niños' que me quedar on siete niños 'entonces luchá, no vayas a robar, no vayas a hacer esto portate bien'y entonces yo hice caso, y yo oí lo que ella me decía en el sueño. 'Porque mirá, yo voy a venir cuantas veces a visitarte', 'está bien tía' dice que le dije yo, verdad. Entonces cada viernes venía, vino como unos ocho o diez viernes, me buscaba los viernes. Entonces me decía 'mirá, cuando alguien viene por alguna enfermedad que tenga y no sabe por qué le duelen los huesos o porque es eso, agarra dos candelas y las miras si la que está en la derecha le pega a la izquierda, se supone que es un hombre el que le está haciendo daño a esa pobre señora, ahora si las dos van iguales entonces no es año de algún hechizo, sino que es cosa de Dios, es una enfermedad de Dios que ella está sufriendo', 'esta bien tía', pero mire, todo me lo decía. 'Está bien tía, gracias que me lo haya dicho', 'y así salís, así salís con tus hijos, no vas a sentir cæcer a tus hijos, ya al ver las personas que ya vos empezás a curar y empezas a hacer eso, entonces ya te buscan' y ya ven si me buscan, si es cierto. ...Todo me lo decía mi tía en el sueño, ya finada ella. Y a mí se me grabó todo lo que ella me dijo, todo, todo. En los últimos sueños ya venía un hombre y se sentaba en la orilla de la cama, yo me levantaba. 'levantate, levantate pues que quiere hablar tu tía con vos'y '¿Quién es usted pues?' porque yo no podía levantarme, porque estaba concentrada; '¿Quién es usted?', 'vos levantate y punto, que aquí quiere hablar tu tía con vos'y cuando yo despertaba miraba la sombra que desaparecía de mi ventana, porque tiene balcón mi ventana, miraba que desaparecía, que se iba pero que era un sombrero grande. ¿quién era ese hombre que me hablaba a mí? Era San Simón, que venía junto con mi tía. Si yo no me levantaba él no se iba, se quedaba ahí sentado en la canúa de mi cama, y él fue quien me orientó más. San Simón." (Curandera).

Mientras que para otros guías espirituales y curanderos la iniciación en la profesión se da por medio de la celebración de determinadas ceremonias o por la iniciación de otro guía espiritual concededor de la fecha de nacimiento y de los nawales:

"Pero como en 4 o en 5 ceremonias me invitaron. Entonces cuando yo miraba a los ancianos con el respeto que les tengo. Que si nos fuimos a celebrar una ceremonia los huevecillos, entonces el sacerdote me llamó: –Mateo venga para acá, porque qué le pasa. Agarra el palo y ¡Hay Dios! se ríe.

–No, no se haga el baboso, me dijo, usted ya estaba m~~an~~do desde hace rato y usted tiene que trabajar.

–Va muchas gracias, le dije yo.

Y después en otro lado me hicieron lo mismo. Hasta que al fin aquí en este cerrito Xibaltaj, entonces se celebró una ceremonia allí. Entonces vino el anciano, pero yo lo ví que estaba trabajando, no lo había visto así tomado, entonces solo me dijo:

–Mateo véngase para acá, se sienta acá. Así con aquella calma, p~~er~~o dije que era para saturarme.

Entonces fue a buscar unos chiribiscones (plantas secas) ¡qué si era para aporrearme!

–¡Ha este Mateo!, ¡Qué hace rato que Dios Padre Celestial te ha entregado! y vos por qué no lo quieres agarrar y qué pasa con vos.

–Bueno hermano, le dije, por que toda la gente mirándome y me agarraba como que yo era muñeco (se ríe), así me agarraba, saber cómo era que h~~ac~~ía el hombre.

Pero si fui tomado en ese ratito yo lo sentí pues, entonces yo le dije: ¡Mirá perdoname hermano pero la verdad no es que no quiera y no es que quiera jactarme lo que pasa yo siento que no.

–¿Pero como no, si vos estás preparado para eso?, y que no sé qué. Si ya tus plantas de tus pies fueron limpiados y tus manos, tu puedes ayudar a muchos de nuestros hermanos.” (Guía espiritual).



Foto 8: Devocionista poniendo ceremonia en la iglesia del Calvario, Rabinal. (Foto tomada por Isabel Sucuquí).

De esta forma se puede decir que existe un “proceso de predestinación” regulado por determinadas señas, como las enfermedades en la infancia, los sueños y la iniciación por otro guía espiritual. Este proceso de predestinación se presenta en los casos de querer ser “guía espiritual” o “curandero-a”.

Se puede decir que para los guías espirituales existen dos formas de aprender a revelar el destino, para curar los males o las enfermedades de las personas que los consultan. Una es por medio de los nawales, como explica el testimonio siguiente:

*“Un día me dijo a mí; hipócrita, me dijo. Cuando te conviene estás con Dios y cuando te conviene estás conmigo (suelta una cañajada) miren esa situación y allí fue en donde yo me empecé a ver y después concluí en que los nawuales, Tijaax es tremendo, porque solo hay necesidad créanme, el Tijaax, eso tengalo ustedes muy en cuenta y por eso los ancianos dicen respetemonos mutuamente por qué yo no sé el nawual del hermano, yo no sé su nawual, de repente es Tijaax, eso no hay necesidad de que haga muchas cosas, solo con su pensamiento dijo ahora que se vaya a tronar la jeta, ¡pun! dicho y hecho. Por eso la mente es emenda, es tremenda, pero es su mismo nawual que es. Porque él es fuerte, porque él es un rayo. (Guía espiritual).*

Pero también pueden curar por medio de la presencia de un familiar en los sueños:

*“En el caso mío, yo más presiento y sueño más a mis abuelos, que ya están muertos. Ellos son los que me dan pauta, por cualquier cosa, si hablamos de un porcentaje, casi en un 90% que son los finados, si y otros difuntos que a veces pregunta la gente ¿conocen a tal fulano? ese ya está muerto, esto es lo que yo sueño.*

*Con base a esto, hemos hecho varios estudios mire la cuestión de la práctica, si uno sueña entonces ya puede decirle a la persona, un ejemplo, si usted sueña que está en el cementerio, seguramente se enferma o hay problemas para usted. O un ejemplo que se queda sin zapatos, por ejemplo, ese es un fracaso, entonces ya uno ya lo ha experimentado, y los pacientes como que lo mismo lo están soñando también, y se les dice mire tenga mucho cuidado, porque usted en poco tiempo va a quedar sin dinero, y cabal.” (Guía espiritual).*

Para el proceso de aprendizaje de terapeuta tradicional, de acuerdo con las entrevistas realizadas, se tiene que en el caso de las mujeres, una

mencionó enfermarse mucho de mal de ojo cuando era pequeña, las otras mujeres terapeutas no mencionaron ni enfermedades, ni sueños recurrentes. Es así que para el caso de Rabinal, las marcas o señales referidas a la primera manifestación para ser terapeuta se da exclusivamente en el caso de los guías espirituales y de algunas curanderas, sin embargo para el caso de las comadronas y otras curanderas no fue determinante la manifestación de dichas señales. En este sentido esa primera manifestación de señales o marcas no puede generalizarse para todos los terapeutas.

De acuerdo con la información analizada de las entrevistas, existe otro proceso para poder llegar a ser un terapeuta tradicional (comadrona, partero o comadrón, curandera no indígena) que requiere de un “don” heredado a uno o dos, pero no a todos los descendientes en una familia, este patrón de herencia del “don” se ubica generalmente en la línea matrilineal (de abuela a nieta, de madre a hija, de tía a sobrina, etc.), pero a la vez este don facilita el aprendizaje de todos los conocimientos respecto de la especialidad (conocimiento de plantas medicinales, de remedios caseros, de terapias curativas, etc.) En la mayoría de estos casos, los conocimientos “la aptitud” o “el don” para aprender el oficio se refuerzan al integrarse a un sistema de capacitación de origen bio-médico (capacitaciones a comadronas, a promotores de salud, etc.) que van complementando la formación en el oficio. Los siguientes testimonios ejemplifican la situación:

*“Porque yo era como de 12 años cuando empecé a curar , sí, soy patoja todavía. Yo me quedaba con mis hermanitos chiquitos los cuido, los baño, les doy de comer y si se enferman mis hermanos los tengo que cuidar en mi mente no sabía si ese era el remedio, pero se curaban mis hermanos. Como mi mamá es comadrona, y mi abuelita también es comadrona, si, somos tres mujeres (hermanas), pero solo yo saqué a mi mamá, porque sólo yo soy comadrona y las demás no” (Comadrona-curandera)*

*“Pues la verdad es que tr es años estuve en el curso de aquí del CIF , nos dieron la oportunidad para recibir unos cursos de promotor de salud. Eso es lo que dice el doctor: ‘¿y por qué no nos enseña doctor?’, ‘pues con mucho gusto, si ustedes quieren, entonces yo les voy a enseñar’, en qué parte se encuentra el bebé, nos dio la enseñanza y nos dio el estetoscopio, entonces nos dijo a dónde se encuentra el bebé, a dónde se encuentra la función del corazón, bien si se encuentra el corazón abajo del ombligo, es normal, si se encuentra el latido del bebé arriba del ombligo,*



*tiene problemas, será que está atravesado o está de pie, eso sí que, ninguna puede decir. Pero ya hay una seña, entonces la señora se tiene que preparar para hacerse la operación en el hospital, es así cuando uno aprende. Entonces las mujeres vienen conmigo, me vienen a traer y entonces la señora mía cuando hay problema, siempre vienen a traerme para examinar a la señora, para saber cómo se encuentra.”* (Partero-promotor de salud)

*“Bueno, fui a recibir el curso, pero no me gustó, de una vez les dije a las enfermeras graduadas, que no me tomaran en cuenta (curso de comadrona), fui a atender niños pero no me gustó. Soy curandera pero con mi propia medicina, por la misma necesidad de nuestros hijos, no es que hayamos ido a aprender a otro lado no, verdad. Pongámosle que los más ancianitos le dicen a uno, mer cuando tu hijo este así, así y así, cosele algún montecito, eso es bueno, entonces ya uno después fue aprendiendo, y ya eso mismo ocupa uno, aunque no sea el mismo hijo, pero ya uno sabe que eso le cae bien.”* (Curandera-promotora de salud)

El último testimonio ejemplifica cómo “el don” se ve reforzado por el interés y la voluntad de aprender sobre el tema, ya que se puede argumentar que los conocimientos permanecen para todos en la memoria histórica colectiva, pero se puede decir que no todos hacen un uso exhaustivo de ese don como las comadronas, promotores de salud, guardianes de salud, parteros, etc.

De acuerdo a los testimonios el don se adquiere con el nacimiento porque existe una predestinación para curar, que se singulariza por la facilidad en aprender todo lo relacionado con la profesión: “el atender partos” o “el atender enfermedades”.

*“Pues mire, muchas veces uno trae sus, como le dijera yo, lo que va a ser. Porque yo le decía a mi abuelita y no me quería llevar, porque me decía ‘hay una patoja conmigo no me gusta, yo sola voy a aprender’, ‘hay abuelita yo también quiero aprender’, y me iba con ella, por eso fue que yo aprendí. Entonces yo con ella aprendí, yo le decía yo lo voy a hacer y usted me dice, entonces yo lo hacía y ella me decía ‘mirá esto no está bien, así hacelo, así se hace’”* (Comadrona).

*“Pues tal vez que sí, yo no voy a decir que no, porque varias personas vienen aquí, y les digo mir en es que uno no nace sabiendo, no que uno con su misma familia, con sus mismos hijos aprende a hacer las cosas, se los dice uno y al poquito tiempo vuelven a venir otra vez. Entonces pongámosle que no todas las personas tienen eso de curar.”* (Curandera).

O también el don se revela en alguna seña: “lunares” “el llanto en el vientre”, “en los sueños”, etc.

*“Bien, digo yo, bien tengo mi seña de aquí, en el mero lomo aquí lo tengo, no es para mentir de mi nación, para que voy a mentir eso es pecado no soy patoja, no voy a decir mentira, tengo una ruedita (muestra un lunar debajo de la nuca), es mi seña de mi nación de curandera y de poner devoción para salvar la vida. La devoción es otro trabajo para lograr la vida donde se viene el mal, si es mal espíritu, si es mal cosa entonces Dios que lo acompañe Dios que le retire el mal”.* (Comadrona-curandera)

*“Yo digo que no, por que si yo hubiera traído de nacimiento, yo hubiera empezado de diez años. Pero en cambio yo empecé de casi cuarenta y dos años. Yo sólo aprendí con mis familiares (fallecidos)”.* (Curandera)

Para los guías espirituales es determinante el nawal, no se puede ser guía espiritual si no se tiene la predestinación del nawal. Mientras que para otro tipo de terapeuta como curandero-a o partero-a existe una predestinación, pero no es determinante el nawal. Es claro en todos los testimonios tanto de comadronas como curanderos-as que sueñan y en los sueños se les revelan ciertos acontecimientos en donde la presencia de una “señal” es un elemento recurrente:

*“Hay Dios, mamita, en veces sueño yo pero niños. Una vez soñé una plebe de niños en el cielo, pegado todos en una rueda y yo decía ‘hay estos muchachitos se van a caer’ y les ponía la mano así mire (deteniéndolos), eso soñé. Más niños, sueño.”* (Curandera.)

*“Bueno, fíjese que mi sueño mío, dice que me subí, que me subí en un alto, y dice que vino un señor o una señora, entonces dice que saber qué cosas me dejó aquí, en el pelo dice, y yo lo conté a un señor y me dijo, es su nawal, sólo eso me dijo.”* (Curandera-comadrona)



Foto 9: Doña Florencia Cujá, comadrona de Rabinal.

De acuerdo al análisis de la información presentada se puede decir que la “predestinación” o “el don”, es una característica común para cualquier tipo de terapeuta tradicional, en este sentido no importa su etnicidad y género tanto mujeres como varones, indígenas como no indígenas deben estar “predestinados” o tener “el don” para ser terapeutas.

Se puede afirmar que existen dos procesos diferentes para ser terapeutas tradicionales y que se relacionan con el tipo de terapeuta que es la persona. Por un lado está el proceso de aprendizaje que está regulado por determinadas señas, como las enfermedades en la infancia, los sueños y la iniciación por otro guía espiritual. Y por el otro lado está, el proceso que requiere de un “don” heredado a uno o dos, pero no a todos los descendientes en una familia, este patrón de herencia del “don” se ubica generalmente en la línea matrilineal (de abuela a nieta, de madre a hija, de tía a sobrina, etc.), pero a la vez este don facilita el aprendizaje de todos los conocimientos respecto de la especialidad.

Debido a que parte de la investigación se centró en torno de la comadrona de Rabinal, a continuación se presenta una caracterización del proceso de aprendizaje de dicho oficio.

## El proceso de aprendizaje de una comadrona

Los cuadros 16 y 17 presentan información respecto de la pregunta  Quién le enseñó el oficio?

**Cuadro 16<sup>2</sup>**  
 Cómo aprendió el oficio de comadrona?

Forma del aprendizaje	F	%	
Aprendió de su mamá que era comadrona	5	18.5	59.2
Aprendió de su abuela que era comadrona	4	14.8	
Aprendió de su suegra que era comadrona	2	07.4	
Heredó el don de su familia (familiar comadrona)	2	07.4	
Aprendió de su prima comadrona	1	03.7	
Aprendió de su tía comadrona	2	07.4	
No hay en la com. quién atienda partos	4	14.8	40.7
Su deseo de aprender	4	14.8	
Con otra comadrona	3	11.1	
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>99.9</b>	

**Cuadro 17<sup>3</sup>**  
Aprendizaje del oficio de comadrona

Persona	F	%	
Madre	11	44	80
Abuela	4	16	
Tía	2	8	
Suegra	2	8	
Prima	1	4	
Comadrona	4	16	20
Otro	1	4	
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100</b>	

2. La investigación utilizó una metodología cualitativa. Como puede observarse, el total de comadronas entrevistadas son muy pocas, se hizo esta tabulación de los datos NO con fines cuantitativos, sino para visualizar tendencias, mayorías o minorías.

3. Los datos del cuadro No.16 corresponden a la información recolectada durante 1999 y los datos del cuadro No.17 es información recolectada durante el 2000.

En la cuarta columna ambos cuadros aparece una sumatoria de los promedios, que agrupa los datos en dos sentidos; en el primer recuadro éstos corresponden cuando el aprendizaje se da por parte de algún familiar y en el segundo recuadro cuando el aprendizaje estuvo a cargo de otras personas o circunstancias que no provenían de familiares, en este sentido el 80% y el 59.2% de las comadronas entrevistadas dijeron que habían aprendido de algún familiar. Esta forma de aprendizaje del oficio de comadrona es un hallazgo de la investigación.

Se indagó más, respecto de la forma en cómo se aprendía el oficio, dentro de la familia extensa de la comadrona, durante el trabajo de campo se hicieron un total de 25 genealogías para determinar cómo es el patrón hereditario en el cargo de comadrona.<sup>4</sup>



**Foto 10: Familia extensa de doña Florencia Cujá, comadrona de Rabinal.**

En la vía matrilineal (parientes por parte de la familia de la mujer o la esposa), se localizaron 13 casos que corresponde al 52%. Los casos que corresponden a la vía matrilineal y patrilineal (esto quiere decir que hay parientes tanto en la familia de la esposa como del esposo) se tienen tres casos o sea el 12%. Se tienen 7 casos, que corresponden al 28%, en los cuales las comadronas entrevistadas mencionaron que su suegra es comadrona, en este sentido es importante entender el tipo de residencia que se adopta en la mayoría de las familias rurales en Guatemala cuando las mujeres se casan. En este sentido la mayoría de las mujeres van a vivir al terreno del esposo, la figura de la suegra se traduce como la de una segunda mamá, principalmente en los casos en que la mujer se va a vivir muy lejos de su familia y tiene poco contacto con sus familiares maternos. También se dan diferencias entre las características: a) existen familias en que la comadrona no tiene hijas, las nueras se convierten

4. Por razones de espacio, las genealogías aparecen en los anexos, donde se pueden consultar.

entonces en sus hijas mujeres; puede ocurrir que la partera viva solamente con sus hijos varones y sus respectivas esposas; el orden en que se tiene los hijos y la edad de la comadrona, se vuelven determinantes para que una nuera reciba el cargo en vez de la hija pequeña<sup>5</sup>, b) el patrón de herencia también es reversible porque un patrón patrilineal puede, a partir de una segunda o tercera generación convertirse en matrilineal y viceversa<sup>6</sup>.

Si sumamos los tres porcentajes tenemos que en las genealogías el 92% de las comadronas entrevistadas afirmó tener parientes en la vía matrilineal.

Un 12%<sup>7</sup> de los casos de las genealogías demuestra cómo el patrón matrilineal es reforzado por el patrón patrilineal, ya que en las dos familias existen mujeres parteras.

En el 40% de los casos<sup>8</sup> se puede observar claramente la derivación del cargo de comadrona en tres generaciones distintas, lo que confirma de nuevo la vía matrilineal de heredar el cargo<sup>9</sup>.

El cuadro 18 ilustra los casos y porcentajes explicados anteriormente.

**Cuadro 18<sup>10</sup>**  
**Parentesco con mujeres comadronas**

Parentesco	F	%	
Vía matrilineal	13	52	92
Vía patrilineal	7	28	
Vía matrilineal y patrilineal	3	12	
No tiene parientes comadronas	2	8	8
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100</b>	

5. Véase las genealogías Nos. 2, 5, 6, 7, 8, 10, 20 y 22.

6. Véanse por ejemplo las genealogías Nos. 8 y 22.

7. Véanse las genealogías Nos. 9, 10 y 20.

8. Véanse las genealogías Nos.: 4, 10, 14, 15, 17, 18, 20, 21, 24 y 25.

9. El objetivo primordial de las genealogías fue ilustrar la forma en cómo se hereda el cargo de comadrona. Por esta razón, deliberadamente, algunos datos no aparecen en las genealogías. Como por ejemplo, en las primeras generaciones no se indica las uniones. Para una mejor explicación consúltese la primera página del anexo en donde aparecen las especificaciones de las genealogías.

10. La investigación utilizó una metodología cualitativa. Como puede observarse, el total de comadronas entrevistadas son muy pocas, se hizo esta tabulación de los datos NO con fines cuantitativos, sino para visualizar tendencias, mayorías o minorías.

Solamente el 8%<sup>11</sup> de las comadronas no tienen familiares comadronas, la mayoría de las parteras entrevistadas tienen por lo menos más de un familiar que es comadrona.

El patrón hereditario del cargo puede estar funcionando como un regulador respecto de la selección y práctica del oficio entre las mujeres que tienen competencia para ejercer el cargo de comadronas. Lo que intento explicar es que, ante la ausencia en el área achí de un origen sobrenatural en la revelación de signos respecto a las mujeres que deben ser comadronas (sueños enigmáticos, enfermedades persistentes, señales en el parto, intervención de terapeutas tradicionales para validar el oficio de partera), el patrón matrilineal de heredar el cargo funcione como catalizador sobre la designación de las mujeres que deben dedicarse a ser parteras.

Esta forma de heredar el cargo en una vía matrilineal resulta determinante para aprender el oficio de comadrona, porque básicamente lo que se transmite es un acervo de saberes, prácticas e ideologías respecto del oficio, como se demuestra en el cuadro 19.

**Cuadro 19<sup>12</sup>**  
**¿Quién le enseñó a sobar?**

<b>Persona</b>	<b>F</b>	<b>%</b>	
Mamá	9	33.3	<b>59.2</b>
Abuela	3	11.1	
Tía	1	03.7	
Suegra	3	11.1	
Comadrona	7	25.9	<b>37</b>
Ella sola aprendió	3	11.1	
Ella no soba	1	03.7	
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>99.9</b>	<b>99.9</b>

11. Véanse las genealogías Nos.3 y 24

12. La investigación utilizó una metodología cualitativa. Como puede observarse, el total de comadronas entrevistadas son muy pocas, se hizo esta tabulación de los datos NO con fines cuantitativos, sino para visualizar tendencias, mayorías o minorías.

Esta pregunta fue importante porque dicha práctica se adquiere vía memoria colectiva y para la demanda de los servicios de una comadrona en Guatemala, el uso de esta técnica es indispensable, de ahí que todas las comadronas dominen la técnica. Como se puede observar en la cuarta columna del cuadro el 59.2% de comadronas fueron capacitadas en el seno de la familia extensa, mientras que el 37% debió buscar otra alternativa que recupera el aprendizaje dentro de los parámetros de la memoria colectiva como lo son la búsqueda de otras comadronas o ser autodidactas.

Las comadronas explicaron también cómo se aprenden otras técnicas: por ejemplo el corte del cordón umbilical: *“Cuando estaba viva mi suegra, porque ella era comadrona, cuando ella estaba viva atendía los partos en la aldea, ella me llevaba. Cuando se compuso un familiar mi suegra me explicó lo que tenía que hacer para que yo conociera cómo poder hacer ese tipo de actividades para beneficio de sus hijos: corté el ombligo y lo medí. Mirá, cortá el ombligo, arreglalo, me dijo, me lo dio mi suegra que yo lo arreglara, medilo, medilo, me dijo, tienen que quedar 4 dedos y lo vas amarrar, y lo quemás, así lo hacés porque ya ya se pude el ombligo...”*(Comadrona No.2). O la preparación de remedios caseros: *“Mi mamá, por que ella es comadrona de antes, mira hija me dijo; si dan de dolor de estómago, juntás el monte, la hierba buena, el pericón y un poquito de manzanilla, eso es lo que le dan, se le da al patojito.”* (Comadrona No.11). Estos saberes y prácticas son parte de la tradición oral y la forma como se transmiten los conocimientos se da en la vía materna de generación en generación.

Una de las formas de aprender el oficio de terapeuta tradicional en el área mesoamericana, como se explicó en el apartado anterior, es la predestinación por medio de designios, como los sueños. Durante el trabajo de campo, la mitad de las mujeres parteras (51.9%) dijeron haber soñado algo referente a su oficio y respecto de sus sueños dijeron que los habían interpretado como designios referentes a su oficio. Ninguna de las comadronas relacionó su fecha de nacimiento con su oficio o su nawal, y solamente una dijo que algunos remedios caseros y plantas medicinales se le habían manifestado en sus sueños.

La mitad de las comadronas entrevistadas explicaron en qué consistían sus sueños, en el cuadro siguiente se presentan las tendencias más recurrentes de esos sueños.



**Cuadro 20**  
**¿Cómo fue el sueño que tuvo?**

<b>Sueño</b>
<p><b>Saludos de personas y avisos de personas enviadas</b></p> <p>Una persona la venía a saludar y que ella daba a luz en un camino.            Que una señora le venía a decir que ella tenía que ser comadrona.            Un santo que él tenía un mandado con su papá y mamá, es un aviso.            Soñó con sus antepasados, quienes le dijeron las plantas a usar en los remedios caseros.</p>
<p><b>Con flores</b></p> <p>Se le aparecen unas flores, esos son los partos que ella atiende.            Un señor la conducía en un jardín con muchas flores.</p>
<p><b>Con niños</b></p> <p>Que bañaba a los bebés.            Que recibe muchos niños.            Llega a una iglesia y los niños la abrazan.</p>
<p><b>Con Palomas (avisos)</b></p> <p>Le regalaron dos palomas recién nacidas, es un aviso.            Sueña con palomas.</p>
<p><b>Con pollitos</b></p> <p>Soñaba con pollitos en su mano</p>

Las comadronas de Rabinal, así como los terapeutas tradicionales del área mesoamericana, mantienen las representaciones de asociar el oficio de “curanderos o sanadores” con sueños. Sin embargo en Rabinal la trascendencia de relacionar la deidad del día de nacimiento de la parturienta con su profesión se ha perdido, como también la revelación de plantas medicinales en los sueños. Sin embargo, en otros grupos lingüísticos de habla mayense se conserva esa forma de revelación del cargo de comadrona.

Otro importante aspecto es la transmisión de los saberes, prácticas y representaciones que las mujeres tienen sobre el uso de plantas medicinales, remedios caseros y utilización de determinadas medicinas “químicas”.

El proceso de enseñanza se da en la convivencia dentro de la familia: *“Mi mamá, primero mi papá curaba muchos enfermos, entonces mi papá le enseñó a mi mamá y mi mamá nos enseñó a nosotros. Pero como mi papá dejó a mi mamá, nosotros hubiéramos aprendido más, pero nos dejó chiquitos, nosotros éramos 11,*

*yo me quedé de 6 años”* (Comadrona No.3). Esa enseñanza y ese aprendizaje no responden a parámetros estrictamente “didácticos”, se aprende simplemente de la observación directa que los hijos tienen: *“Es como una costumbre, una costumbre que le dan las abuelas a uno, es una enseñanza que le dan a uno. Todo eso de los montes es mi abuelita y todavía está viva, tiene 100 años y está viva.”* (Comadrona No.26)

La enseñanza o el aprendizaje que se da en la familia extensa comienza por identificar las plantas: *“Siempre mi mamá, me dijo que la salviacija es para el estómago con otros montes.”* (Comadrona No.22). Éstas pueden sembrarse cerca de la casa o recolectarse en caso que las plantas sean silvestres.

El aprendizaje se basa en la identificación de la planta y el uso que debe hacerse de ella: *“Mis padres, mis madres todo eso y hay una medicina de antes, que yo voy hacer pache con ruda, ajo, hay que moler bien, pero bastante, no poquito, hay que echar, aceite francés, hay que echar y después hay que poner aquí, todo me han enseñado, todo eso lo miró, antes mis padres, mis madres, antes no tiene nada de farmacia, no sé, tiene dolor de cabeza, se pone unas hojas así, hojas de Santa María, aquí lo pone mi mamá, aquí y aquí y lo demás con pañuelo, se le quita el dolor de cabeza, vaya y qué más remedio.”* (Comadrona No.26). Se identifican las plantas, pero a la vez se asocian con otras y se aprende la técnica que se utiliza para hacer el remedio casero: *“Solo el vapor se utiliza como la hierba buena, apazote, ruda, hoja de naranja, hoja de lima, orozuz, apazín para el reumatismo tomado el tratamiento completo, el eucalipto, hoja de naranja, hoja de limón, un pedacito de ocote, hoja de llantén, y un rama de escobilla, una cucharada del agua de la raíz de naranja cocido con miel blanca se le endulza al apagado de los montes.”* (Comadrona No.28). Las técnicas que se utilizan son varias; el té, un cocido, el vapor, el rescoldo, etc.: *“Porque yo antes, eso me lo hacía mi mamá cuando yo estoy chiquita, yo siento todavía, (me acuerdo) porque como 8 ó 10 años tenía yo, entonces yo lo vi que mi padre y mi madre que echan el rescoldo pero va partido.”* (Comadrona No.26)

La representación sobre frío-caliente también juega un papel determinante en la condición y categoría que tiene cada: a) planta medicinal: *“Porque el ojo es como una calentura que les da a los niños, la mejorana es para bajar la temperatura, y el enele noj también es fresca, pero no les rebaja la temperatura tan fácilmente, sino que tal vez baja, pero dándole así más seguidito en*

*cambio le damos con eso, con una dos, tres veces que le damos al niño ya luego el niño llega a su normalidad.”(Comadrona No.6), b) Remedio casero: “...también el monte que pasamos al niño tenemos que acostar en una mesa para poder pasar los 7 montes pero primero le sacamos la flema que tiene y para poder sacarla se le da bebetina, alka-seltzer, mejoralito y aspirineta un poco de cada cosa porque el niño es temperatura lo que tiene por eso toma esas clases de r remedios que son frescos.” (Comadrona No.15) o c) Medicamento: “La pomada Ignacia porque esa es fresca, pero el balsámico como es caliente para nosotros no se puede, porque puede dar reumatismo. Dicen que hace mal porque es caliente, yo ya no uso más ese, solamente esa pomada Ignacia uso, pero solo para examinar la piel, solamente.” (Comadrona No. 24)*

El aprendizaje no sólo abarca el área de las plantas medicinales y de la elaboración de los remedios caseros, sino también se debe identificar la enfermedad para saber el tipo de remedio casero que se debe elaborar, porque algunas enfermedades se curan con medicinas compradas en las farmacias: *“Es que de todo eso no hay, hay que ir a traerlo, yo aprendí, otros nos dicen, por qué usted no ha comprado curarina, por qué no ha comprado usted esencia milagrosa, o sea la tintura de ruibarbo, por que esa solo se puede comprar allá, ¿para qué sirve eso? Para que le llame el hambre a uno, y dicen que para los que tienen tristeza.”(Comadrona No.11). Algunos de los testimonios explican que antes de que hubiera médicos en Rabinal, se utilizaban las farmacias, es por ello que éste es otro conocimiento que se traslada de generación en generación: “Mis padres, porque en aquel tiempo no hay sanidad, no hay nada, solamente las farmacias y lo compran, sí, los ancianos, nuestra mamá, nuestros padres, ellos enseñan eso para los niños.” (Comadrona No. 7).*

Como se ha podido leer en los testimonios, no solamente se transmite un conocimiento de generación en generación sobre la identificación de plantas medicinales, la elaboración de los remedios caseros, también se aprende el comportamiento de una conducta pluralística: *“Eso fueron más nuestros abuelitos, porque fíjese que antes no había doctores, no había nada, pero ya, cuando ya hubieron doctores, talvez ellos ya fueron alcanzando un poquito y ya ellos nos dieron esos medicamentos.” (Comadrona No. 26)*

Otra de las formas de consolidar el aprendizaje del oficio de partera, es recibiendo los cursos de capacitación que da el centro de salud. Al concluir la primera capacitación recibida por parte de una institución vinculada al

sector salud estatal, las comadronas obtienen su carnet del MSPAS, que las avala para poder ejercer su oficio en las aldeas y caseríos.

En el centro de salud de Rabinal se proporcionan dos clases diferentes de capacitaciones. Existen las capacitaciones formales que se caracterizan porque al concluir éstas, se le proporciona a la comadrona su carnet y algún equipo, pero también existen las capacitaciones continuas que el centro de salud brinda a las comadronas para reforzar lo aprendido en la capacitación formal<sup>13</sup>.

Esta forma de capacitar a las comadronas se ha dado desde que el centro de salud se fundó en Rabinal en 1965, pero es a partir de 1999 en que comienza a funcionar el SIAS, la capacitación continuada de la comadrona ha cambiado. Dicha situación fue explicada por la enfermera del centro de salud de Rabinal: *“En el transcurso de 15 años que he estado acá, dos se han hecho, dos capacitaciones, porque las comadronas ya han existido, por eso estaban las actualizaciones, o sea que como las apuntábamos y cuando se tenía un número más o menos adecuado entre 10 y 20 nuevas comadronas por necesidad de que la señora había fallecido o porque ya ella se sentía incapaz, porque nunca capacitamos gente de que nunca ha atendido un parto, sino la misma gente nos decía: mire yo ya he atendido dos partos, quiero tener carnet, quiero entrar a capacitación. Entonces ellas son las que capacitamos o sea que la misma comunidad le exige a usted que haga una capacitación. Se convocaba a todas las comadronas y lo hacíamos en una semana, nosotros teníamos un promedio de 115 comadronas, citábamos 20 diarias para que la convivencia fuera mucho más cerrada... 20 diarias. Como no todas venían, porque alguno de los días que les correspondía o estaban de viaje, o estaban enfermas, se nos hacían un poco más de 20 o venían menos de 20 por que ellas decían: no vine tal día pero ahora vengo. Entonces en una semana hacíamos la actualización y ellas tienen su carnet que nosotros les hemos proporcionado y ellas estaban pendientes de que si ya se les había vencido, actualizarlo...”* (Enfermera de Rabinal)

---

13. Sin embargo, con la reciente incorporación del SIAS en Rabinal esas capacitaciones continuas las hace el médico ambulatorio el día que llega a la comunidad. Como el SIAS tiene solamente tres años de funcionar en Rabinal se presenta información sobre la forma en que se hacía anteriormente.

Si se observa el cuadro 21 vemos que solamente una cuarta parte de las comadronas entrevistadas fueron capacitadas por la actual enfermera titulada del centro de salud. La mitad de las comadronas entrevistadas recibieron su capacitación formal hace ya más de 15 a 30 años.

**Cuadro 21**  
**Años de recibida la capacitación formal por el MSPAS**

Rango de años	F	%	
Hace menos de 15 años (1984) <sup>14</sup>	7	28	28
Entre 16 y 20 años (1983-1979)	8	32	56
Entre 21 y 30 años (1978-1969)	6	24	
Hace más de 31 años	4	16	16
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100</b>	

NOTA: La media es de 20 años.

Si la media es de 20 años, ello indica que ha transcurrido un tiempo muy considerable de esa primera capacitación formal. Las comadronas se ven forzadas a recibir dicha capacitación porque al terminarla obtendrán su carnet, no existen otros medios por parte del sector salud para reforzar los conocimientos adquiridos por las comadronas<sup>15</sup>, sin embargo durante el trabajo de campo se intuyó la disponibilidad de las comadronas a recibir cursos de re-adiestramiento, ya que como la mayoría son analfabetas, ellas consideran que es una forma para seguir aprendiendo sobre su oficio.

La enfermera entrevistada explicó que en los 15 años de trabajar en Rabinal, se ha realizado solamente una capacitación formal en la cual se han incorporado nuevas comadronas con carnet. Por ello se puede interpretar que cada 15-20 años en Rabinal se hace una capacitación para las mujeres que están interesadas en adquirir el carnet de comadrona avalado por el

14. Tiempo en que ha estado la enfermera entrevistada.

15. Con la nueva reestructuración del SIAS, se supone que ya la comadrona recibe una capacitación continua cuando llega el médico ambulatorio a la comunidad, sin embargo existe un grupo de ellas que no ésta contemplado en dicha capacitación, porque a la partera se le proporciona mensualmente un incentivo de 50 quetzales por el tiempo empleado durante el día de visita del médico ambulatorio, sin embargo no todas las comadronas del caserío o de la comunidad están en la nómina.

MSPAS. En realidad al consultar las actas de nacimientos de los niños nacidos en Rabinal en febrero, marzo y abril de 1999 se tiene que un total de 25 mujeres atendieron partos y éstas no tienen carnet de comadrona, y probablemente tampoco hayan tomado una capacitación formal. Vemos entonces que existe un porcentaje muy elevado de mujeres que atienden partos y que no han tomado cursos de parte del MSPAS para la atención del parto.

Si se hiciera una evaluación de las capacitaciones impartidas por el centro de salud, vemos que las comadronas han hecho suyo el vocabulario técnico que utiliza el personal de salud: *“Porque yo tomé cursos desde que tiempo, un curso de 15 días lo dio el doctor, de la paciente, de la mujer embarazada. Se les hace su examen, se les va a ver dónde está su coona, si aquí está su coona está bien, todo está bien y si la tocamos y no le encontramos cabeza, no está bien. Nos dijo el doctor cuando estábamos trabajando con él. Yo sé bien cómo está el paciente, si no está bien, si está atravesado, así está y lo que vamos hacer , es que una vez que ya empieza el dolor, la mando al centro de salud. Le dije yo: ya no vas a estar aquí porque si te enfermas te van a mandar a Salamá. Y cuando empieza el dolor ya me llama y ya sólo voy a traerla para llevarla al Centro de Salud; ya le dan su nota, la voy a dejar a Salamá. Así pasa con algunas pacientes, pero no mucho pasa, es raro que pase, es raro. Todas mis pacientes están bien”.* (Comadrona No.24)

La técnica del registro es una herramienta aprendida en los cursos de capacitación y que se utiliza con mucha precisión: *“Como 6 ó más, como ya no me recuerdo, en cambio cuando nace un niño sí, porque nos han dado papeles en el centro de salud; entonces se apunta”.* (Comadrona No.15). Las comadronas recuerdan más lo aprendido, cuando tiene una aplicación práctica y se adecua a las prácticas tradicionales que ellas aplican: *“Esa es la que yo más ocupo y el ciguapate, ése es un palito que se puede tener en el sitio, ese sí lo tengo en el sitio y lo estimo porque ese me sirve mucho, ese sirve para las pacientes que uno va a ver , porque a ellas se les pide que tomen un vasito cada 3 días, o cada 8 días, pero eso, si fue recetado por el estudio que tengo yo. Fue por el maestrque vino a dar charlas en nuestros cursillos. Pues ellos fueron los que nos dijeron que el ciguapate lo diéramos un mes antes, para que la matriz madure.”* (Comadrona No. 27)

Los testimonios presentados evidencian que mucho del trabajo de la comadrona recolecta información o datos que no podrían ser recolectados a no ser por el trabajo de las comadronas. Esa información epidemiológica oficial recolectada por comadronas para el sector salud, es un trabajo que

no es valorado y que tampoco es reconocido abiertamente por el sector estatal de salud.

Algunos de los conocimientos adquiridos no son exclusivos de las capacitaciones proporcionadas en el centro de salud. Hay testimonios sobre capacitaciones recibidas en otras instituciones en donde se aprecia que los contenidos impartidos por ese tipo de capacitaciones son más adecuados para las actividades que hacen las comadronas: *“Y eso lo tenemos a mano porque está allá en la casa, a veces para uno mismo es muy costoso conseguir esos montes, más bien se vuelve fácil cuando los tenemos sembrados en el jardín botánico que yo tengo; es pequeñito, pero sí todas las matas se consiguen allí.”*. (Comadrona No.25) En algunos cursos se valora el don de “sobadoras” y se hace énfasis en ello, como se explica en el testimonio: *“No hay remedio sino que solo un masaje, porque yo voy aprender un curso hasta en Xela; yo me fui a Xela y entonces aprendí, entonces no hay remedio, no hay remedio, con la mano hay que curar me dijo, hay que pedir a Dios que hay que curar y es cierto”* (Comadrona No. 10).

El proceso de aprendizaje matrilineal y los cursos de capacitación brindados a parteras por el sector salud en Rabinal, evidencian continuamente que las comadronas manejan dos tipos de saberes: bio-médicos y populares. Sin embargo, las capacitaciones impartidas por el sector salud en Rabinal no toman en cuenta, ni valoran el aprendizaje matrilineal que tiene la comadrona; en el último capítulo se presentarán una serie de reflexiones y recomendaciones sobre este tipo de problemáticas.

### **La política de los organismos internacionales sobre los curadores tradicionales**

A finales de siglo XX, concretamente en los años setenta debido a dos hechos: “A) Los bajos índices de cobertura por parte del sector estatal de salud, situación que se da en la mayoría de países subdesarrollados, y B) Las crisis generadas a raíz de una costosa infraestructura y una alta tecnología en la atención curativa biomédica” Menéndez (1996:46-54). Son las razones que llevan a profesionales de la salud y planificadores a volcar de nuevo su atención en las parteras y otros agentes.

A raíz de la reunión de Alma Atta en 1978 y la reflexión sobre la “Salud para todos en el año 2,000”, comienza a surgir la figura de los Agentes

de Salud Comunitarios, como un recurso necesario para el sector salud, para los Estados y para los organismos internacionales (OMS, OPS, UNICEF).

Una de las estrategias a raíz de la conferencia de Alma Atta es retomar el papel de los curanderos tradicionales. A este respecto se pronuncia una posible intersección de ellos con el personal de salud:

“En casi todas las sociedades hay curanderos y parteras tradicionales. Suelen éstos formar parte de la comunidad, la cultura y las tradiciones locales, y en muchos lugares siguen gozando de gran consideración social, lo que les permite ejercer una influencia considerable sobre las prácticas sanitarias de la localidad. Con el apoyo del sistema oficial de salud, ese tipo de personal indígena puede llegar a ser un colaborador importante en la organización de las actividades para mejorar la salud de la comunidad. Es posible que algunas colectividades los designen para la prestación de atención primaria en el nivel local y, en consecuencia, se deben explorar las posibilidades de incorporarlos a las actividades de atención primaria de salud, dándoles el adiestramiento correspondiente.” OPS (1978:72-73)

Es así como comienza a diseñarse toda una política respecto a la formación, supervisión, evaluación, función y prácticas de curanderos y parteras. Se puede decir que existe una política para el caso de las parteras y otra diferente para el caso de los curanderos.

Para los curanderos tradicionales (hierberos, hueseros, etc.) la OMS no define una estrategia tan concreta como la de las parteras. La incorporación de éstos en la atención primaria de salud, queda a cargo de cada uno de los sistemas estatales de salud. México es uno de los pocos países latinoamericanos que implementa un programa de interrelación entre biomedicina y medicina tradicional para la incorporación de los curanderos. El proyecto queda bajo la dirección del IMSS<sup>16</sup>–Coplamar<sup>17</sup> y del INI<sup>18</sup>, en la región de Chiapas<sup>19</sup>. La puesta en acción de este programa dio

---

16. Instituto Mexicano del Seguro Social.

17. Programa de interrelación de la Medicina Tradicional con las actividades del Programa Nacional de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria.

18. Instituto Nacional Indigenista.

19. Para más detalles sobre el programa de implementación consultar el libro de Graciela Freyermuth.



una nueva perspectiva a la práctica curativa indígena ya que se reconocieron oficialmente a los médicos tradicionales (término utilizado para agrupar a: iloles, parteras, hierberos, hueseros y rezadores de los cerros).

En otros países continúa vigente la presencia de los curanderos, principalmente en países europeos, sin embargo debido a los niveles de tecnificación y a la hegemonía biomédica, no existe para estos países una política de articulación con la bio-medicina para este tipo de terapeutas, sin embargo algunas investigaciones se evalúan el uso de éstos por la población, en una de estas investigaciones define la curandería como: "Una medicina primitiva, primariamente mágico-religiosa, donde se da una gran importancia a los factores simbólicos y especialmente a los religiosos y que sólo utiliza unos pocos elementos racionales." Martín (1990:16)

Respecto de los terapeutas tradicionales, como se ha demostrado hay poca documentación respecto de su involucramiento en la atención primaria de salud, no es el caso de las comadronas como se explica a continuación.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) comenzó a publicar una serie de documentos (manuales en su mayoría) destinados para todos los países "en vías de desarrollo" para capacitar y supervisar el trabajo de la Auxiliar de Maternidad Tradicional (AMT), término que comenzará a utilizarse para denominar a las parteras. La OMS define así el término: "Una persona (por lo general mujer) que ayuda a la madre en el parto y que originalmente adquirió sus habilidades atendiendo partos por sí misma, o trabajando con otros auxiliares de maternidad tradicionales". Johns Hopkins University (1981:3)

Sin embargo, para las parteras o auxiliares de maternidad tradicionales (AMT), sí se establecen programas y estrategias dirigidas por diversos organismos internacionales, razón por la cual existe una variedad de definiciones y clasificaciones para éstas.

A continuación se presenta una pequeña explicación de cada una de las categorías utilizadas por: investigadores, organismos internacionales, saberes populares, etc. respecto de la partera.

El uso de la palabra *matrona* está asociado a un ámbito europeo y profesional-académico: “Matrona: es una persona que, habiendo sido admitida a seguir un programa reconocido por el Estado (se refiere a estudios universitarios, en un nivel de licenciatura), ha finalizado con éxito el ciclo de estudios prescritos y ha obtenido el título necesario (luego de terminar la licenciatura en enfermería, ha continuado con un plan de estudios de especialización [maestría, diplomado, etc.]) que la avala para ejercer como matrona y le permite inscribirse en los centros oficiales, para poder ejercer legalmente la profesión de matrona.” (INS 1987:57)

Otra significación del término a un ámbito que ha dejado de utilizarse es: “Matrona: Se usaba en la antigüedad para designar a una madre noble y virtuosa capaz de traer a este mundo a nuevos seres.

Comadre: Llámense así recíprocamente la mujer que ha sacado de pila a una criatura y la madre de ésta y por extensión, el padre y el padrino del bautizo dan también el nombre de comadre a la madrina. Estas comadres de bautizo por lo regular han tenido varios hijos y por lo tanto tienen experiencia del embarazo, parto y puerperio, lo que origina de parte de otras madres, la confianza hacia ellas en tales menesteres. De ahí que las comadres al tomar el oficio de atención de partos se les diga comadronas.” Bravo (1990:27)

También se utiliza el término de partera acompañado de uno o más adjetivos para diferenciar los diversos tipos de parteras:

A. *Partera tradicional.* Mujeres que han adquirido sus conocimientos por medio de la transmisión oral de la memoria colectiva de elementos arraigados en una cultura ancestral, y que no han sido capacitadas por el sistema de salud estatal.

B. *Partera empírica adiestrada.* Mujeres que han sido capacitadas por una institución de salud para ejercer las actividades de auxiliar de maternidad tradicional, sin previa experiencia en la atención de embarazos.

“Partera empírica no adiestrada: emerge como agente de núcleos sociales inestables (por migración, tenencia de la tierra, trabajo, etc.) y se caracteriza porque no posee ni los de la partera empírica adiestrada, respaldados por el sistema oficial de salud.” Mellado (1989:29 y 42)

Debido a que existen varias clasificaciones para denominar a estas mujeres, es importante aclarar que para la realización del trabajo de campo

de la presente investigación se delimitó una definición, la cual aparece en el capítulo segundo.<sup>20</sup>

Esta diversidad de definiciones y las proyecciones de varios organismos internacionales (UNICEF, FIPF<sup>21</sup>, UNFPA<sup>22</sup>, USAID) en capacitar a las comadronas con contenidos respecto a: salud materno-infantil y planificación familiar; evidencian la preocupación que este agente de salud ha tenido, en comparación con los otros curadores tradicionales.

En varios países latinoamericanos la implementación de la partera como una posible orientadora de los servicios de planificación familiar ha tenido éxito<sup>23</sup>. Sin embargo, en Guatemala el Gobierno y, por ende, el Ministerio de Salud Pública no ha permitido su implementación: "...la puesta en marcha del proyecto ha sido lenta (el informe se refiere a Guatemala) y el gobierno se ha mostrado reacio a permitir la distribución de anticonceptivos por personal no médico, aunque los auspiciadores del proyecto esperan que las parteras tradicionales puedan desempeñar un papel más activo en planificación familiar en el futuro", Johns Hopkins University (1989:36-37)

Después de un panorama conceptual sobre los terapeutas tradicionales, para este caso en concreto de parteras y curanderos, es a partir de la revisión que se elaboró de las publicaciones<sup>24</sup> de parteras, que éstas se pueden agrupar de acuerdo a tres temas: a) Manuales, b) Evaluaciones de proyectos o programas de parteras, c) Investigaciones. Mientras que los documentos escritos sobre curanderos son escasos.

Si se toma como base la clasificación anterior, de las publicaciones sobre parteras se puede decir que: para los manuales existe una política dada por la OMS, que se refiere a los contenidos mínimos que deben tener las capacitaciones. La mayoría de publicaciones que sobre parteras existen se aglutinan en esta temática. En un menor porcentaje existen algunas

---

20. Se puede consultar concretamente en el apartado titulado: propuesta metodológica de la investigación del segundo capítulo.

21. Federación Internacional de Planificación Familiar.

22. Fondo de Naciones Unidas para Actividades de Población.

23. En la revisión bibliográfica se puede consultar el artículo de Güémez que trata sobre dicho tema en México.

24. Revisión que se presenta en parte en el desarrollo del capítulo número 2

publicaciones de evaluaciones sobre el trabajo de las mismas. Estos dos tipos de publicaciones son de índole técnico y han sido elaboradas para la capacitación, supervisión y evaluación del trabajo de las parteras. Mientras que otro tipo de publicaciones sobre parteras, se basan en un marco teórico-metodológico y se desarrollan como investigaciones propias. Es pertinente entonces hacer una diferencia entre dos tipos de publicaciones: una, de índole técnica (manuales y evaluaciones) y, otra, de índole científica (investigaciones) para las parteras.

En ese sentido es necesario explicar que las publicaciones técnicas son las elaboradas por los diversos organismos internacionales y la mayoría de éstas son manuales para capacitación de parteras basadas en una visión biomédica sobre las actividades que la comadrona debe hacer, ninguno de éstos manuales de capacitación se han orientado hacia las prácticas, saberes e ideologías del proceso salud/enfermedad/atención que se usan en los distintos conglomerados sociales.

La política internacional es capacitar a las parteras en términos biomédicos, sin embargo quisiera dar algunos elementos para reflexionar sobre ese tipo de capacitaciones que se imparten a parteras en Guatemala. Durante la elaboración de mi trabajo de campo asistí a los cursos de capacitación a comadronas que brindaba una institución a un grupo de parteras. Me sorprendió observar lo siguiente: en primer lugar la persona que estaba capacitando lo hacía en idioma castellano, aunque la mayoría de parteras hablaban el castellano habían algunas de la tercera edad que no lo entienden; otro de los aspectos que observé era que la persona que impartía la capacitación estaba utilizando un pizarrón en el cual escribía la dieta de la embarazada, probablemente dicha persona no sabía que la mayoría de las parteras son analfabetas. Finalmente como era un grupo pequeño de parteras y eran las dos de la tarde, la mayoría de éstas estaban dormidas, bostezando o distraídas en cualquier asunto que no fuera la capacitación.

La reflexión que se puede hacer de este hecho es la siguiente: pareciera que éstos manuales de capacitación a parteras realizados por diversos organismos internacionales, validados cientos de veces, son la solución para la capacitación, sin embargo, en la práctica esto no funciona, porque ninguno de estos manuales se han orientado sobre dos importantes

aspectos: La educación no formal, destinada a personas de la tercera edad en su mayoría analfabetas y porque los contenidos de los mismos se basan en criterios bio-médicos y no toman elementos de las prácticas, saberes e ideologías de los conjuntos sociales a los que pertenecen las parteras. Es así que mientras la política internacional de los organismos internacionales que trabajan el tema salud continúe basándose en términos bio-médicos no podrá verdaderamente proporcionarse una capacitación integral no sólo a las parteras, sino también a los diversos terapeutas tradicionales que estén incorporados en su singular estrategia de atención en salud.

### **De zajorines y curanderos a guías espirituales**

Para entender mejor el trabajo de los guías espirituales en Guatemala es necesario contextualizar la relación que existe entre la esfera de la religión y la salud, que fue explicada en el capítulo tres.<sup>25</sup>



**Foto 11: Detalle de una ofrenda colocada en la iglesia El Calvario de Rabinal.**

---

25. Para más detalles sobre la relación consultar dicho capítulo.

En ese sentido la concepción religiosa se manifiesta en saberes, prácticas, ideologías y representaciones que dan contenido a una forma de proceder, que guía todos los actos de la vida, en el momento en que no se actúa en base a dicha cosmovisión se espera un castigo.

En Rabinal y posiblemente en otros grupos étnicos, pueden identificarse tres ejes que unen la religión y la medicina: "A. *Dios y Jesucristo*: Dios es la categoría principal y primera dentro de la religiosidad, se concibe como la esencia, centro, alma de todo lo existente. Tiene nombres concretos, se le llama Corazón del Cielo, Corazón de la Tierra, Corazón del Aire, Corazón del Mar... Unido a Dios está Jesucristo, como sanador, dador de la salud. Se tiene la creencia, que a veces es Dios quien manda la enfermedad. B.- *Los Santos*: Cuando se habla de los santos, se refiere a todos los santos cristianos que se conocen, sobre todo los que existen en la iglesia católica de Rabinal." Sucuquí(2,000:79-80) C.- *Los Antepasados y los difuntos*:<sup>26</sup> Son los muertos en general, se les llama también finados y ánimas, son considerados como los más cercanos mediadores entre Dios y los vivos, por su característica de "muertos", también son los "abuelos y abuelas", pues ellos son los que han legado la herencia de la medicina a los nietos de hoy. Los antepasados se comunican con los curanderos, por medio de los sueños.

A partir de ciertos acontecimientos como la celebración de la campaña de los 500 años de resistencia indígena, negra y popular, de la conformación del decenio de los pueblos indígenas y de la negociación y redacción de los Acuerdos de paz, se puede ubicar y decir que a partir del período comprendido entre 1992-1995, todas las publicaciones anteriores que hacían referencia sobre los curadores tradicionales utilizaban los términos siguientes: parteras o comadronas, componehuesos, "zajorines" y curanderos<sup>27</sup>.

---

26. Isabel Sucuquí en su tesis separa los antepasados de los difuntos, sin embargo considero que para intentar dar una generalización de los ejes de la espiritualidad maya, deben aglutinarse en una sola categoría, como se hace aquí, sin embargo la explicación es tomada en base a la información que da Isabel.

27. Consultar en la bibliografía los artículos del Instituto Indigenista Nacional, las publicaciones de Elba Villatoro, Elena Hurtado, y otros.

Sin embargo a raíz de las negociaciones entre gobierno y guerrilla para la firma de los Acuerdos de Paz se desata toda una discusión en torno al uso de: ¿Religión maya o espiritualidad maya? ¿guías espirituales o el uso de los términos cargados de discriminación y racismo como: zajorines y curanderos?, a la vez se desata una polémica dentro de la Iglesia Católica<sup>28</sup> y las organizaciones mayenses entorno a la temática. Finalmente el uso de la frase: guía espiritual aparece por primera vez en el Acuerdo sobre Identidad y Derechos de los Pueblos Indígenas, concretamente en el apartado tercero que es sobre los derechos culturales en las literales que tratan sobre la espiritualidad, los templos, centros ceremoniales y lugares sagrados.

A raíz de la firma de los Acuerdos de Paz y del establecimiento de la Comisión Nacional Permanente de Espiritualidad, ésta se ha ocupado de divulgar el uso del término en todos los medios de comunicación<sup>29</sup>, sin embargo son los actores directos que se mueven dentro de las organizaciones mayas y dentro del movimiento, quienes se encargan de hacer uso del término y divulgarlo.

Los guías espirituales han comenzado a organizarse en varias instituciones y asociaciones, como la Comisión Nacional Permanente de Espiritualidad, Oxlajuj Ajpop, etc., de esta forma también participan en el movimiento maya. Por medio de estas asociaciones de guías espirituales han comenzado a trabajar con la mayoría de terapeutas tradicionales para capacitarlos respecto de temas que se vinculan con la espiritualidad maya, es así que muchos guías espirituales explican que su sabiduría es la suma de varios elementos como a continuación explica un informante: *“Son situaciones que yo he conjugado, la experiencia de mis abuelos, de los ancianos, y últimamente que hemos tenido r eunión también para concluir otr o poquito más, porque ha salido a nivel internacional incluso Don Cirilo Pérez que trabaja en Cajul Aj. El también tiene sus conocimientos pero como le digo cada quien a traído en distintas formas entonces allí es en donde yo he podido obtenerlos. (Guía espiritual)*

28. Consultar la revista Voces del Tiempo de 1994-1995.

29. Consultar el documento: “Propuesta para la definición de los lugares sagrados de los pueblos indígenas”.

Con la oficialización de los idiomas mayenses y con el trabajo de la Academia de Lenguas Mayas en las comunidades se han utilizado desde tiempos inmemoriales los términos: Ajq'ij, Ajkun, Ajkunanlel, Ajkunalakalab, Ilonel alom, Chapalbak, Ajitz, Ajmesa, Ajkotz'íj, etc. Sin embargo, fue necesario introducir la frase "guías espirituales" para poder aglutinar a todos estos especialistas, de esta cuenta los guías espirituales son: "personas que reconocen y asumen su vocación teniendo la especialidad sea para niños, atender partos, conocer secretos de la naturaleza y de las enfermedades, para tratarlas dentro de su contexto cultural", CNPE (1999:7).

Entendiendo que los guías espirituales en sus comunidades de origen son líderes, se ha fomentado el uso del término "guía espiritual". De esta cuenta existe una relación entre el empoderamiento del movimiento maya y el uso del término "guía espiritual". A partir de dicha relación se puede decir que se ha politizado un cargo ancestral, que a la vez está incidiendo en una imagen negativa del oficio. Esta situación se puede observar en la actualidad, ya que cualquier personaje que comulgue con el movimiento maya puede convertirse en sacerdote maya, como es el caso del excandidato a presidente, Álvaro Colom, y de algunos extranjeros.

Es guía espiritual quien simpatiza con el movimiento maya, ya no quien por designio del calendario le corresponde. Esta situación se presenta en los medios académicos y políticos en Guatemala, pero esta realidad no corresponde a los miles de guías espirituales que ejercen cotidianamente en las comunidades. En este sentido vemos que está cambiando de contenido un cargo ancestral en aras de la construcción de un movimiento social que no tiene incidencia en sus bases sociales.

La consolidación de los Acuerdos de Paz por medio de la institucionalización de algunas comisiones, ha provocado todo un cambio de aptitud y de percepción hacia lo que antes con intenciones de discriminación se entendía como "zajorín" o curandero, hacia lo que hoy se entiende y encierra el uso del término guía espiritual.

La dualidad que se presenta en el equilibrio, que se guarda entre las fuerzas del bien y del mal, para no perderse la armonía, es una concepción holística manejada por muchos guatemaltecos, sin embargo cuando dicho equilibrio se rompe debe recurrirse a determinados terapeutas tradicionales,



ya que son ellos los únicos que pueden restablecer dicho equilibrio. En este contexto operan los terapeutas tradicionales.

Sin embargo a lo largo de este capítulo se ha observado que tanto los organismos internacionales de salud (OMS, OPS, UNICEF, etc.) como el movimiento social, denominado maya, han utilizado los términos “terapeutas tradicionales” o “guías espirituales” para intentar contextualizar en base a la esfera de la salud o en base a la esfera del poder un oficio que tiene una significación que se basa en una trilogía: poder-salud-religión. El trabajo de investigación y académico, sobre guía espiritual, curandero-a, comadrona, comopenhuesos debe ser orientado hacia estos tres círculos articulados.

## CAPÍTULO 6

### LAS COMADRONAS DE RABINAL

Este capítulo presenta un perfil de la comadrona<sup>1</sup> de Rabinal, que intentará responder algunas preguntas como: ¿Quiénes son las comadronas?, ¿Qué hacen?, ¿Qué se piensa de su trabajo?, se presentará información respecto de la atención del período pre-parto, parto y post-parto, pero también la atención de otros padecimientos que no corresponden a dicho período. Finalmente, se presenta la heterogeneidad de la significación de las mujeres que son terapeutas tradicionales.

#### **Tratando de hacer un perfil**

Las comadronas o parteras tradicionales en Guatemala son mujeres que se dedican a atender partos, mayoritariamente en comunidades lejanas y aisladas en donde los servicios de salud estatales no llegan, sin embargo también se les puede encontrar en las áreas marginales de las ciudades. Muchas de esas mujeres han comenzado con el oficio de comadrona debido a la necesidad que se presenta en una comunidad en el momento de asistir un parto, también han comenzado con el oficio por la revelación de algunos designios que forman parte de la cultura. Las parteras después de algunos años en la comunidad atendiendo partos, en su mayoría han tomado los cursos proporcionados por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) para poder dedicarse al oficio con un aval de parte de los servicios de salud estatales.

---

<sup>1</sup> A lo largo del texto se utilizarán indistintamente los términos: parteras, comadronas, que se referirán a estas comadronas rabinaleras, al menos que se haga una aclaración del término.

Debido a la diversidad cultural existente en Guatemala, el oficio de comadrona adquiere ciertas connotaciones específicas en cada uno de los grupos étnico-lingüísticos. Se presenta a continuación las particularidades de las comadronas de Rabinal.

En Rabinal, el prestigio de una comadrona está ligado con tres hechos: 1ro. Ser una mujer casada y madre con experiencia, se espera que tenga dos o tres hijos<sup>2</sup>, ya que el cargo de comadrona se adquiere con la edad y con la experiencia, sin embargo cuando las comadronas son ancianas y no tienen mucha vitalidad para lavar ropa o recorrer distancias largas a pie, decae su demanda. 2do. Dominar la técnica del “sobado”, esto quiere decir que la mujer está forzada a aprender dicha técnica, el aprendizaje en la mayoría de los casos se hace por medio de una pariente que es comadrona, se aprende de otra comadrona o en la minoría de los casos las mujeres son autodidactas. 3ro. Poseer el carnet del MSPAS, este es un requisito que se ha implementado por parte del sector salud, pero a la vez es un recurso que las comadronas utilizan para crear confianza en sus usuarias, ya que éstas saben; en el caso de que el parto se complique, las comadronas recurren a otros servicios de salud, donde tienen un trato diferente en comparación con cualquier usuario.

De esta forma el prestigio está relacionado directamente con la edad; la media de la edad de las comadronas en Rabinal es de 56 años. En la elaboración del cuadro siguiente se agruparon los rangos de edad de acuerdo al hecho de que son personas cercanas a los parámetros de la tercera edad (cuadro 22).

Una característica importante para realizar el perfil sobre las comadronas en Rabinal es la variable etnicidad, ya que ésta nos podría proporcionar el parámetro de diferenciación entre las comadronas indígenas y no indígenas, sin embargo debido a que la mayoría son indígenas. Uno de los hallazgos más importantes de la investigación fue la NO diferenciación entre comadronas indígenas y no indígenas, ya que todas utilizan

---

2. Sin embargo el centro de salud de Rabinal y las instituciones con programas de capacitación a comadronas, aceptan a mujeres solteras o madres con un hijo en sus capacitaciones.

**Cuadro 22**  
**Edad de las comadronas**

Rango de las edades	F <sup>3</sup>	%
Comadronas con menos de 50 años	6	24
Comadronas entre 51 y 70 años	12	60
Comadronas con más de 71 años	4	16
<b>Totales</b>	<b>25</b>	<b>100</b>

las mismas técnicas, atienden los mismos padecimientos, manejan de igual forma la dualidad frío-caliente, utilizan los mismos remedios caseros y plantas medicinales.

Veamos cómo en sus testimonios tanto comadronas indígenas y no indígenas utilizan determinadas representaciones en el proceso de sus curaciones. *“Pues yo lo he curado con la barba de chunto (chompipe) y 7 espinas de puerco espín, y canela, y pimienta cobanera y ruda. Y lo pongo en brasa; esos eran nuestros consejos de nuestras abuelitas y si se ve, el alivio, usted y lo desahúmo en el humo, y nos decía la abuelita si las espinas tñaban y la pimienta tñaba era que sí sanaba la criatura ...y nos decía la abuelita que si el niño se meaba sobre la brasa es señal de que sí sanaba y si no, no.”* (Comadrona no indígena)

*“...es que hay ojo de luna, ojo de sol. Le duele la cabeza y hace así la cabeza, es ojo de luna, también es igual, como hace el ojo de luna. ¿Por qué a uno le llama ojo de sol y ojo de luna? Porque siente el sol ya no puede caminar cuando va a salir el sol ya no puede caminar siente adentro de su cabeza, siente el sol, porque a veces no tiene un su tapado en la cabeza y está trabajando o es hombre y talvez se quitó su sombrero por eso hace. En la noche por que a veces cuando uno sale hacer un oficio sin un trapo en la cabeza, al otro día amanece con un dolor de cabeza ya sintió uno por qué fue, ya uno sabe también por qué comenzó su cabeza, por qué comenzó dolor de cabeza o de sol, estar viendo el sol y le agarró el dolor de cabeza es el sol y se manda. Uno mismo siente el dolor como fue.”* (Comadrona indígena)

---

3. La investigación utilizó una metodología cualitativa, el total de comadronas entrevistadas son muy pocas, se entrevistó un total de 25 comadronas de un total de 118. Se hizo una tabulación de los datos NO con fines cuantitativos, sino para visualizar tendencias, mayorías o minorías. Para todos los cuadros que se presenten en este capítulo debe tomarse en cuenta este pie de página.

En igual forma tanto comadronas indígenas como no indígenas manejan la dualidad frío-caliente: *“La pomada Ignacia por que esa es fr esca, pero el balsámico como es caliente para nosotr os no se puede por que puede dar reumatismo. Dicen que hace mal porque es caliente, yo ya no usomás ese, solamente esa pomada Ignacia, uso pero solo para examinar la piel, solamente”* (Comadrona indígena)

*“...venir de por allá corriendo y entrar de r omplón cuando está caliente, también es malo, pega la enfermedad de la alfæcia. Esa enfermedad pega al corazón y cae, eso es peligroso, porque donde le cae de romplón el aire, como adentro está fresco y usted viene del campo, por allá de sus viajes y entra bien caliente y hasta sudando, ¡ah! Eso, es malísimo, uno tiene que esperar unos minutos afuera, para ver entrar a su sala, a su casa, entonces en carrera como viene y se entra directo le da aire”*. (Comadrona no indígena).

El idioma podría ser un parámetro para intentar visualizar los límites de la etnicidad entre las comadronas de Rabinal, sin embargo durante el trabajo de campo se comprobó que algunas no indígenas han aprendido el achí para poderse comunicar con mujeres indígenas. Otro factor importante de mencionar es el dominio del idioma castellano entre toda la población de Rabinal, la mayoría de habitantes son bilingües, el monolingüismo se localiza en la población mayor de 50 años, este hecho se reflejó en las entrevistas, ya que solamente un décima parte de las comadronas entrevistadas no es totalmente bilingüe. Se puede decir que la mayoría habla el achí y el castellano. Sin embargo dicha característica está directamente relacionada con la edad: las comadronas más ancianas son las comadronas monolingües.

Según el cuadro 23, la mayoría de las comadronas de Rabinal son analfabetas; ello implica que todo lo que saben lo han aprendido oralmente, tanto los conocimientos que tienen sobre plantas medicinales, remedios caseros, terapias, como los que han adquirido en las capacitaciones impartidas por el centro de salud.

La retentiva memorística de una persona analfabeta es sorprendentemente alta y para las comadronas es una forma de aprender: *“...porque nos han dicho que así se hace, pero como yo no sé leer ni escribir entonces solo en mi mente lo traigo y así estoy haciendo porque hay veces que voy al curso de 4 a 5 días y así nos dicen y se me va quedando”*. (Comadrona No.10). Es

**Cuadro 23**  
**Analfabetismo en comadronas**

Variable	F	%
Analfabeta	22	88
Alfabeta	3	12
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100</b>

importante mencionar también el interés que las comadronas tienen en tomar cursos de actualización para reforzar sus conocimientos: *“Yo lo que quiero es conocer más, aunque sea que ya lo sabemos, pero o se nos olvida, como nosotros que no sabemos leer, si supiéramos leer entonces sí, por que miramos un folleto, pero como no, solo lo que nos dicen, solo lo que nos enseñan, eso es lo que vamos conociendo, conocer más.”* (Comadrona No.3)

A diferencia de los otros grupos étnico-lingüísticos que hay en Guatemala, las comadronas del área achí se diferencian por la ausencia del uso del temascal o baño de vapor. Durante la realización de los grupos focales y de las entrevistas en profundidad se abordó el tema: uso del temascal; muchas dijeron conocerlo en sus viajes a otros lugares, ya que el uso y conocimiento del mismo en Rabinal es incierto<sup>4</sup>: *“Una vez estábamos en un curso y una comadrona dice que tiene que bañar a una señora que se compuso pero no puede ir, entonces le dijo al esposo de la señora: vaya a juntar fuego en el horno mientras que yo llego, entonces yo me quedé con una duda porque no conozco qué es eso. Pensé yo; quisiera irme con ella para conocer, pero no puedo porque es muy lejos. Yo le pregunté cómo lo hace, ella me contestó que es una casa como horno para hacer pan. Y yo le pregunté si ella todavía lo hace, ella dijo que cura a hombres y mujeres de esa forma y se han curado. Se les echa un poco de monte en el agua que se llama zapati.”* (Grupo Focal 2)

Otra diferencia es el doble rol de comadrona lavandera, que tienen las comadronas achís. En Rabinal la comadrona es la encargada de lavar la ropa de la parturienta, durante los días posteriores al parto. Esta actividad es primordial y es un elemento sustancial en la negociación que se hace

---

4. Puede consultarse la tesis de licenciatura de Albina Gaspar en la cual relata el uso del chui-bajo terapia que se parece al temascal por el uso de vapores.

entre parturienta y comadrona: *“...lo que se acostumbra en las comunidades es que la comadrona no es solo comadrona, sino que es lavandera también, porque si una comadrona sólo recibe al niño, la gente no la quiere, siempre hay una costumbre de que se atiende el parto y después del parto se va al río a lavar la ropa”* (Grupo Focal No.1)

Con los datos proporcionados hasta este momento, se puede decir que las comadronas de Rabinal al igual que el resto de las que operan en todo el país de Guatemala, suelen ser mujeres de edad madura, analfabetas, bilingües (aunque esta variable tiene una relación directa con la edad) y con conocimientos respecto de su oficio. Existen solo dos connotaciones muy singulares entre las comadronas de Rabinal que las diferencian de otros grupos étnicos: el desconocimiento del temascal y el doble rol de lavandera comadrona<sup>5</sup>.

Se tiene una idea precisa del oficio de comadrona, sin embargo es importante explicar la trilogía: pre-parto, parto y post-parto ya que es esta la actividad primordial, pero no fundamental a la que se dedican.

### **Período pre-parto, parto y post-parto**

Tradicionalmente los servicios de una comadrona comienzan desde el embarazo con la selección de la comadrona. Cuando una mujer decide quién será su comadrona, ésta comenzará con las sobadas y visitas a la mujer embarazada; consecuentemente y en su momento se encargará de la atención del parto y después del nacimiento del niño, la comadrona continuará visitando diariamente la casa de la madre hasta un lapso de 8 a 15 días para lavar la ropa, bañar a la recién parida y al recién nacido. A lo largo de esos 4 u 8 meses, en los cuales la comadrona se encarga de todo el proceso, las particularidades de Rabinal respecto del período pre-parto son las siguientes:

- a) La selección de la comadrona. No hay un consenso entre las comadronas sobre el responsable en la familia que debe decidir y buscar a la que atenderá a la mujer embarazada, pero cuando la

---

5. Para más detalle sobre el oficio de comadronas en el área tzutujil consultar a Elena Hurtado, en el área Ixil a Elba Villatoro, en el área kiche el documento de pies de occidente.

mujer es primigesta y joven será la suegra (madre)<sup>6</sup> y el marido, quienes deciden. Pero si es el caso de que la mujer ya ha tenido varios partos, será ella la que se encarga de seleccionar a la comadrona.

- b) Mes de embarazo en que se busca a la comadrona. No existe tampoco un consenso entre ellas sobre el mes en que la mujer busca los servicios de la comadrona, debido a la capacitación que han recibido las comadronas, dicen que lo mejor es comenzar con el tercer mes para que la mujer pueda obtener el mayor número de dosis de la vacuna del tétanos y también para que asista al control médico. En la práctica las madres las buscan: a los 3-4 meses de embarazo, otras a los 6-7 meses, otras hasta los 8 meses; esto suele ocurrir cuando la mujer ya ha tenido varios partos. Hay casos en que las mujeres buscan a la comadrona el día del parto. Existe una situación especial con las mujeres primigestas y jóvenes; las comadronas explican que generalmente ese tipo de mujer no sabe que está embarazada, busca una consulta por problemas relacionados con la pérdida de apetito, náuseas o mareos. Debido a las capacitaciones que han tenido las comadronas, éstas sugieren y saben que el control del embarazo debe empezar a partir del tercer mes, sin embargo debido a que las mujeres son quienes deciden en qué momento comienzan su control prenatal, las comadronas visualizan como riesgo a una mujer primigesta que no empiece su control durante el primer trimestre, mientras que una mujer con un segundo o tercer embarazo debido a la “experiencia” no se concibe como prioritario tener que comenzar el control prenatal tan tempranamente, veamos cómo lo explica la comadrona: *“En veces hay personas que cuando buscan a la comadrona ya tienen 7 meses, ya para una señora que ya ha tenido 3 hijos no es problema, tal vez ya solo le va a tocar una vacuna, per o el más primer o ese es el que más cuesta, sí porque la comadrona tiene mayor compromiso, sí.”* (Grupo Focal No.1)
- c) El control prenatal por un médico o por el sistema médico hegemónico: Todas las comadronas en Guatemala tienen la obliga-

---

6. En el caso que la residencia de la familia no es patrilocal.



ción de mandar a sus pacientes al control prenatal proporcionado por los puestos y centros de salud, aunque el parto ocurra en su domicilio. Dicha obligación es uno de los puntos en los que más se insiste en las capacitaciones y recapitaciones que se les dan, porque es la única forma en que el centro de salud tiene el control de las mujeres embarazadas del municipio. Las comadronas han aceptado dicha responsabilidad, pero se encuentran con casos en que algunas mujeres se niegan a ir al control prenatal: *“Hay unas también que ya no quieren vacuna y ya tienen 7 u 8 meses, no quieren ninguna vacuna, no quieren ningún control, como se le manda, pues ya solo una vacuna se logran poner”* (Grupo Focal No.1)

- d) Las visitas y sobadas a la embarazada. Las mujeres por tradición recurren primero a la comadrona para que ésta las “sobe” y también para que les atienda algunas otras molestias causadas por el embarazo. A partir de que la mujer hace la primera visita a su comadrona para comunicarle que está embarazada, ésta comenzará a visitarla frecuentemente para “sobarla” y verificar la posición del feto.

Algunas comadronas realizan la visita mensualmente, mientras que otras lo hacen cada 15 días. Cuando se aproxima la posible fecha, las comadronas más viejas y tradicionales explicaron que lo hacen cuando la luna está tierna (en cuarto creciente); *“También nosotros lo hacemos por que cada mes, nosotros no es por mes, sino que es por la luna, cuando la luna está todavía tierna, cuando le sobamos. –Puede cuando la luna está tierna, tierna todo, sea palo, sea una enferma, tierna todo, así con ese día es bueno para arreglar.”* (Grupo Focal No.1). La frecuencia con que las comadronas hacen las visitas a las futuras madres depende del desarrollo del embarazo; en el último mes se acrecientan las inspecciones: *“...y ahora tengo a 3 señoras que se van a componer , llego con ellas cada 15 días a visitarlas”* (Comadrona No.14)

La sobada es una técnica aplicada por todas las comadronas en Guatemala, dicha terapia identifica la especialización de un terapeuta tradicional en el área mesoamericana. Atender partos y proporcionar “sobadas” son las actividades fundamentales que identifican a este grupo de mujeres.

Esa técnica, es un legado que se transmite a la hora de heredar el cargo; en casi todos los testimonios de las comadronas entrevistadas en Rabinal dijeron aprender de su madre, abuela, tía, o de otra comadrona a “cortar el cordón umbilical” y a “sobar”. Como se puede observar en el cuadro No. 18<sup>7</sup>, la mayoría de las comadronas han aprendido de otras mujeres.

Las comadronas soban a todo tipo de personas: niños, adultos, hombres y mujeres. Y “la sobada” es una terapia para un sinfín de padecimientos; soban para calmar el alboroto de lombrices: *“No hay pastillas, lo único que vamos hacer , lo que damos, es el apazote que si le duele su estómago vamos a traer apazote con un poquito de sebo y vamos a sobar, vamos a sobar, vamos a sobar, sobar, sobar, y con ajo un su huevo y se quita, si es lombriz se quita.”* (Comadrona No. 24), para calmar diversos dolores: cintura, tobillos, cabeza; *“Yo le hice un masaje, yo le eché un poco de remedio porque se cayó, le eché una pomada que compré yo en Xela (la enseñó). Eso sí quita el dolor de cabeza, tos, dolor de cintura, de dolor de piel todo se quita, ese es el remedio. No da de beber , solo sobada.”* (Comadrona No.10), soban a los niños cuando tienen mal de ojo *“lo mando buscar con las personas, si está mal el muchachito, le digo compre de esto y ya vengo a curar al rato, lo vengo a sobar; le voy a dar unas sus 4 cucharadas, nada más y bien sobado.”* (Comadrona No.26) y para curar otros padecimientos: *“Yo le hice su remedio y le froté tres veces, bien frotado y le hice una su botella de remedio y le dí; entonces a los 2 meses quedó embarazada y se le logró el niño, ya no se le vino. Yo sólo plantas medicinales, de la farmacia no uso, uso pero el polvo de ruibarbo que le dicen, ese es el que compro en la farmacia y de allí sólo son plantas.”* (Comadrona No.3). *“De alguna caída que se haya descuidado el tobillo o desviado la cintura o cuando padecen de mucho dolor de cabeza ”.* (Comadrona No.10)

Los materiales que se utilizan para sobar se escogen dependiendo del tipo de padecimiento que presente el enfermo, pero su uso también responde a la dualidad maya frío-caliente, porque hay pomadas que son frescas como la pomada Ignacia. Sin embargo los

---

7. Cuadro que corresponde al capítulo número 5.

balsámicos casi siempre son “calientes”. También utilizan muchas veces aceites de diversas clases: aceite nervino, aceite de oliva, aceite francés, aceite contra, etc.: *“Yo no compro mucho, lo único que compro es aceite de ruda, aceite francés y aceite contra, nada más. Aceite contra, aceite francés y aceite de ruda, por que aceite de ruda es igual como ha sembrado, hay que buscar un poco para calentura y para todo.”* (Comadrona No.26)

- e) La atención de los abortos: Las comadronas explican que cuando una mujer comienza con dolores antes de los 9 meses, lo que se hace es referir a las mujeres al centro de salud u hospital, porque ellas no tienen los instrumentos adecuados para poderlas atender en las comunidades. Sin embargo en algunas ocasiones cuando el bebé “se desprende de repente”, las parteras se encargan de atender a las madres que comienzan con amenazas de aborto por diversos motivos, esta atención la proporcionan las comadronas mientras las mujeres se recuperan y tienen fuerzas para llegar al centro de salud del pueblo o al hospital en Salamá. También explican que cuando no se queda ningún residuo en la matriz no hay problema, pero hay casos en que las mujeres se agravan; *“...a mí me ha pasado, me pasó un aborto y dos abortos he tenido, mi primer aborto, entonces como mi suegra era mi comadrona, entonces mi suegra me atendió, entonces como ella, ya pasó el aborto, ya me dio sólo remedios calientes. Con mi segundo aborto, eso sí tenía 4 meses pero eso sí estuvo más alagado, me daba remedio, pero ya no pudo hacer nada mi suegra, porque ya estaba muy grave, como son de 4 meses ya tenía la formita el niño, solo me fajó ella y me dio el remedio, pero no aguanté, porque dice que se me quedó algo adentro, se me hinchó y casi yo ya tenía fiebre cuando me recibieron en el centro de salud, allí ya no pudieron hacer nada, me mandaron al hospital de Salamá, allí mismo me arreglaron.”* (Grupo Focal No.2)

Al término de los nueve meses, las comadronas están listas para que en determinando momento del día venga a su casa la noticia de que alguna de sus pacientes ha comenzado con los dolores del parto, en dicho momento algunas comadronas ofrecen candelas a la Virgen antes de salir de su casa. El parto ocurre en la casa de la parturienta, esporádicamente el parto puede ser en la casa de la comadrona o en el centro de salud cuando la comadrona sabe que será un parto que ella no puede atender.

En el momento del parto siempre hay familiares, generalmente está el marido, la suegra o la madre, ellos colaboran dándole agua a la parturienta, alcanzan algunos trapos y a veces sostienen a la parturienta, muy pocas comadronas dijeron que son ellas quienes le indican a la madre qué posición tomar para dar a luz, lo usual es que la madre decida la posición.

Respecto a la posición que la mujer utiliza para dar a luz se recolectó alguna información. La intención de presentar los datos es para demostrar cómo la capacitación que proporciona el sector salud en Rabinal va en contra de la cosmovisión achí y también para evidenciar como el papel hegemónico de la bio-medicina impone en sus terapias. Obsérvese en los cuadros 24 y 25 cómo la posición hincada y el criterio de la parturienta son las tendencias tradicionales.

**Cuadro 24**  
**Cómo atiende a las embarazadas**

Posición	F	%
Hincada	9	36
Acostada	3	12
Las dos formas anteriores	2	8
Embarazada decide	9	36
Sentada sostenida del marido	1	4
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100</b>

Véase en el cuadro 25 los datos sobre la posición que utilizan las primigestas, en dicho caso la terapia biomédica está ganando espacios a la tendencia tradicional.

**Cuadro 25**  
**Posición utilizada por primigestas**

Posición	F	%
Hincada	9	36
Acostada	8	32
Embarazada decide	5	20
No atiende primerizas	3	12
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100</b>

En el cuadro 26 se puede apreciar cómo ese proceso se verifica debido a la capacitación impartida por los servicios de salud.

Veáse la cuarta columna en la cual las respuestas han sido agrupadas por tendencias, se puede decir que el 20% de las comadronas dieron respuestas lógicas para explicar por qué atienden el parto acostadas, mientras que casi la mitad (48%) de las comadronas aducen razones de imposición y tendencias que miran así la medicalización del parto.

**Cuadro 26**  
**Razones del cambio de hincada a acostada**

Razón	Total	%	
El niño puede ahogarse	1	4	20
Mujeres de edad avanzada, no aguantan hincadas	1	4	
Las mujeres tienen más orientación	1	4	
El tiempo cambia	2	8	
En el centro de salud utilizan esa posición	4	16	48
Así explican en las capacitaciones	3	12	
El doctor dice que así tiene que ser	2	8	
Es más fácil para la comadrona	3	12	
Se acostumbran acostadas	1	4	4
Mayoría continúa teniendo a sus hijos hincadas	4	16	16
Se perdió información	3	12	12
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Debido a que las comadronas no utilizan técnicas quirúrgicas en el parto, ellas tienen muchos cuidados para evitar que las madres se rasguen: *“Lo que yo procuré en ese parto fue de que no se me rasgara, entonces le puse un pañuelo helado, pero cuidándola y con la otra mano recibiendo a la nena, porque cada dolor es una vueltecita que van dando y así van bajando, por eso no todos vienen en la misma posición”*. (Comadrona No. 9)

Una de las actividades más importantes del parto es el momento en que se corta el cordón umbilical, ya que éste es un legado que también se aprende generalmente de una pariente que es comadrona:

Después de ocurrido el nacimiento, la comadrona recibe al niño y utiliza diversos instrumentos para cortar el cordón umbilical; puede utilizar tijeras previamente “cocidas y hervidas” o una hoja de afeitar nueva. *“...la señora ya merito estaba, heróí la gillete, eché un poco de alcohol al agua y le dije al*

*señor si ya está hiviendo el agua haga favor de sacármela, mientras que yo estuve con la señora, cuando la señora se compuso ya lo arreglé, mi primera experiencia fue con una señorita y además no lo corté con tijera sino con gilette.” (Comadrona No.7)*

Una práctica muy común de las comadronas es provocar el vómito a una mujer parturienta para que con la fuerza expulse la matriz. *“Yo no lo he hecho, pero sí me han dicho, van a traer una pluma de las gallinas dicen y lo sacan y ponen aquí para que salga dicen, ¡je, je je!, pero eso no lo he hecho yo, para que voy a decir mentiras eso es pecado.” (Comadrona No.11)*

Las comadronas tienen muy presente en su memoria los partos difíciles que les ha tocado atender: *“No podía nacer por que su cordón estaba cruzado, ha pasado en su brazo y en su pie, no deja nacer el niño, entonces yo empecé a romper para que pueda nacer, pero cuando nació estaba para morir porque sufrió mucho y no podía respirar, porque su nariz estaba bien tapada, estaba bien rojo y caliente. Lo que hice yo, empecé a soplar su oído, su nariz para que pudiera respirar y fui a traer una pomada y lo sobé bien en su nariz y por la gracia de Dios que el niño no se murió, todavía logré su vida.” (Comadrona No.19)*

Al terminar el trabajo de parto es la comadrona quien se encarga de atender al niño y de limpiarlo. El marido o esposo de la parturienta es el encargado de ir a enterrar la matriz.

Una de las finalidades de la comadrona es advertir sobre el período de abstinencia post-parto “dieta” que debe guardar la pareja, primordialmente cuando una pareja tiene su primer bebé. Las comadronas valoran mucho esa plática porque el éxito de recuperación de la mujer depende también de ese período de cuarentena: *“Tuvo su primer bebé y la costumbre de nosotros cuando atendemos primer parto llamamos al esposo que sesiente y le entregamos a la paciente bien atendida y como es el último día nos pagan y yo le dije al esposo: –Aquí te entrego la muchacha y bien cuidado el niño, también entonces su dieta es de 45 días (abstinencia sexual) porque así nos han dicho en el centro de salud, tienes que respetarla, no va a tocar, de una vez decimos porque si pasa algo no nos echan la culpa a nosotras. Cuando ya tiene 15 días ya puede tortear pero no puede levantar cosas pesadas.” (Comadrona No. 15).* Esta función que tiene la comadrona también refuerza su papel de terapeuta tradicional, en el sentido que da consejos y guía el comportamiento social que se espera tengan la pareja que acaba de ser padres *“le llamé al muchacho y los senté, su mamá y yo, y les dije es primer familia entonces va a guardar dieta tu mujer, entonces dos mes de dieta, le vas a comprar su alimento, ya vas a poner todo y*

*vas a guardar dieta, porque si no van a guardar dieta, entonces tal vez ustedes me van a echar la culpa, por que la señora Doña Marcela no arregló bien a su enfermo, no lo fajó, bien, no lo sobó bien y yo lo arreglé bien y la sobé bien, todo su estómago estaba en su lugar, la boca del estómago estaba en su lugar, pero como usted no va a guardar su dieta, le va a ir más peor y tiene que guardar dieta el señoreso les dije yo. 40 días, pero es más mejor que los dos meses, sale una mujer, una patoja bien guapa, que come bien así les dije yo.” (Comadrona No.13)*

Algunos de los partos presentan complicaciones; es por ello que todas las comadronas están consientes que al cabo de un largo período de trabajo de parto, la mujer tiene que ser remitida al centro de salud del pueblo o al hospital de Salamá. Hay ocasiones en que el niño nace muerto o muere después de su nacimiento; *“Pero cuando nació su bebé ya estaba muerto, su cabeza estaba partida en 3 pedazos porque la señora se cayó cuando estaba embarazada todavía. Lo que yo hice es de que recibí el niño, lo bañé y le puse su mortaja, lo puse en su caja al siguiente día fuer on a enterrar. Después hice una sobada a su mamá por que sufrió mucho.” (Grupo Focal No.2).* Cuando eso sucede es la comadrona quien se encarga de bañarlo, limpiarlo y vestirlo para su entierro; aunque esto suceda, ella debe encargarse de atender a la madre. Es por ello también que la presencia de los familiares en el parto es indispensable para que ellos observen todo el proceso y en caso de que el niño muera ellos puedan afrontar esa situación. La muerte de un niño recién nacido no se percibe en forma caótica entre los achí de Rabinal.

Las parteras en Rabinal toman sus precauciones, principalmente con los abortos porque en algunos casos las madres mueren y la falta de la madre en un hogar numeroso sí es un gran problema y se percibe como una gran pérdida en comparación con la muerte de un recién nacido. A continuación el testimonio de una comadrona que atendió un parto en que el niño nace muerto: *“La madre ninguna se me ha muerto, pero el niño sí, hay niños cuando nace ya está muerto, y hay niños cuando viene un ratito vivo y ya está muerto. Entonces vamos a bañar vamos a limpiar, le vamos a vestir y otro día a enterrar”.* (Grupo focal No.1)

El número de partos que las comadronas atienden cada mes depende mucho de la demanda que tiene la comadrona en la aldea o caserío, es por ello que algunas tienen más demanda en comparación con otras, veamos la información en el cuadro 27.

**Cuadro 27**  
**Número de partos atendidos en el mes**

No. de partos	F	%
1	2	8
2 - 4	11	44
10-15	2	8
15-20	1	4
Otra frecuencia reportada*	2	12
Ya no atiende partos**	5	20
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100</b>

\* Otras comadronas reportaron frecuencias diferentes como: de 1 a 2 embarazos en el año, 1 embarazo cada dos meses.

\*\* Las comadronas dijeron no atender partos porque: estaban muy ancianas, las mujeres embarazadas no las han llegado a buscar o bien las madres deciden ir a tener su bebé al centro de salud y éstas se encargan de lavar la ropa a las mujeres.

La frecuencia de la atención de partos por parte de las comadronas en el mes, nos da información sobre un porcentaje de actividad en el oficio que corresponde al 80%, por otro lado se puede decir que más de la mitad (60%) atienden de 1 a 5 partos en el mes, una minoría (12%) atiende de 10 a 20 partos en el mes, de esta información se puede interpretar lo siguiente: El oficio de comadrona en Rabinal no es una actividad que represente un ingreso mensual, ya que la mayoría de ellas aunque atiende uno o cinco partos durante el mes, el pago en algunas ocasiones puede ser en especie. Por otro lado el pago que se da como producto de una consulta se entiende más en términos de reciprocidad por el tiempo dedicado a la persona que se cura, como lo explica una comadrona: *“Lástima porque yo que hago mi remedio, fíjese que yo lo hago todo, yo hoy nosacudí, yo curo a toda la gente y salgo, pero la gente no me paga mucho, todo lo hago, hay veces que me dan 10, que 5 quetzalitos y un doctor fíjese que lo va hacer así con su hoja, 20 quetzales y no da remedio, no da nada, solo apunta y vaya a comprar usted con su dinero, pero yo lástima, porque no tengoni un centavo, no tengo ni un sueldo, yo mire estoy aquí en mi casa, que es humilde, no tengo más, tengo talvez un mi suéter, entonces talvez que viene un niño y me caen unos mis 5 ó 10 quetzales, y esa enfermedad de eso fíjese.”* (Comadrona No. 13)

Después de ocurrido el parto, al siguiente día, la comadrona regresará de nuevo a la casa de la parturienta para realizar el lavado de la ropa, el primer almuerzo de la parturienta; *“Lo único que se les da es un su caldo de gallina, bien caliente, con eso se baja la leche.”* (Comadrona No. 22), Y continuará



llegando diariamente hasta un máximo de 8 a 15 días para continuar lavando la ropa, bañarse a la mujer recién parida y al niño recién nacido. En las visitas diarias que la comadrona continúa haciendo revisa cómo está el ombligo del recién nacido, si ya le ha bajado la leche a la madre, de no ser así ella realizará algunas sobadas para que la leche baje. Bañará a la madre y al niño. Soba a la madre para colocarle la faja. *“De 5 días, de 4 días, para el primer baño, y de 8 días, solo 2 veces vamos a bañar y ya estuvo, 2 veces se llega a lavar el nene, lavar a su mamá y lavar toda su ropa, solo eso vamos a llegar y preguntamos de nuevo si vengo de nuevo, entonces ellas dicen ya no, ya no venga, ya estuvo aquí. ¿ño llo por que ya me dijo que no.”* (Comadrona No. 24)

Una de las complicaciones en el período post-parto es la presencia de hemorragia, las comadronas explican que ésta se presenta por diversos motivos: no guardan la dieta: *“yo pregunté qué pasó y me dijeron que hicieron relación, entonces le dije que ya no me comprometo a curar porque ya te dije y te entregué bien atendida a la mujer y resultó que ustedes tuvieron la culpa. Y nosotras tenemos que regresar otra vez, eso sí, nos tienen que pagar por viaje, pero no es tanto lo que pedimos, sólo 30 quetzales (3.60 de dólar) por que llegamos 3 veces o sea 3 días seguidos.* (Comadrona No. 15) o por las duras tareas que realiza la mujer en el campo: *“... pero cuando ya tiene unos sus 15 días de haber nacido su criatura y tal vez se cayó. Eso ya hace 3 años, curé a una que era mi paciente y se cayó, hay en el patio donde los patojos tienen olote no sintió ella que se paró encima del olote y se resbaló,”* (Comadrona No. 16).

La hemorragia post-parto es un padecimiento que ésta relacionado con el complejo movida-caída de la matriz, la percepción de esta enfermedad está relacionada con la idea de la movilidad de los órganos entre las mujeres de Rabinal. En el capítulo siguiente existe todo un apartado que intenta explicar las lógicas y racionalidades de dicho padecimiento.

Según los datos de la última encuesta de salud materno-infantil el 47.5%<sup>8</sup> de los partos fueron atendidos por comadronas, el 37%<sup>9</sup> por médicos, el 10.2% por familiar, amigo, vecina y el 4.4% por enfermeras.

8. Encuesta Nacional de Salud Materno-Infantil 2002, los datos de la encuesta anterior son: 50% por comadronas, 36.9% por médicos, 7.3% por diversas personas, 3.7% por enfermeras ESMI 1998-1999.

9. A partir de esta nota todos los datos fueron tomados de la Encuesta Nacional de Salud Materno-Infantil 2002, a menos que se indique otra fuente.

Esa información también está disponible en la siguiente forma: el porcentaje de los partos atendidos en el área rural y por la comadrona corresponden al 55.4%. Entre población indígena los partos atendidos por comadrona, aumenta el porcentaje a un 63.7% y finalmente el porcentaje de atención de partos por comadronas a madres sin educación es de 60.7%. Las estadísticas demuestran el alto porcentaje de población rural, indígena y analfabeta atendida por las comadronas.

De acuerdo con estos porcentajes vemos la importancia que aún tiene el trabajo de la comadrona en el área rural guatemalteca. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en Guatemala entiende y restringe el trabajo de la comadrona al período pre-parto, parto y post-parto, en este sentido, el sector salud tiene un punto de vista sobre el trabajo que realiza ésta, bajo dicha óptica las comadronas<sup>10</sup> son trabajadoras comunitarias que integra el sector salud, y su trabajo se reduce y se limita a tres<sup>11</sup> actividades:

- A. Control y resolución del período pre-parto, parto y puerperio.
- B. Medio para recolectar y obtener datos sobre nacimientos en la comunidad.
- C. Inversión de tiempo en formación, debido a que deben capacitarse continuamente.

Si se evalúa la eficiencia y efectividad de las comadronas y de los guardianes de salud, en términos de inversión de recursos, resulta que para el sector salud, las comadronas son más efectivas y eficientes en comparación con los guardianes de salud porque la deserción en el grupo de comadronas no existe, mientras que en el grupo de los guardianes de salud los porcentajes de deserción son muy altos.<sup>12</sup>

---

10. En la reestructuración del SIAS, los dos tipos de trabajadores comunitarios que se incluyeron en el primer nivel de atención fueron las comadronas y los guardianes de salud. Estos últimos son una nueva forma de llamar a los antiguos promotores de salud rural en esa nueva reestructuración.

11. Para un mayor detalle de sus actividades se puede consultar la sección que se refiere a las responsabilidades de las comadronas en el SIAS.

12. Para más información consultar el estudio realizado por Ismael Díez en varios programas de salud rural que cuentan con un programa de capacitación para promotores de salud; consúltese en igual forma algunas tesis de la Universidad de San Carlos de Guatemala que han tratado la problemática de la deserción de los promotores de salud rural o guardianes de salud.

Los servicios de salud al reducir a tres las actividades y/o responsabilidades de las comadronas está desperdiciando los recursos que tiene la comadrona en la comunidad, ya que el oficio de comadrona en las comunidades cumple diversas funciones:

- Son mujeres que se les identifica fácilmente como prestadoras de servicios para la atención de padecimientos y enfermedades.
- Su sabiduría sobre plantas medicinales y remedios caseros contribuyen a salvaguardar la memoria histórica de la comunidad
- Confirman y mantienen un patrón hereditario, al heredar el cargo en vía matrilineal.
- Cohesionan la red social de la familia extensa.
- Atienden diversos padecimientos y enfermedades.

El trabajo que realizan las comadronas y demás terapeutas tradicionales en la comunidad no es válido para los servicios de salud estatales. Por ello, es necesario exponer la racionalidad que implica la búsqueda de la solución a los padecimientos entre terapeutas tradicionales y demás recursos y/o agentes de salud en Rabinal, el capítulo siguiente expone algunas de esas lógicas y racionalidades.

Ese mundo de acciones que la comadrona realiza en las aldeas y caseríos, que el sector salud no acepta como competencia de la atención en salud, tiene implicaciones vinculadas con el poder y el parentesco, con los valores, con la transmisión de la memoria colectiva. Se presentan los principales roles de las comadronas en las comunidades.

### **La heterogeneidad de las comadronas**

Es importante evidenciar que el trabajo de las comadronas en las comunidades no se restringe a la atención de los padecimientos y enfermedades pre-parto, parto y post-parto, sino que éstas atienden un sinnúmero más de padecimientos. Esto se explica en la función ancestral que tienen los terapeutas tradicionales del área mesoamericana. Tanto Graciela Freyermuth, como Elba Villatoro e Isabel Sucuquí explican que un terapeuta tradicional y en especial la partera desempeña varias especialidades, por ejemplo una mujer puede ser comadrona y hierbera, o comadrona, curandera y compone huesos.

Se pudieron localizar en Rabinal algunas comadronas que se especializan en el tratamiento de determinados males como: el mal de orín; *“Hay un mal de orín, o sea que cuando va a orinar uno siente mucho lo que hace y le duele. Ese solo con planta medicinal, el mal de orín lo que era antes hace como 14 años, ese es mi enfermedad. Yo curé a mis dos hermanos, me decía yo quieo tomar caliente, yo quiero tomar frío, ya no aguanto el mal de orín. El mal de orín hay que curar con 4 limones, y 4 tomates y dos cucharadas de azúcar y media cucharada de sal y un granito de cal con eso se quita. Le da a cualquiera”* (Comadrona No.10), la colocación de ventosas; *“Tenía reumatismo y tos, y le duele aquí en la cintura, de la cintura, entonces solo las ventosas puse y se le quitó, como dice él.”* (Comadrona No. 16). Sin embargo, una condición de todas las parteras en Rabinal es el uso de la técnica “sobada”, todas ellas manejan la técnica y si en Guatemala no se utilizara el nombre de “comadrona” para designar a estas mujeres, muy bien podría llamárseles “sobadoras”.

La percepción sobre la atención de padecimientos se relaciona a la dualidad fertilidad-infertilidad, es así como una comadrona además de atender todo lo relacionado con el período pre, parto y post también atiende problemas relacionados con la infertilidad: *“Yo le hice su remedio y le froté tres veces, bien frotado y le hice una su botella de remedio y le dí, entonces a los 2 meses quedó embarazada y se le logró el niño ya no se le vino. Yo solo uso plantas medicinales, de la farmacia no uso, uso pero el polvo de ribarvo (ruibarbo) que le dicen, ese es el que compro en la farmacia y de ahí solo son plantas.”* (Comadrona No. 3)



**Foto 12:** Comadrona dibuja en la silueta, la movida-caída de la matriz

Las comadronas también se dedican a curar a niños, en su mayoría son niños menores de cinco años; *“Cuando yo curo a niños llevo a diario con ellos para hacerle baño 3 días seguido, hasta que el niño se cura y ya puede tomar cualquier cosa y puede comer bien”* (Comadrona No. 19). Las comadronas atienden diversos padecimientos como: asientos, lombrices, diarrea, alboroto de lombrices, niños ojeados, niños con tos<sup>13</sup>. Algunas explicaron su rutina respecto de la atención en niños: *“Yo he curado cientos de niños, allí están apuntados en un libro. Porque hay días en que me llegaban hasta 10 niños a la casa, de muerte, de asientos, de vómitos, de calentura, y yo los curaba con montes, con esos jarabes que hago y al otro día ya me los traían curados, cuando vienen a mí me conocen los niños y cuando vienen ya vienen mirándome con miedo porque va hacer los mismos remedios, aliviados llegan.”* (Comadrona No. 27)

La atención de determinados males entre los jóvenes es también una ocupación de las comadronas, con ello se quiere demostrar que atiende un sinnúmero de padecimientos y no los que se restringen a las mujeres, sino que la práctica se da entre niños, adolescentes y adultos. Una particularidad de los achís es que los adolescentes padecen determinadas enfermedades, las cuales son atendidas por comadronas:

Adolescente de 15 años con cólicos: *“Hace poco una señora llegó, su niño tenía cólico, estaba con un dolor es que el niño ya no se podía levantar, el niño se quedó agachado porque con el dolor ya no quería enderezarse, la señora me dijo que ella se había fijado que tenés plantas medicinales, dame algo para mi niño, porque mi hijo se me va a morir, ya es grande el niño tenía como 15 años. Mira le dije lo único que tengo yo para cólicos es pericón le dije, pericón con enel noj, eso cocela y dásela con eso se cura y ¡gracias a Dios con eso se curó!”. (Comadrona No.7)*

Joven de 16 años, en este joven se reportan varios males, y no una enfermedad específica: *“Como juegan mucha pelota y se caen y se resbalan así, que los testículos ya son como los de un hombre, ya muy grandey su cuerpo también y a cada rato orina, a cada rato orina, y ya le duele aquí y me vino hablar y lo voy arreglar sí. Aquí le duele en el pie, le duele como que es espina dice. Y o no le di*

---

13. Puede consultarse el anexo titulado “Remedios caseros”, para que el lector tenga una idea sobre los diversos padecimientos que atiende la comadrona.

*nada de tomar, solo eso tenía, solo lo sobé nada más y con eso estaba bueno.*"  
(Comadrona No. 13)

Algunas comadronas atienden determinados males entre los hombres, por ejemplo los que se refieren a los testículos y a las hernias. La enfermedad, llamada hernia se relaciona con el mal de la movida-caída de la matriz que se da entre las mujeres, aunque la información que se recolectó sobre las representaciones del cuerpo, no indica que exista un órgano llamado matriz entre los hombres, sin embargo sí existe una tendencia en relacionar el mal de las hernias entre hombres con el padecimiento movida-caída de la matriz en las mujeres: *"Los hombres cuando se les cae la matriz se les hincha sus testículos y les duele, entonces yo lo sobé bien y cuando se ponen suaves sus testículos es porque ya subió en su lugar y se toca cuando se siente una chibola más arriba es por que ya se arr egló. Per o a los hombr es se les soba con pomada Ignacia, en cambio a las mujeres se les soba con balsámico porque es caliente."* (Comadrona No. 19)

Queda demostrado cómo las comadronas en Rabinal atienden un sinnúmero de padecimientos en hombres, mujeres, niños, jóvenes, adultos y ancianos.

### **Las acciones de las comadronas**

A lo largo del capítulo se ha presentado la diversidad de actividades que realizan las comadronas en Rabinal, es así como sus actuales actividades responden a dos hechos diferentes: la demanda de atención y la imposición de actividades por parte del sector salud. Pero a la vez estos dos hechos han repercutido en el doble rol que tiene la figura de la partera; uno referente a la atención del período pre, parto y post y el otro concerniente a su función de terapeuta tradicional.

El proceso de aprendizaje de una comadrona refleja en parte ese doble rol que tienen. Ya que el primer proceso de aprendizaje se hace en el círculo familiar y proviene de la línea matrilineal en donde se manifiesta toda la racionalidad de los terapeutas tradicionales. Ese proceso de aprendizaje debe ser consolidado y reconocido por el sector salud para fortalecer la jerarquía social de los terapeutas tradicionales que en la actualidad buscan nuevos mecanismos de control. El segundo proceso de

aprendizaje para la comadrona es la capacitación que imparte el sector salud por medio de las organizaciones no gubernamentales y en los centros de salud.

El sector salud reconoce algunos de los conocimientos que las comadronas tienen en ese primer proceso de aprendizaje; la experiencia de esas mujeres en la atención de los partos, en otras palabras el manejo de la técnica, sin embargo no acepta todo lo concerniente a la significación de parir entre los grupos étnicos de Guatemala.

Como se expone a lo largo del capítulo, el oficio de la partería está relacionado con dos racionalidades que provienen de dos procesos tecnológicos muy diferentes. Una racionalidad étnica basada en: la magia, la herbolaria, la adivinación, la “sobadas” y algunos fármacos que han sido tomados de la práctica biomédica. Y otra racionalidad biomédica basada en el proceso tecnológico y científico de occidente. Mientras que la racionalidad étnica se ha transformado y busca cómo articularse primordialmente con el uso de terapias y fármacos provenientes de la biomedicina, por otro lado el sector salud hegemónico ha tenido una actitud más conservadora e impositiva respecto a la racionalidad étnica utilizada por las comadronas.

Alrededor del período pre, parto y post la comadrona juega un papel determinante en los dos mundos en que se mueve dicho personaje. Para el sector salud es quien localiza y da seguimiento a mujeres embarazadas y atiende partos sin complicaciones, sin embargo para el mundo de las prácticas, saberes e ideologías de los conjuntos sociales es el personaje que en primera instancia acompaña a la embarazada durante un período que va de los 3 meses a los 9 proporcionándole a la embarazada masajes, atención personalizada con base a remedios caseros, atención del parto y post-parto, baña a la recién parida y al recién nacido, lava la ropa, prepara remedios caseros, etc.

El oficio de comadrona refleja una perfecta inserción de la articulación entre la bio-medicina y los saberes, prácticas e ideologías de los conjuntos sociales, sin embargo la medicina hegemónica permite y fomenta esa articulación solamente para el período pre, parto y post, para la atención de otros padecimientos o enfermedades proporcionados por comadronas, éstas son descalificadas y despreciadas ante los ojos de

médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, etc. Debido al tan arraigado uso de la técnica “sobar” durante el pre-parto y post-parto entre la población guatemalteca, se puede decir que no desaparecerá el uso de las comadronas en un futuro cuando Guatemala tenga una cobertura hospitalaria de todos los partos ocurridos.

Sin embargo respecto a los padecimientos y enfermedades que atienden las comadronas, sean competencia de una racionalidad biomédica o no, son temas que nunca son abordados durante las capacitaciones a comadronas, se sugiere al sector salud que debido a que las comadronas tratan diversos padecimientos y enfermedades éstas también deberían ser capacitadas respecto de dichos temas para lograr una verdadera articulación entre las diversas formas de atención que demanda la población guatemalteca.

Finalmente, el sector salud debe cambiar su actitud respecto del trabajo de la comadrona, muchos supuestos de la llamada medicina preventiva deben cambiar para poderse articular con esa otra racionalidad étnica que ha perdurado en Guatemala por más de quinientos años, para poder mejorar la salud de todo el país.





## CAPÍTULO 7

### LAS TERAPIAS: RACIONALIDAD Y EFICACIA

A lo largo del capítulo se presentarán tres terapias aplicadas por las comadronas de Rabinal, la intención del mismo es contextualizar la lógica, eficacia y racionalidad aplicada por éstas para el uso de plantas medicinales con base en los remedios caseros, el padecimiento llamado “mal de ojo”, la enfermedad “movida-caída de la matriz” y el “pujido” son tratados en base a determinadas representaciones. El uso de las distintas terapias se explican en la conducta pluralística de este tipo de terapeutas tradicionales, sin embargo la intención es ejemplificar algunos elementos de articulación entre diferentes modelos o formas de atender el proceso salud/enfermedad/atención.

Carlos Viesca, connotado académico e investigador de la Facultad de Medicina de la UNAM en el prólogo del libro de Paul Hersch Martínez explica acertadamente lo siguiente: “La validez de cualquier método empírico se deriva entonces de la racionalidad que le es intrínseca, resultando así que, en primer término no hay uno, sino una infinita posibilidad de métodos empíricos, de los que al final de cuentas el experimental es uno, debiéndose también ser tomada en cuenta toda una serie de racionalidades, las cuales representan la gama de posibilidades con que el pensamiento humano ha tratado y trata de aprender la realidad” (Hersch:2000:13).

En este pequeño apartado se intenta discutir una posible validez de la memoria colectiva que se manifiesta en los saberes populares respecto a la existencia de diferentes eficacias y racionalidades, que son acompañadas de todo un proceso de exclusión de una sola forma de entender la cultura “el occidente”.

Para comenzar es necesario explicar el proceso histórico en el cual la flora medicinal comienza a ser excluida de las terapias aplicadas por farmacéuticos y médicos<sup>1</sup>. Ese proceso comienza en el siglo XIX con el desarrollo de las ciencias naturales, cuando se da un cambio respecto de la orientación de la farmacopea hacia el ámbito fisiológico, es a partir del descubrimiento de la síntesis química y su constitución molecular cuando el médico desarrolla una confianza ciega en el medicamento y una indiferencia hacia los preparados con las plantas produciendo así un enfrentamiento entre los productos sintéticos y los remedios caseros.

Se da un cambio cualitativo entre la industria farmacéutica y el mundo médico al establecerse una relación entre la constitución química y la acción fisiológica de los medicamentos sintéticos, de esta cuenta se da un abandono de la eficacia de la flora hacia los nuevos fármacos de principios activos.

Dicho proceso histórico está acompañado de todo un proceso de exclusión de los diversos recursos utilizados por los conjuntos sociales y de una cultura dominada, no se excluye la planta sino la cultura, un ejemplo de ello en Guatemala es toda la producción científica alrededor de las plantas medicinales en la facultad de Ciencias Químicas y Farmacia de la Universidad de San Carlos de Guatemala, las publicaciones respecto de la temática son impresionantes, pero todas se ocupan de la planta y no del contexto cultural que acompaña a dicha planta.

En ese proceso de exclusión recién empieza un espacio de aceptación de ese saber, siempre y cuando se someta a ensayos clínicos, sin embargo es importante mencionar que este tipo de estudios resultan imposibles en países con pocos fondos de investigación, ya que éstos son muy honorosos porque requieren de médico, hospital, protocolo y comité de ética.

Acompaña a todo ese proceso de exclusión otro importante factor: las plantas medicinales no son susceptibles de patente, no existe por ello un proceso legislativo que pueda favorecer un mercantilismo de los remedios caseros y plantas medicinales.

---

1. Todo el presente apartado se basa en el capítulo uno del libro *Plantas medicinales: relato de una posibilidad confiscada*, de Paul Hersh Martínez.

Uno de los criterios más importantes para entender la diversidad cultural es la aceptación de distintos tipos de eficacias, para fines del presente capítulo se explican algunas:

La eficacia empírica: Es fuente de pistas experimentales y base de muchos procesos sintéticos, se caracteriza por: una manipulación casera, cocciones y visitas a puestos de herbolaria.

La eficacia pragmática de la bio-medicina o de los medicamentos de síntesis: Se basan en el método experimental y se caracteriza por: una dosificabilidad, inmediatez del efecto pretendido, capacidad probada, manejo práctico y estandarización de los tratamientos.

A partir de estas eficacias se traducen también dos diferentes racionalidades. Una que es totalizadora, holística y relacional que se basa en procesos de cocción, dosificación y combinación de plantas en remedios caseros que no coincide con la racionalidad del atomismo y la visión posicional de la ciencia occidental.

De esta cuenta, el biologismo y el positivismo se basan en el cartesianismo y mecanicismo, ya que necesitan una explicación posicional más que relacional. La medicina y las ciencias naturales tienen una concepción del cuerpo humano como una máquina y una visión mecanicista de la vida, ya que provienen de un pensamiento cartesiano.

La lógica biomédica se entiende como: “la reducción de los fenómenos moleculares para encontrar el mecanismo central del problema entendido ese mecanismo se soluciona por medio de un fármaco, que es obtenido de otro proceso orgánico que representa a un principio activo” Capra, citado por Hersch (2000:88).

Las tres temáticas que se presentan a continuación se analizan en los parámetros de una racionalidad holística y relacional, válida para los conjuntos sociales que históricamente han sido excluidos de una sola forma de ver el mundo: la occidental.

El saber empírico es un saber legítimo que no se ha sometido a un recurso experimental, y tampoco se ha demostrado que no sirva, por ello la insuficiente investigación clínica de los recursos vegetales se traduce en su carencia de legitimación científica.

## Recursos terapéuticos utilizados por las comadronas

En un principio es necesario definir y entender la herbolaria como: La interpretación que da coherencia al uso popular de las plantas medicinales<sup>2</sup>. Dicho término es poco utilizado en Guatemala, sin embargo para entender mejor las terapias aplicadas por los terapeutas tradicionales, el uso del término debe fomentarse principalmente en los ámbitos de la bio-medicina académica, ya que es excluida por diversas razones como: “La dosificación precisa y fácil de los productos sintéticos en comparación con los productos de origen natural cuya composición es insuficientemente conocida, el estado empírico del cultivo de las plantas medicinales y la carencia de estudios rigurosos de las condiciones necesarias para su producción, la hegemonía del modelo bio-médico que provoca una exclusión de saberes que no provienen y encajan de una racionalidad positivista” (Hersch: 2000:70-72)

Las terapias utilizadas por las comadronas deben entenderse en una lógica y racionalidad muy diferente a la biomédica, las terapias parten de un conocimiento basado en la memoria colectiva explicable en términos de un empirismo, que no ha sido validado en los parámetros de la científicidad, de acuerdo con Hersch, éste entiende dicha situación como el dominio del principio activo molecular sobre el extracto total de la planta.<sup>3</sup>

A lo largo del trabajo de campo se identificaron varias terapias y tratamientos aplicados por comadronas. Se identificaron cinco terapias: “la sobada”, “los baños de plantas medicinales”, “el sahumerio”, “el colgar de pies a las personas” y “el vómito”.

Debido a la racionalidad y lógica que tiene cada una de las terapias aplicadas por las comadronas, a continuación se analizan algunas de ellas.

*Los baños.* Éstos son muy utilizados por las comadronas y se diferencian del baño diario y normal porque al agua se le agrega plantas medicinales; “*entonces yo acostumbro a bañarlos con hoja de Santo Domingo, Siguapate, Suquinay, cogollitos de pino y un mirasolito y pongo a borbotar , lo pongo a hervir y hoja de mango, un cogollito de mango, y un cogollito de guayaba,*

---

2. Para más detalle sobre el término consultar a Paul Hersch.

3. Consultar la propuesta entre bio-medicina y farmacoterapia, pags.80-89.

*un cogollito de jocote que hierva junto todo, una ramita de limón, una de naranja, una ramita de ruda, albahaca y les hago los baños”* (Comadrona No.26), las plantas que se escogen y se utilizan para los baños dependen del padecimiento o de la enfermedad del paciente, como se explica en el testimonio siguiente: *“También la sábila es buena para bañar, se baña en sábila, se echa en el agua y así va a quitar la hinchazón.”* (Comadrona No.23), *“La chilca, ruda, un poco de ajo también y un tronco que le dicen tronco de pura, eso es para bañar, para que no se ojeen dicen, dicen que es el tratamiento para que no se ojeen.”* (Comadrona No.11)

Para aplicar una terapia a base de baños es necesario el conocimiento de dos procesos diferentes: “el cocido” y “el apagado”. Las parteras explicaron que las plantas medicinales que son duras deben cocerse, por ello deben hervir bastante tiempo para que se cosan y así poder aprovechar al máximo su esencia, también explicaron que éstas no son plantas aromáticas, puesto que éstas rápidamente pierden su esencia; *“Pues fíjese que el cocido es esa planta que le dije, el mango, la guayaba, la canela es cocido porque están duros.”* (Comadrona No.25), *“Así como la hoja de mango hay que cocer, hoja de guayaba hay que cocer porque pongamos el mango está duro la hoja.”* (Comadrona No.26).

El apagado: Las plantas medicinales a las que se aplica un cocimiento de esta naturaleza se debe a que son aromáticas y pierden rápidamente su esencia. Los testimonios siguientes explican la diferencia entre apagado y cocido: *“El que va apagado porque ya... Como dicen que ya vota, ya vota el remedio que tienen sí, y el cocido por que es duro, en cambio ese no por que así es.”* (Comadrona No. 11), *“Porque el que es apagado es por su aroma, para que no pierda, el que es cocido porque no es aromático.”* (Comadrona No. 25)

De acuerdo a dichos procesos y al padecimiento de la persona, las plantas medicinales se apagan en el fuego o se dejan cocer por un tiempo determinado, de acuerdo a la experiencia y manejo de plantas medicinales es la comadrona quien decide la terapia a utilizar.

Otro factor determinante es el tipo de padecimiento u ocasión en que se hace el baño. Se aplican baños para reducir inflamaciones: *“Hay un muchacho allá que lo curé. Me fueron avisar, nana dice que allá hay un muchacho, que si me hace favor de ir a curarlo, lo llevamos con un curandero, pero ahora otra vez está mal y como que son dos tamales tiene la canilla. Entonces yo lo fui a curar*

*y con los pur os baños lo curé, solo baños le hice yo, y le hice un su r remedio con curarine también, un poquito de curarine, curafiebre, solo un poco, no mucho, un su traguito con café, eso le di. Lo estuve curando y ahora ya está bueno.”* (Comadrona No. 23), para infecciones urinarias: *“Se le hace tratamiento también, a la persona que resulta con infección del ovario, infección intestinal, cuando solo molesta el mal de orín, eso es lo que cura ese monte, la infección de los ovarios, ese es el monte que se usa para bañar a la mujer o al hombre si está malo de la infección, albahaca morada, la verbena, son montes sanos y curativos.”* (Comadrona No. 25), para dolores y otros padecimientos: *“...tenía dolor de cabeza y de cuerpo, que le da frío y que le da calentura per o poco, le dí quina y verbena, la bañé con verbena y solamente le hice eso.”* (Comadrona No. 2)

En el período pre y post parto las comadronas también utilizan los baños, en ese contexto, los baños aplicados por las comadronas deben entenderse y asociarse con la pureza, ya que dicho estado se le atribuye a los niños recién nacidos por no estar contaminados aún por los diversos males que acontecen a los adultos según la cosmovisión maya. En ese sentido, son las terapeutas tradicionales quienes se encargan de bañar tanto a la madre recién parida como al recién nacido: *“Yo solo baño a mis pacientes, juntamos chilca, juntamos verbena y ruda y limón y todo eso y con eso vamos, y laurel, con eso se baña al niño y a la mamá también, los dos juntos, aparte el quinto día, hay que bañar.”* (Comadrona No. 2)

Esa significación de pureza por medio de la aplicación de la terapia, “baños”, es una actividad exclusiva de la comadrona, ya que es ella quien se encarga del primer baño de la madre y del niño, pero también debe lavar la ropa de la parturienta en el río. El baño realizado, en el momento del post-parto cumple con una eficacia simbólica, no solo por su significado de pureza, sino también porque el baño que la comadrona le aplica al niño con plantas medicinales sirve para protegerlo del padecimiento llamado “ojo”: *“Pues es un remedio natural lo que se puede hacer allí, porque esos montes que se echan en el agua, es como Dios lo tiene bendecido, es como medicina, es medicina, para preparar al niño o para anacizar al niño más bien, de su crecimiento, para que crezca sano, y no le agarre enfermedad, calor, porque está bien como que bien desinfectada el agua, el monte es bueno, es puro, porque es... no está contaminada no tiene químicos, así es.”* (Comadrona No. 25)

Todo ese saber respecto de la técnica; el tipo de cocimiento (cocido u apagado), el uso de plantas medicinales, el tipo de padecimiento atendido. Se ha transmitido oralmente de generación en generación y es todo un proceso empírico, que cumple una función curativa entre los pobladores de Rabinal. La técnica aplicada por las comadronas de Rabinal implica dos procesos de eficacia; uno curativo y el otro simbólico; la purificación.



Foto 13: Plantas medicinales sembradas en el jardín de la casa de la Comadrona (albahaca y chilca).

*Técnicas utilizadas en la elaboración de r emedios caseros.* Un elemento indispensable para la elaboración de los remedios caseros son las plantas medicinales, en realidad no se puede hablar de plantas medicinales sin hacer alusión a los remedios caseros ambos se relacionan directamente. Ese saber sobre plantas medicinales y remedios caseros consiste en el manejo y combinación de plantas medicinales para la elaboración de un remedio casero, las comadronas saben cuál es la técnica que se debe usar: apagado, cocido, rescoldo, parche, baño, etc. y saben qué tipo de padecimiento debe ser tratado con dicho remedio casero, todo ello lo han aprendido en el círculo familiar.



Anteriormente se explicó en qué consiste la técnica del apagado, del cocido y del baño. Ahora se explicarán las técnicas del rescoldo y del parche:

*El rescoldo.* Más que una técnica en sí, es un paso para preparar un remedio casero. El rescoldo consiste en colocar un fruto en las brasas o en las cenizas calientes del fuego por un momento y posteriormente utilizar ese fruto para aplicarse directamente como parche, pero también se utiliza el jugo del fruto. *“Yo lo que haría en mi comunidad, el limón no es asado, el asado es para el dolor de cabeza, cuando tiene mucha alteración por el dolor de cabeza, se parte un poquito el limón, se raja para que no se explote cuando se caliente, en lo tibio del fuego se le busca un lugar, no en la brasa, no que en lo caliente de la ceniza, se le pone allí, cuando ya se pone a hervir el limón, solo, solo y sin ningún quemadito que va a dar, es vaporizado, entonces se le saca y se le parte de una vez y se espera de que se enfríe para poder hacer el parche de la cabeza, es una torta en el mero centro, aquí, porque si es mucho dolor de cabeza y con eso no hay medicina que toma, solo es de afuera, y luego se manda a que se acueste la niña o el niño, la señora o el señor, eso es muy bueno el limón, pero es así.”* (Comadrona No. 25), existe una relación entre el rescoldo y el parche, en otros casos el rescoldo es solamente un paso para la elaboración de los remedios caseros.

*El parche.* Esta técnica consiste en aplicar directamente una planta medicinal sobre el cuerpo, en algunas ocasiones es necesario machacar la planta y combinarla con otras, como la técnica requiere de un contacto directo con la planta, se utilizan diversas formas para atar el parche al cuerpo. Los parches generalmente se utilizan para “embolsar las lombrices” y las plantas medicinales que se usan son el apazote y ajo, pero también se hacen parches para bajar la fiebre, en ese caso las plantas se mezclan con otros materiales como el huevo. Las plantas medicinales para hacer parches son: la ruda, el salifaz, la hoja de Santa María, etc..

Sin embargo cada comadrona tiene algunas variaciones respecto de las técnicas explicadas anteriormente, en el caso de Doña María ella utiliza una brasa para mejorar la técnica del apagado como lo explica a continuación: *“Entonces yo antes lo que hacía, era que iba a buscar unos cogollitos que se llama el anono, por aquí, allí está mire, ese palito es anono. Esos cogollitos tiernitos, esas hojitas que r lumbran, se cortan 7 cogollitos, 7 hojitas y eso se pone en un vasito en un pocillo y allí se le echa unos granitos de sal y unas gotitas de limón, antes de echarle esas cositas, ya está hirviendo un poco de agua, hervida, entonces*

*ya cuando ya se cortaron esos montes, se le pone al vaso allí, al pocillo y allí se le pone la sal, un poco de bicarbonato y unas gotas de limón y después se sacan unas brasas del fuego, pero mejor si es roble. Entonces se le echa apagado entre las hojas y se le vacía el agua caliente a la hoja, entre el pocillo, se le vacía un tanto así, y se pone el monte allí que se remoje entre el agua hirviendo apagado, y hierve aquello pues, con la brasa encima viene la agua pues borbotlea, allí es donde se cuece el monte, no se va cocer entre el jarro, sino que solamente apagadito con el hervor de las brasas y el agua hervida un tanto, allí se cuece, apagado y allí se tapa. Y ya está bueno para que se lo tome ese niño". (Comadrona No.20).*

**Foto 14:**  
Comadrona  
aplica limón y  
sal a la  
preparación del  
remedio casero.



**Foto 15:**  
Comadrona  
enseña la  
brasa  
utilizada en  
la  
elaboración  
del remedio  
casero.

La mayoría de los remedios caseros están elaborados con base en plantas medicinales, otros están hechos a base de alimentos como el chocolate, la cerveza, grasa de animal, etc. El lector puede advertir, que no se puede hacer una diferencia entre plantas medicinales y remedios caseros ya que éstos se relacionan directamente, las técnicas explicadas anteriormente forman pasos o procesos para la elaboración de un remedio casero a base de plantas medicinales.

Los remedios caseros al igual que las recetas de cocina, se caracterizan porque utilizan más de una planta medicinal y los pasos o procesos para su elaboración son similares a los de las recetas de cocina, sin embargo no se utilizan para la alimentación cotidiana.

Durante el trabajo de campo se recopiló un total de 72 remedios caseros proporcionados por las comadronas, éstos pueden consultarse en los anexos. Los remedios caseros se agruparon por el tipo de padecimiento para los cuales se preparan, y en el anexo están colocados en un orden alfabético. Durante el trabajo de campo se recolectaron 27 padecimientos que son tratados por medio de remedios caseros elaborados a base de plantas medicinales. A continuación se presenta una lista de los 27 padecimientos tratados por comadronas: a) para sanar un aborto, b) para curar el mal llamado "aires", c) para el alboroto de lombrices, d) para bajar la leche de una madre que ha parido, e) cuando se sospecha de una amenaza de aborto, f) para la caída-movida de la matriz, g) para los calambres, h) para la calentura, fiebre o temperatura, i) para la diarrea o los asientos, j) para el dolor de cuerpo y cabeza, k) para los dolores relacionados con la menstruación, l) dolor, hinchazón y otros males del estómago, m) para el empacho, n) cuando se pierde el apetito, ñ) para la hemorragia nasal, o) pequeñas heridas, p) para inflamaciones o hinchazones, q) para las lombrices, r) para el mal de ojo, s) para el mal de orín, t) cuando se hincha el ombligo en los recién nacidos, u) purgantes, v) para el pujido, w) para los retortijones, x) para la ronquera, y) para la tos, z) vomitivos.

Como se puede apreciar existe toda una epidemiología entre los pobladores de Rabinal que es similar, pero no igual a la epidemiología biomédica, la enumeración que se hace de los 27 padecimientos en el párrafo anterior, dan una idea de cómo las representaciones y prácticas de los conjuntos sociales achís responden a diversos tipos de eficacias o de lógicas.

Una de las intenciones de presentar un anexo con 72 remedios caseros se hace para cuestionar los estudios que se han realizado a escala químico biológico en Guatemala sobre plantas medicinales, no se duda de la calidad científica de los estudios, sino que éstos se hacen solamente de la planta medicinal por separado, no se han hecho estudios sobre las propiedades curativas del remedio casero que contiene la mezcla, no se profundiza sobre la efectividad del remedio que combina varias plantas medicinales, tampoco es objeto de estudio el proceso de elaboración de las diversas técnicas utilizadas.

La mayoría de terapias aplicadas por las comadronas usan remedios caseros elaborados a base de plantas medicinales, sin embargo existen otros tipos de terapias que combinan diferentes saberes, un ejemplo de esto es la aplicación de los “siete montes” para el padecimiento llamado “mal de ojo”. A continuación se explica ampliamente el padecimiento llamado “mal de ojo” así como el proceso aplicado para su curación.

### **El “mal de ojo” en Rabinal**

Este es un padecimiento conocido en toda el área mesoamericana, sufrido indistintamente por mayas y no mayas, éste tiene sus raíces en la cuenca mediterránea, lugar donde desde hace ya más de mil años, se ha reportado. Se han escrito algunos artículos<sup>4</sup> sobre el tema, tanto en el continente americano como en el europeo, pero la mayoría de éstos analizan el padecimiento desde la óptica biomédica; buscan la manifestación de signos y síntomas, un mecanismo de producción en los aparatos o sistemas afectados.

El denominado “mal de ojo” es un padecimiento con mucha demanda para su atención entre la población de Rabinal, por ello se explica y analiza a continuación.

Es un problema que se presenta exclusivamente en niños menores de seis meses, aunque se conocen casos en niños que rebasan esa edad y en

---

4. Consultar en la bibliografía a Juan José Hurtado, Ricardo Hernández Murillo, Carlos Zolla *et al.*, Ingrid Kuschick y Josep Ma. Comelles.

personas adultas, sin embargo la mayor demanda de atención se da para los niños pequeños.

Primordialmente es necesario saber cómo se diagnostica, ya que son varios los síntomas que presentan “los niños ojeados”, algunos de ellos presentan diarrea o “asientos”, otros lloran mucho y están demasiado “berrinchudos”, pero la señal indicadora y que se asocia con el mal es la aparición de fiebre, ya que ésta resulta de la alteración de la dualidad frío-caliente. La fiebre sumada con los signos anteriores son las bases determinantes para diagnosticar la enfermedad.

La fiebre se relaciona con la dualidad maya frío-caliente. La enfermedad es provocada fundamentalmente por un estado “caliente”; *“ojo le decimos pero es un fuego que se le riega en la sangre, decía ella, es un decir, decía ella, eso del ojo, de culpar verdad. Pero ella decía que depende de mucho calordecía ella, como así nos enseñaron a decir de ojo, pues así decimos”*. (Comadrona No. 26), calidad que afecta a la cabeza y el estómago; *“Entonces el que es ojeo, la cara tiene olor de huevo y bien caliente, usted lo va a besar , como que es huevo muy... caliente la cabeza, los brazos muy helados y sus canillas también muy helada, solo aquí esta caliente”*(Comadrona No. 13). Sin embargo algunas otras partes del cuerpo del niño están frías; pies, manos y piernas: *–“Tocarle la cabeza haber como está de temperatura, por que se siente la temperatura en la cabeza del niño, y se tiene bien caliente la cabecita es que tiene temperatura y hay unos niños que se les pone helados los piecitos, y las manitas y el estómago caliente, entonces quiere decir que la fiebre la tienen por dentro, pero entonces allí lo detecta uno.”* (Grupo Focal No. 2)

En la enfermedad el estado “caliente” afecta directamente la cabeza y el estómago, son las partes del cuerpo que se caracterizan por estar “calientes”, “afiebradas” o con “temperatura”, sin embargo algunas otras partes del cuerpo del niño están frías: pies, manos y piernas. Parte del tratamiento consiste en restaurar el equilibrio en el cuerpo del niño enfermo proporcionando plantas medicinales frescas y medicamentos frescos.

Otra forma que sirve para diagnosticar la enfermedad son las diversas preguntas que las comadronas hacen a las madres, una cita de la entrevista con una comadrona explica *“...ahora cuando vienen así clientes, le pregunto a la señora, ¿mir e de qué le empezó esa lloradera a su hijo? Pues que fíjese que llegó doña fulana o don fulano y solo él me lo vio, entonces hay que*

*curarlo de ojo, es así como le digo yo, que poco a poco uno va entendiendo cuando es ojo de gente, cuándo es ojo de sol. Porque uno tiene que hacerle preguntas a la gente y ahí va dando uno por dónde, cómo comenzó la enfermedad. Aquí en el campo es así como trabajamos.”* (Comadrona No. 12)

Las madres y las comadronas mencionaron otras características; dicen que los niños tienen un ojo más pequeño que el otro, que las palmas de las manos están pegajosas, que tienen muchos “cheles” en los ojos (secreción lagrimal), que la cabeza les huele a huevo, etc., pero sin duda el llanto, “el berrinche”, la molestia y la ausencia del apetito son síntomas que acompañados con la aparición de fiebre identifican la enfermedad. *“... sea que el niño llora y llora, no quiere mamar, no quiere tomar nada, no quiere recibir nada, está chillando y chillando. Hay veces que solo llora con la cabecita bien caliente y con las manitas bien heladas, entonces se nota que el niño está ojeado, es que él no se está quieto, esta chillando, está de un lugar a otro, chillando y chillando”.* (Comadrona No. 6)

La diarrea o “asientos” es otro de los síntomas que presentan los niños ojeados, las comadronas también son conocedoras del tipo de diarrea expulsada por el niño, éste es otro indicador del padecimiento. *“Curé con 7 montes porque el niño tiene diarrea color verde como monte y eso quiere decir que es ojeado”* (Comadrona No.15) *“La diarrea de un niño ojeado es como monte molido y a veces blanco, a veces amarillo y si es amarillo está bien, pero a veces que está ojeado, también hay niños que tienen dolor de estómago y se ojean entonces es amarillo su popó”* (Comadrona No.19). Sin embargo, en algunas ocasiones cuando un niño está ojeado, la presencia de diarrea y vómitos son síntomas que se interpretan como difíciles en el proceso de cura. *“Cuando ya está empeorado si le da diarrea, pero cuando empieza curarlo a tiempo no tiene diarrea todavía, es que como a veces que el niño empieza poco a poco y a veces como habemos madres que no curamos a los niños, cuando vemos de que están así molestos no les damos nada.”* (Comadrona No. 6)

La terapia o tratamiento para curar el “mal de ojo” es un proceso en el que intervienen diversos factores y cada uno de ellos tiene su lógica interna. Veamos a continuación cuatro casos de los tratamientos que las comadronas relatan:

CASO 1. *“Entonces yo voy a traer monte, voy a traer ruda, apazin, tinta, marquetado así como eso, todo eso es el remedio para mí, las hojitas bien tiernitas,*

hoja de mango, de limón, de naranja, así las hojitas se junta un montón y voy a hechar un huevo y lo voy a pasar en todo su cuerpo con ruda bastante, después voy a dar su tomada, su medicina, voy a dar con ruda cocida y mejoralito de niño y aspirinita, bebetina, eso voy a dar, alka-seltzer, un poquito de sal de iwas, un poquito de cada cosa y le voy a dar su tomada, al rato sale la flema, sale la flema.” (Comadrona No. 13).

CASO 2. “Se aparta una ramita, hoja de naranja, hoja de café y otros montes que sean lisos, se le pasa al niño en todo su cuerpo y se echa yema de huevo en su cabeza y si el niño está bien grave le pasamos pato, si no hay pato podemos pasarle una gallina, cuando es varón se le pasa una polla y si es mujer un pollo, se le pasa en todo el cuerpo, pero se prepara una palangana de agua para meter el pollo en el agua y también el monte que pasamos al niño tenemos que acostar en una mesa para poder pasar los 7 montes per o primero le sacamos la flema que tiene y para poder sacarla se le da bebetina, alka-seltzer mejoralito y aspirinita un poco de cada cosa porque el niño, es temperatura lo que tiene, por eso toma esas clases de remedios que son frescos.” (Comadrona No. 15)

CASO 3. –“Es otro monte que uso, yo lo que uso es solo la ruda y el apazote y el ajo, y el huevo, eso es lo único que yo uso con los niños, eso lo muelo bien molido y entonces quiebro el huevo allí y pongo la clara y lo baño, bien, bien bañado, mire que sale aquel calor, aquel humo como que está una nube, todo eso le sale el calor, entonces ya se tranquiliza el niño. Lo baño con ese monte, con esa masita, bien sobado, bañado, pero todo no se deja nada, se queda verde el muchachito, tres veces, entonces ya a los 3 días o 4 días, se cuece un montecito que tiene unas verditas así chiquitas, se corta y se baña ya con jabón y ya se alivió.” (Grupo Focal No. 2)

CASO 4. “Sí porque si no, el fuego se va para adentro, y entonces yo los curo con los 7 montes y el primer manojo, se lo paso bien, rezando el Credo porque siempre hay que clamar por Dios y el Padre Nuestro, lo que uno pueda verdad, y le pongo un manojo en el... y paso el otro y se lo dejo en el pecho, en el estómago, paso el otro en los pulmones, paso el otro en la cabeza y le pongo una su hoja de platanal y una siodaja de limón con sal, porque el fuego se le va para la cabeza, entonces agarro una toalla y los envuelvo bien envueltos, per o de primero les doy una cucharadita de aceite de oliva, y una cucharadita de agua de sal, matiguadita, para que despeje la flema que tienen por dentro porque el ojo da una flema.” (Comadrona No. 26)



Todos los testimonios recogidos de las comadronas son diversos, sin embargo se puede hacer un listado de algunos materiales y de algunas técnicas indispensables que se usan en la terapia, éstos son:

- a) Plantas lisas y aromáticas (siete montes) para sobar o bañarse el cuerpo del niño.
- b) El uso de un huevo o el uso de una gallina o pato.
- c) La toma de un remedio casero combinando varios elementos.
- d) Se dan variantes en el uso de los materiales, se usa chile y ajo para sobar y bañarse al niño, el uso de oraciones mientras se cura, y el uso de la orina.

A continuación se describen y analizan cada una de las técnicas utilizadas por las comadronas para el tratamiento del “mal de ojo”.

A. Las plantas lisas y aromáticas: Las plantas que se utilizan deben ser preferentemente cogollos (brotes o vástagos) de plantas aromáticas que generalmente se tienen a la mano o se cultivan en los huertos familiares.

*–“Ocupo la ruda, cogollo de jocote, cogollitos de enele noj, guajaca (albahaca) blanca, palo de jiote y guayaba, limón también.*

*–Como allí hay tantos montes que son lisos, que no sean rugosos.*

*–Que no tienen tuna, porque hay montes que tienen tuna. Que sea cualquier montes, pero que sea 7 montes, cualquier hoja de jocote, pero que sea bien liso, porque se le pasa su monte, le pica al niño también, entonces hay que bañarlo bien”* (Grupo Focal No.2).



**Foto 16:** Planta medicinal sembrada junto con las milpas muy cercana a la casa de la comadrona.



Deben reunirse un total de siete plantas diferentes, pueden utilizarse plantas que no sean aromáticas, pero una condición indispensable es que sean plantas lisas, no deben utilizarse hojas ásperas o corrugadas, u hojas con espinas.

Alguna comadrona explicó que preferentemente deben utilizarse plantas que se localicen en montes o en montañas, lejos de las casas que están libres de la contaminación doméstica de los perros, pollos y gatos, *“pero no es ni cerca del camino, ni es cerca de una vivienda, por los pollos, por los chuchos los han contaminado, porque ese es el consejo que nosotros hemos recibido, se usa planta pero que sea del camino, de la vivienda para que no esté contaminado, si es como en el patio que esté un poquito circulado para que no se manosee de las gallinas, ni perros, ni pollos.”* (Comadrona No.25). Este testimonio explica en parte una significación de ceremonia “sagrada”, ya que explica que las plantas a utilizarse deben estar purificadas, de hecho esta terapia debe entenderse también como una pequeña ceremonia. En ese sentido la utilización de plantas se asocia como un proceso de purificación, la enfermedad se presenta en niños pequeños, principalmente en los recién nacidos, en los parámetros de la cultura achí, esta etapa de la vida se relaciona con estados de purificación, libres de maldades.

Las plantas o montes son utilizados como esponjas o rastrojos y son pasados por todo el cuerpo del niño, se trata como dicen las comadronas “de bañar” al niño con esas plantas.

Muchas de las plantas utilizadas son aromáticas, probablemente y de acuerdo a los principios de la aromaterapia, el olor que sueltan sirve para calmar al niño, inclusive el masaje realizado en todo el cuerpo del paciente sirve de relajante, se persigue entonces, al pasar los siete montes un relajamiento. Sin embargo, es necesario realizar estudios químicos-biológicos sobre el efecto de éstas plantas aromáticas en la aplicación directa sobre la piel. *“Pero fíjese yo lo que les digo, nosotros tenemos un montecito que se llama ruda, hay ruda y yo les digo, miren lo que ustedes hagan con sus niños, corten unas palmitas de ruda y las pasan a su niño, porque la ruda es buenísima, porque suelta un aroma fuerte y ese les cura.”* (Comadrona No.12).

B. El uso del huevo o de un animal (gallina o pato). El uso del huevo es indispensable para el tratamiento. El huevo y las plantas son pasadas por

**Foto 17:**  
Comadrona  
dando masaje  
con un ajo.



todo el cuerpo<sup>5</sup>, después de ello, el huevo utilizado se quiebra y se separa la yema de la clara, la clara se utiliza en algunos casos para echarla en la cabeza del niño.

El uso del pato o de la gallina es claramente un ejemplo del principio de la magia contaminante<sup>6</sup> expuesto por George Frazer, quien explica la ley de semejanza, sin embargo veamos cómo opera este principio en un testimonio proporcionado por una comadrona: *“como tenía mis patos, le pasé los patos y como tiene mezcla la pata, entonces yo lo hice así, le hice una cruz aquí y aquí. Y se va a quitar y se va a quitar. El pato que le pasé hay que bañarlo, baño diario para que no se shuquee”* (Comadrona No.16). La fuerza negativa que provoca el mal de ojo, es transmitida al pato, el animal debe bañarse o purificarse para que no se ensucie o enferme. En ese sentido el principio se observa en dos procesos; uno en el que el mal es transmitido al animal, por ello el pato es purificado con un baño para que no se contamine y el otro, el uso del huevo como absorbente de esa fuerza negativa.

---

5. Se debe tener el cuidado necesario para no quebrar el huevo, mientras se pasa con las plantas por todo el cuerpo.

6. Según la explicación de George Frazer, sobre la ley de contacto es: *“...que las cosas que una vez estuvieron en contacto actúan recíprocamente a distancia, aún después de haber sido cortado todo contacto físico”*, Frazer (1944:34).

Se han hecho varios estudios a nivel latinoamericano en donde se ha reportado el uso del huevo para curar determinados males, sin embargo la connotación que tiene en Rabinal, la utilización de la clara en la cabeza del niño es un aspecto que necesita un grado de interpretación en parámetros de la racionalidad achí.

C. Toma de remedio casero: Las comadronas explican la necesidad de que el niño expulse la molesta flema que tiene por dentro. Para poder eliminarla las parteras preparan un remedio casero a base de diversos medicamentos comprados en tiendas o farmacias (Alka-Seltzer, Sal Andrews, Sal de Uvas (Picot), Bebetina, Aspirina para niños, Desenfriolito, Tabcín para niños, Mejoral para niños, etc). En caso de tener todos esos medicamentos el remedio casero se hace con plantas medicinales: *“eso sí se compra en la farmacia, pues; el alka seltzer , sal de uvas, bebetina, desenfriol, mejoralito, todos esos, aspirinita, porque hay algunos que lo van hacer en unión, todo combinado, van a tomar eso, es cuando sacan la flema, pero es bueno también darles, solo apagada la agüita de ruda, y con eso se le saca la flema también es bueno, para no darle toda esa clase de medicinas”*. (Comadrona No.25)

Toman un pedazo pequeño de cada uno de los medicamentos y los mezclan, ese preparado o remedio se lo dan al niño para lograr el vómito y así liberar al niño de la molesta flema. La eficacia no está en utilizar siempre los mismos medicamentos, sino en lograr que el niño vomite y se libere de la flema.

Foto 18: Comadrona da remedio casero al niño.



Es así que un paso indispensable en el todo el tratamiento del “mal de ojo” es la expulsión de la molesta flema que se consigue por medio del vómito, por ello el remedio casero a base de medicinas o plantas sirve en la terapia como vomitivo.

El vómito es una de las terapias que las comadronas aplican a sus pacientes y sirve para solucionar diversos tipos de padecimientos. Es una terapia recomendada primordialmente para los padecimientos relacionados con el estómago; *“Se cree verdad, de que cuando alguien tiene cólico, ella siente que tiene algo aquí que no se le baja y ni se le sale, es como una chibola de que ella padece en el intestino, que ella siente, que ni se le sube, ni se le sale, entonces busca a alguien, que le haga favor de sacar eso, per o no se le sale, talvez si una parte, per o no todo, porque no es igual que un niño, porque un niño solo flema tiene allí, en cambio un adulto no.”* (Comadrona No. 6). Esta terapia está bastante difundida entre los achís de Rabinal, al punto de que existen diversas técnicas para provocar el vómito. Pueden prepararse como si fueran remedios caseros; *“La manteca de sajar, un bodoque y la flor de saúco, chilca y r osa de castilla, limón, eso va cocido y tomado”* (Comadrona No. 7) o el vómito se consigue con la ayuda de algún instrumento; con el humo también se consigue; *“Para las personas mayores es bueno el puro o sea el cigarro grande de color café que fuman los ancianos porque los mayores son más duros o más fuertes.”* (Comadrona No. 2).

Se les preguntó deliberadamente a las comadronas qué ocurría si el niño no vomita la flema, qué tan eficaz podría ser el tratamiento. Las respuestas que dieron fueron diversas, pero en éstas se observa una tendencia a relacionar la efectividad del tratamiento con el vómito, si no se logra el vómito, el niño continuará con la molestia hasta que finalmente pueda sacar el mal, como un “asiento” (diarrea) o la solución es tratar de nuevo al niño para lograr que vomite.

Hasta aquí se ha expuesto el tratamiento aplicado por las comadronas para tratar el mal de ojo, sin embargo es importante mencionar que la intervención de la comadrona se da porque ella intenta solucionar principalmente la eficacia simbólica y otros padecimientos que competen a los saberes especializados.

La lógica del vómito se relaciona con la sintomatología de las infecciones respiratorias agudas ya que la obstrucción de las vías respiratorias es muy común y la liberación de las vías respiratorias se consigue con el

vómito, por esta razón el tratamiento aplicado por la comadrona es efectivo, al menos momentáneamente.

Se han descrito los pasos a seguir en la terapia del “mal de ojo”, no todos los tratamientos son iguales, cada comadrona, vecina o amiga tiene su propia forma de curar. Algunas de las variantes explicadas son las que utilizan chile y ajo<sup>7</sup>, otras comadronas también frotan al niño con aceite después de pasados los siete montes y después de haber expulsado la flema. Sin embargo uno de los elementos importantes de la eficacia del tratamiento, que se está perdiendo, es el uso de oraciones como el Padre Nuestro o el Ave María: *“Porque dicen que le quita el ojeado dicen, se le pasa un chile serrano, un chile seco, se le pasa pero cruzado, el que viene aquí, aquí pasa y aquí sigue, solo así se va hacer pasa aquí, pasa allá y después se mete en agua. Junto con el limón, si el niño está ojeado y está mal, está mal, se va aæzar un Padre Nuestro y se reza 3 Padres Nuestro y con el chile se le va diciendo: se está curando, se está curando, se está curando, se está curando... y se le pasa el chile y se le pasa, se le pasa, que se le quite, que se le quite, que se le quite, entonces se alivia, se alivia, se sana con eso se alivia el muchachito, eso sí es pur o bueno. Ese r emedio es pur o bueno.”* (Comadrona No.24) Una minoría de comadronas también explicaron que utilizaban orines para curar a los niños ojeados, es importante mencionar que en la cultura achí el uso de los orines se evidenció en el tratamiento de diversos males: *“El orín de los niños porque es muy fresco, porque los niños no toman licoꝝ ni comen chile y por eso tiene propiedades curativas”* (Comadrona No. 7). *“Pero la orina de los niños de 3 a 8 años y de los niños muy sanos y bien vitaminados, nunca se debe utilizar la orina de algún niño enfermo porque si no contamina al otro”.* (Comadrona No. 19)

Después de una detallada explicación sobre el tratamiento del “mal de ojo”, se pretende hacer un análisis basado en la lógica que utilizan las madres de familia y comadronas en Rabinal, Baja Verapaz, Guatemala. Se propone un análisis del padecimiento, basado en parámetros de la racionalidad achí<sup>8</sup>. Dicha comparación toma de base la conducta pluralística

7. Lo utilizan de la misma forma en que se usa el huevo.

8. Para fines del presente capítulo defino racionalidad achí como: la que proviene de una ascendencia del medievo occidental y maya, entendido como sincretismo, que se basa fundamentalmente en una dualidad que intenta explicar la existencia basada en una relación armónica y complementaria de dos. En la que cada uno de los dos elementos (fuerzas, deidades, etc.) necesita del otro para lograr el equilibrio y una vida en armonía. Por ejemplo, la relación de frío-calor. Para mayor información confrontar (Sucuquí:35-36).

que utilizan las madres de familia y comadronas para la atención del “mal de ojo”. El análisis se realiza en base a cinco elementos que enseguida se enumeran:

A. La dualidad frío-caliente: De acuerdo a la racionalidad achí los factores o condiciones que causan la enfermedad deben ser referidos al equilibrio frío-caliente, esto es una interpretación maya sobre la dualidad<sup>9</sup>. El origen del padecimiento no puede explicarse en términos de la racionalidad biomédica.

Para los achí una persona se enferma de “mal de ojo” porque su equilibrio se ve alterado por una condición “caliente”. Es así que determinados procesos o características se consideran “calientes” como: las personas que han tomado bebidas alcohólicas (ebrios, “engomados”), las mujeres que están menstruando, las mujeres que están embarazadas y determinadas características personales: mirada penetrante, ojos claros, etc. También se consideran “calientes” todas las personas que tienen un contacto directo con el sol (personas sudadas o que caminan debajo de un fuerte sol, etc.).

En dicha racionalidad frío-caliente existen también procesos preventivos para evitar el “mal de ojo”, principalmente se protegen a los niños de las personas y estados “calientes”; *“así no hay necesidad de estarlo tapando, hay personas que he visto yo. Les ponen un trapo encima, un pañuelo, que hasta se ahogan con el pañuelo (los niños) y dicen que evitando eso, no se ojea, porque entre más se esconde al niño más lecho va hacer. Una señora aquí, más antes, cuando yo estaba creando a mis niños, estaba creando unos sus niñitos de ella, entonces ella se admiraba porque yo no los tapaba, solo a memeche (cargar en la espalda) los llevaba, allí con la cabeza destapada así iban, porque yo estaba preocupada de mis mandados, de mis pobrezas, entonces siempre tenía que hacer. Entonces me decía la señora porque como caminábamos en la carretera siempre del mismo lado, y usted mira Doña Rosenda, su muchachito cómo va, y a usted no le da pena Dios Guarde, ¡ya! lo miró la gente se le va a morir de ojo...”* (Comadrona No.20).

B. Afección generalizada para todos los seres vivos: Tomando de referencia los parámetros de la racionalidad achí, el “mal de ojo” es un proceso que se manifiesta indistintamente en seres humanos y en seres vivos. El

---

9. Para más detalle sobre esa concepción, consultar Karin Eder *et al.*

mal debe interpretarse como una condición que afecta determinados procesos, por ejemplo: el crecimiento de una animal doméstico, la maduración de un fruto o el cocimiento del insecto llamado nij, que sirve para teñir de negro las artesanías de morro que se elaboran en Rabinal. Esa condición de la racionalidad achí explica ¿por qué? niños, frutos y otros procesos se ven afectados por el padecimiento llamado “mal de ojo.” *“Porque el chiquitío está puro tiernito, puro ayotío así, hay güicoyes que salen duos y no se ponen bien aguaditos cuando se cuecen, un poco como que es algo amargo, es porque ya está ojeado el ayotío también y porque como lo he comprobado cuando un ayote está amargo y no se corta, por afuera no se corta, saber cómo sale, porque yo sí me he dado cuenta de eso.”* (Comadrona No.13).

C. Complicación del padecimiento: El “mal de ojo” es una representación que forma parte fundamental de la identidad achí y su interpretación no debe entenderse en términos de enfermedad, sino como un proceso que desencadena una fuerza negativa, ésta caracterización explica cómo algunos padecimientos se complican por el accionar de esa fuerza. Por ello el “mal de ojo” también se relaciona con el “alboroto de lombrices”, un “empacho” que se ojea se complica, etc. Veamos la interpretación que hacen las comadronas en sus testimonios: *“Arrojadera siempre da lo mismo, son las lombrices, y hay veces también que las lombrices se ojean. Se han ojeado de lombrices. -Pues, se ojean de las lombrices, como tal vez están mal de las lombrices y se ojean y por eso les da diarrea y se les alborotan las lombrices.”* (Grupo focal No. 3)

Debido a que es un proceso que genera una fuerza negativa, existe en la cultura achí procesos preventivos en contra del “mal de ojo”, se usan amuletos; *“la mayoría de gente aquí, ya se han acostumbrado, hay unos animalitos que se llaman camaleón, se consigue en las montañas. Son unos chiquitos y esos camaleones al estar... el niño, al nacer se le pone en una bolsita al lado dentro de una camisa y cuando ese camaleón está negro es que al niño, ojo le dio y hay que bañarlo para que le vuelva el color al animalito, el ojo el mal de ojo no le pega al niño, sino que al animalito.* (Comadrona No.12), también existen otras prácticas como: rociar al niño con agua florida, bañarlo con determinadas hiervas; *“Para curar y para que no se vaya a ojear. Es para prevenir para que el niño no se vaya a ojear.”* (Comadrona No.6) o hacerles pequeñas ceremonias al recién nacido: *“Me dijo una comadrona hace mucho tiempo, hay que tener paciencia, hay que cortarle el ombligo me dijo, cuando ya se corta el ombligo, hay que hacer cruz aquí, cruz en la ventana, pero es una ancianita, una comadrona me*



dijo. *Hay que cortar y hay que hacer cruz aquí para que no se ojee el bebé.*" (Grupo Focal No.2). Debido a las razones expuestas el mal de ojo debe considerarse como algo más que una enfermedad.

D. Terapia de sabiduría popular: Los conocimientos respecto del proceso por el cual una persona, animal u objeto padece el mal y las formas para restaurar el equilibrio perdido, son conocimientos que se han socializado en todos los conjuntos sociales, razón por la cual no son competencia exclusiva de los terapeutas tradicionales. Cualquier mujer (vecina o amiga), puede encargarse de contrarrestar esa fuerza negativa que provoca el mal. El conocimiento respecto de su terapia es patrimonio de toda la población, es por ello que cualquier mujer con experiencia puede encargarse de la cura de un niño, sin embargo cuando hay posibilidades siempre se busca a una comadrona para que ella realice la cura:

*—“O sea que la gente ya agarró, los remedios, se fijan de que es lo que uno corta, ya más fácil que cur en a sus niños, ya no es necesario que pongamos si estuvieran unos ojeados en nuestra comunidad y nosotros aquí (en la capacitación), quien podría hacer el favor, entonces la mamá ya sabe que es otra persona que tiene que curar a su niño, entonces tienen que buscar todo lo que es para el ojo y lo importante es que lo pasen para atrás, para atrás. Porque para atrás se cura el ojo. Algunos dicen que a las 7 de la mañana hay que hacerles 7 días y tirar para atrás el monte, para que ya no se ojee.”* (Grupo Focal No.2).

La madre como administradora principal de cuidados en el hogar es la persona que hace el primer diagnóstico de los padecimientos de los niños pequeños. Respecto del “mal de ojo” es la madre quien buscará a una vecina o amiga para poder restaurar el equilibrio en el niño.

El padecimiento llamado “mal de ojo”, es una enfermedad que puede aliviarse en una sola consulta (con la comadrona, vecina, amiga, etc), sin embargo también es un padecimiento asociado con muchos otros síntomas: tos, fiebre, diarrea, etc. El itinerario seguido puede ser corto; al encontrar un alivio en la autoatención o puede ser un itinerario largo; debido a las diversas consultas: vecinas, amigas, comadronas, farmacias, centros de salud, clínicas privadas, etc.

E. Nosotaxia popular: Pero no todo el saber sobre el “mal de ojo” es de dominio público, las comadronas en Rabinal pueden clasificar el tipo de mal de ojo que padecen los niños, mientras que las madres no. De acuerdo a



los parámetros de racionalidad achí, existen diversas clasificaciones del “mal de ojo”. Los padecimientos o enfermedades de racionalidad achí se engloban en categorías muy amplias que se explican mejor como procesos, y no términos bio-médicos o patológicos, por ejemplo la caída-movida de la matriz es un padecimiento que implica no solamente una sintomatología muy diversa, sino también la percepción de la matriz como un órgano que tiene movilidad.

Las comadronas en Rabinal explicaron fundamentalmente tres tipos diferentes de “mal de ojo: a) el “ojo de sol” o el “ojo de luna”, b) el “ojo seco” y c) el “mal de ojo” común. La diferencia entre uno y otro se debe al proceso que lo origina. El mal de ojo más conocido es llamado “mal de ojo de gente” o “mal de ojo” común, se diferencia del mal de ojo de sol porque; *“...solo a la gente pongamosle, por eso le dije yo que hay ojo de sol y ojo de gente, por que talvez una señora viene cansada, mire el ojo de gente, si usted tiene su niño adentro en la casa y viene una gente, talvez viene de lejos, talvez viene cansada con hambre y todo y más tarde comienza su niño llorón, entonces doña fulana me lo ojeó porque ella solo lo vio y mi niño no lo he sacado, entonces es allí en donde uno da. Ahora cuando uno lo saca al sol o se lo lleva de repente y no lleva que ponerle en la cabeza entonces se dice que el sol lo ojeó porque nadie me lo vio porque yo lo saqué nada más, entonces cuando se ve cuál es el ojo de sol y cuál es el ojo de gente.”* (Comadrona No. 12), la otra clase de mal de ojo se diferencia por la ausencia de determinadas señales: *“...y hay otro ojo que el niño no llora nada. Nosotros le decimos ojo seco a eso, el que no se mira y al otro se le dice ojo.”* (Comadrona No. 6) A continuación se explica brevemente cada uno de estos padecimientos.

El “ojo de sol” o el “ojo de luna”: El ojo de sol o de luna es originado por los rayos solares, que se reciben directamente o los rayos del sol que se reflejan en la luna: *“...es que hay ojo de luna, ojo de sol. Le duele la cabeza y hace así la cabeza, es ojo de luna, también es igual, como hace el ojo de luna. ¿Por qué a uno le llama ojo de sol y ojo de luna? Por que siente el sol, ya no puede caminar, cuando va a salir el sol ya no puede caminar, siente adentro de su cabeza, siente el sol, porque a veces no tiene un su tapado en la cabeza y está trabajando o es hombre y talvez se quitó su sombrero por eso hace. En la noche porque a veces cuando uno sale hacer un oficio sin un trapo en la cabeza, al otro día amanece con un dolor de cabeza ya sintió uno por qué fue, ya uno sabe también por qué comenzó su cabeza, por qué comenzó dolor de cabeza o de sol, estar viendo el sol y le agarró el dolor de cabeza es el sol y se manda. Uno mismo siente el dolor como fue.”* (Comadrona

No. 16). Este padecimiento afecta la cabeza y lo padecen las personas mayores y niños pequeños. El tratamiento que se le aplica al enfermo de ojo de sol busca restaurar el equilibrio perdido entre lo frío-caliente por el exceso de calor aplicando plantas medicinales frescas y aromáticas, pero también utiliza fármacos como el acetaminofén, la aspirina y el alka seltzer: *“el ojo de sol porque van a un río y miran el sol entre el agua, y les da dolor de cabeza con aquella lloradera, y eso se cura con la ruda y un poquito de alcohol, se deshace en la palma de la mano y ya se les pasa en la nuca, en la frente y en la espaldita y de allí el resto se le echa en la cabeza y unas dos cucharaditas de acetaminofén ahora si no hay acetaminofen aunque sea una aspirinita, eso es lo que yo hago.”* (Comadrona No. 12).

El tratamiento del ojo de sol o de luna es similar al otro tipo de mal de ojo común: *“¿Cómo se cura ese ojo de sol o de luna? Es igual como cura un niño ojeado, es igual. Le pasa el monte y el huevo. El huevo entero se tiene que pasar, unos dos y estar listo allí el baño de agua por que lo va a quebrar y le mira usted puro cocido, le mira usted, hace una chibola encima es puro ojo lo que tiene en su cabeza, se recuece el huevo. Bien se puede, se puede, pero siempre de todos modos un su alka-seltzer porque como a veces casi se le sale el corazón, eso es que quiere un alka-seltzer, porque el alka-seltzer luego baja la mucha presión que tiene, cuando es muy fuerte la calentura”.* (Comadrona No. 16)

El tratamiento que se le aplica al enfermo de “ojo de sol” es similar al otro tipo de “mal de ojo” (común) que existe. Todos los tratamientos aplicados por comadronas o terapeutas tradicionales cambian, en aspectos mínimos, pero no son idénticos.

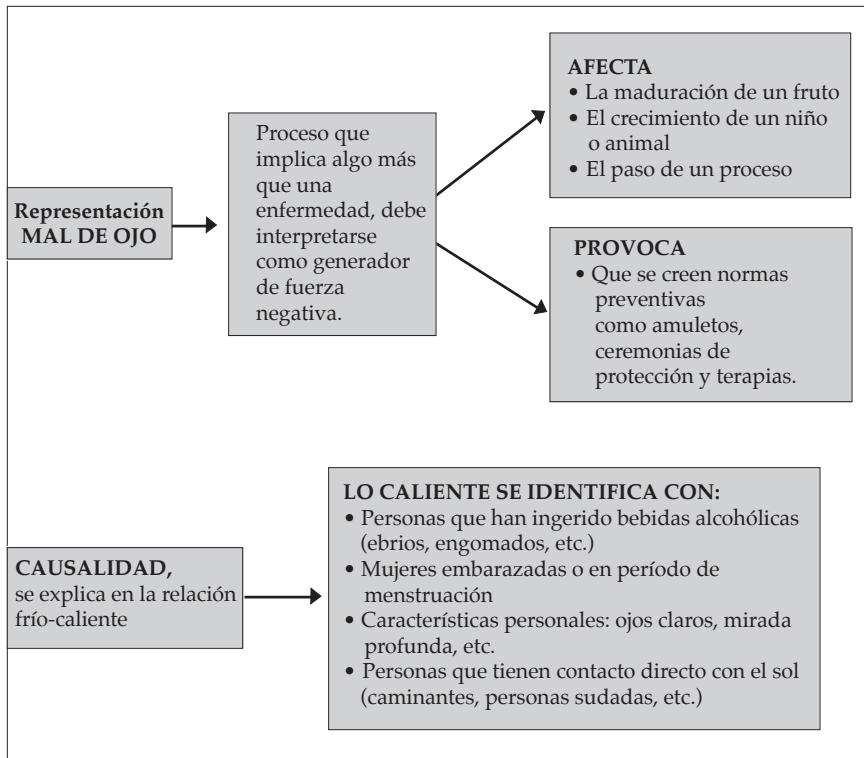
Respecto del “ojo seco”, los testimonios proporcionados por las parteras fueron minoritarios y éstos explican muy poco sus características y no hay testimonios sobre un tratamiento diferenciado al que se utiliza para los otros dos tipos de ojo.

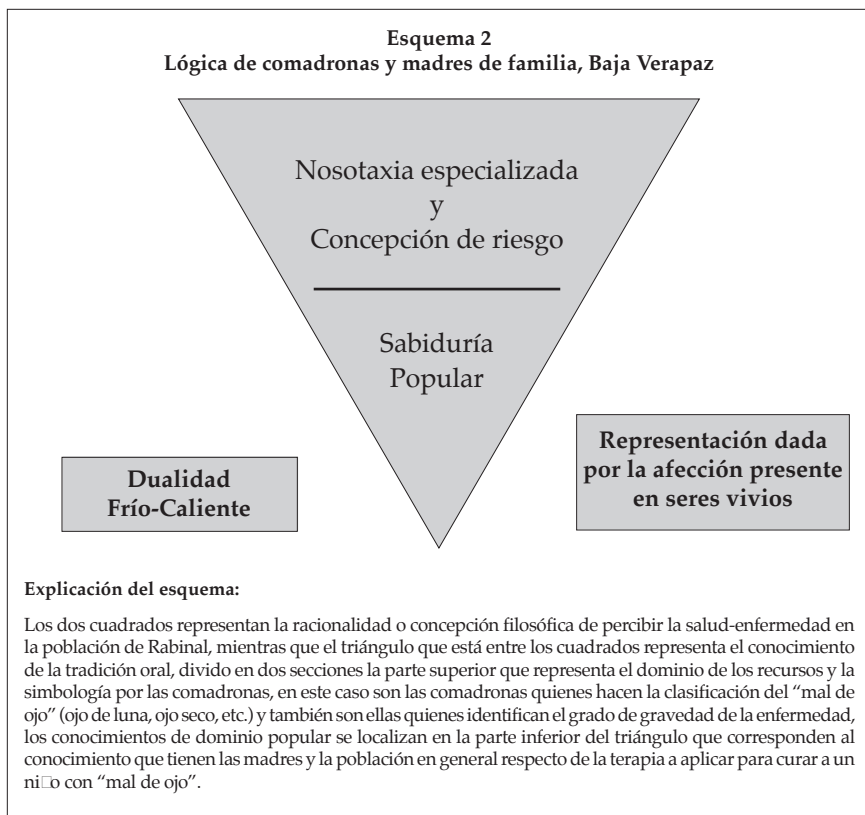
El denominado “mal de ojo” u ojo de gente como lo llamó una comadrona, es el más común, por ser el padecimiento con mayor demanda.

La terapia aplicada por las comadronas para aliviar los tres tipos de ojo, no presenta diferencias significativas. Sin embargo, es el grado de conocimiento o el acceso a recursos simbólicos, lo que diferencia a las madres de familia de las comadronas, por ésta razón las madres buscan a las comadronas para solucionar el mal.

En el esquema que aparece a continuación se presentan los ejes fundamentales que fueron explicados con anterioridad y que servirán de fundamento para poder entender mejor el mal de ojo tratado por las comadronas.

**Esquema 1**  
Bases para la interpretación sobre el mal de ojo





En el tratamiento utilizado para la curación del ojo, intervienen diversos elementos, sin embargo llama la atención que conocimientos populares (como el uso de los siete montes y del huevo) y conocimientos bio-médicos (uso de medicamentos para la elaboración de un remedio casero), se manifiesten conjuntamente.

Entre las comadronas se intentó buscar la lógica o efectividad de articular esos conocimientos, en sus respuestas éstas explican que buscan una rápida efectividad del tratamiento o del remedio casero, muchas comadronas no pueden explicar el ¿por qué articulan esos dos conocimientos?, pero dicen que la experiencia les ha enseñado que las dos terapias combinadas (siete montes-huevo con remedio casero elaborado a base de medicamentos), repercute en la efectividad y la consecución del alivio es rápida: *“Así hacemos siempre porque*

*es importante darle mejoralito y bebetina para que se cure, porque si se le da solo planta no se cura y si se cura está bien si no, se tiene que ir en el centro de salud porque si está muy grave ya no lo reciben, lo tienen que mandar en Salamá (al hospital) para que no se muera porque nosotras solo estamos probando preparar si se cura con plantas. Porque hay enfermedades que se curan rápido y porque Dios también ayuda y si no se cura se tiene que ir en el centro de salud”* (Comadrona No. 14). Otra lógica que explica la articulación de dos conocimientos provenientes de diversa racionalidad, es la aparición de la fiebre, razón porque la que debe utilizarse medicinas que combatan dicho síntoma; *“Así es la costumbre, pero también no es cualquier monte lo que se busca, sólo se busca lo que es medicina, pero así solo la planta no cura tiene que ser combinado y por eso Dios nos ha dejado plantas que son medicina.”* (Comadrona No. 19), *“Porque el Alka-Seltzer es muy bueno, luego baja la temperatura de los niños, y ese limón también es muy bueno, si no hay Alka-Seltzer es bueno el limón, solo limón con ruda, bien colado y se le da al niño y se le quita ya, ahora si es fuerte tenemos que comprar alka-seltzer porque yo tengo mis nietos, dos de ellos, yo solo yo le cureso, dos niños que tengo allí en la casa”.* (Comadrona No.16). Otra lógica que explica la articulación de los dos conocimientos, es la aparición de la fiebre, ya que los medicamentos son más efectivos para combatir dicho síntoma.

Las comadronas recurrieron a la dualidad frío-caliente, para explicar que el tratamiento de la enfermedad consiste en contrarrestar ese equilibrio roto, ya que la enfermedad se considera “caliente”, por ello se debe curar con un “remedio fresco” que contrarreste la fiebre en la cabeza y en el estómago, por ello el Alka-Seltzer o la “Sal de Uvas” (Picot) es un medicamento que se clasifica como “fresco”, ni muy frío o caliente<sup>10</sup>, o sea que el mal de ojo es una enfermedad “caliente” y es por ello que se debe curar con un remedio fresco que contrarreste la fiebre en la cabeza y en el estómago: *“Alka-Seltzer sí, bebetina sí, y este mejoralito ese también, hay que echar un poquito de agua en el fuego un pedacito de cada cosa, pero hay que ver la enfermedad del chiquito, hay que ver, que enfermedad tiene, hay que darle, o sea que si tiene mucho calor, mucho calor, el estómago está caliente entonces hay que dar una Sal Andrews o sea un Sal de Uvas, sí, ese porque es fresco.”* (Comadrona No. 10).

---

10. Para más detalle consultar el artículo de Sheila Cosminsky titulado: “Changing food and medical beliefs and practices in a guatemalan community”.

Se puede concluir entonces que un paso determinante en el tratamiento es el vómito, sin embargo se les preguntó deliberadamente a las comadronas qué ocurría si el niño no vomitaba la flema, qué tan eficaz podría ser el tratamiento; *“Le quedan por dentro esas flemas que lo ha juntado, por que a veces cuando se pone a chillar y arrojar el niño, se junta esa gran flema, flema que tiene por dentro, eso era lo que hace daño en su estómago, y eso era. Por eso sí es bueno que se le dé eso porque se le lava y vomita todo, lo arroja. Cuando no lo vomita se queda todo, se calma un poquito y vuelve otra vez, se calma un poco y vuelve otra vez, es como una bilis que queda, le quedan aires en su estómago y es por eso que le da dolor de estómago, le da asiento porque no se le lava y no lo saca, no tiene capacidad para sacar, para vomitar, es muy duro.”* (Comadrona No. 25). Las respuestas que dieron las comadronas son diversas y en ellas se puede ver claramente que hay una tendencia a relacionar la efectividad del tratamiento con el vómito, y si no se logra el vómito el niño continuará con la molestia hasta que finalmente pueda sacar el mal, como un “asiento” (diarrea) o se puede tratar de nuevo al niño para lograr que vomite: *“Eso ya le dije a usted con un tirarosa, con ese que le dije a usted, se toma dos cucharadas, arroja un poquito y ya salió la flema dicen, ¿Qué pasa si el niño no arroja? Le va a dar su asiento, le da su asiento siempre un poco, le dan asientos, si no lo arroja, le dan asientos, ya estuvo, ya se pone contento el niño, un tirarosa y el otro que le dije”.* (Comadrona No.24), *“Y lo curamos de ojo y no se lo damos y le queda un quejido, un quejido y nosotros nos preguntamos ¿por qué? porque no sale la flema, ella no siente el olor.”* (Comadrona No. 26)

En el tratamiento del “mal de ojo” se observa perfectamente la conducta pluralística de comadronas y madres de familias, se ejemplifica la coexistencia de tratamientos para la eficacia simbólica y para el restablecimiento de la salud. Es por ello que este padecimiento debe ser entendido y explicado en función de éstas dos racionalidades, ya que el analizarlo bajo la óptica de una sola no proporciona los elementos necesarios para su explicación.

El mal de ojo es algo más que una enfermedad para los achí de Rabinal, en su cosmovisión es un proceso que desencadena una fuerza negativa y que afecta primordialmente el crecimiento de un niño, de un fruto o un proceso. Por ello la interpretación del “mal de ojo” debe realizarse en torno a los parámetros de la conducta pluralística de la población y no debe buscarse en términos de la lógica biomédica ya que

la eficacia biológica no es suficiente para la restauración de la salud entre los achí de Rabinal.

En síntesis, la terapia a utilizarse busca solucionar dos tipos muy diferentes de eficacia. Una simbólica que utiliza plantas medicinales y huevo para frotar el cuerpo del enfermo, y otra eficacia encaminada a solucionar dos problemas: la fiebre o temperatura y la molesta flema que tiene el niño.

Para la solución de este problema se utiliza la eficacia químico-farmacéutica de medicamentos comerciales y la eficacia simbólica en conseguir el vómito para liberar al niño de la molestia de la flema.

Es así que la sumatoria de diversas técnicas como: el masaje aplicado con las plantas medicinales, el masaje hecho con aceite en el cuerpo del niño y la liberación de las vías respiratorias por medio del vómito logran, en cualquier niño menor de 6 meses, un alivio momentáneo de sus molestias. Las técnicas empleadas por las comadronas son exitosas ya que solucionan el problema o afección que presentaba el niño.

La racionalidad empleada en el tratamiento del “mal de ojo” es válida porque se consigue el alivio. Cuando un niño se alivia y la madre de familia termina allí su itinerario de la enfermedad, dicho hecho valida y da legitimidad al tratamiento proporcionado por la comadrona.

### **La caída-movida de la matriz**

En la revisión bibliográfica que se hizo tanto en Guatemala como en México, se pudo observar que solo un texto<sup>11</sup> hace referencia a dicho padecimiento, razón por la que se intentarán presentar datos relevantes y específicos sobre el padecimiento.

Durante el trabajo de campo no se podía establecer la diferencia entre movida y caída de la matriz, ello se debe a que la enfermedad abarca diferentes facetas: una en la que puede verse físicamente cómo sale y cuelga la matriz, y la otra, en la que no puede verse la matriz que sale y cuelga, se *siente* que la matriz sale y cuelga (se presenta en mujeres solteras o casadas, vírgenes o no vírgenes), otra muy diferente que está asociada al período de

---

11. El documento es el de Virginia Mellado.

post-parto y se caracteriza por una hemorragia intensa. Debido a que el padecimiento de la enfermedad involucra diversos síntomas y signos, para fines de la presente investigación se utilizará el término: “movida-caída de la matriz”, que da referencia a las tres situaciones descritas anteriormente.

La caída-movida de la matriz en el período post-parto: En el capítulo anterior se explicó el papel de orientadora que la comadrona tiene, respecto de la abstinencia sexual en el período de post-parto. Sin embargo, por diversas razones, existen casos en que los hombres obligan a las mujeres a tener relaciones sexuales, durante ese período de “dieta”, pero también puede ser que la mujer se caiga y se dé un mal golpe durante el período post-parto, dichas situaciones son causa para una hemorragia, algunas comadronas explicaron también que ese problema se puede interpretar como caída-movida de la matriz: *“Por que no se cuidan cuando dan a luz a un niño y los esposos no las respetan de las dietas de los 40 días o dos meses, de no tener relaciones sexuales. O también cargan cosas pesadas cuando están recién alentadas, también porque no se fajan bien cuando dan a luz”* (Comadrona No. 7).

En el testimonio se reconoce una condición delicada para la mujer, en el período post-parto, sin embargo este padecimiento no se presenta únicamente en dicho período, sino también tiene otras connotaciones.

Debido a que no existe una diferencia tangible entre la movida y la caída de la matriz, veamos en palabras de las comadronas cuáles son las diferencias que ellas encuentran:

TESTIMONIO 1: *“Pues es lo mismo con la caída. La caída es más difícil y más dolorosa porque ya no se sabe si regresa a su lugar o no y es mejor mandarla al hospital, por que nosotras únicamente la canchita aquí de colgarlas y como al médico Dios le dio sabiduría”* (Comadrona No. 14)

TESTIMONIO 2: *“La diferencia es que la caída es más peligrosa porque puede provocar la muerte, si no se trata a tiempo, en cambio la movida solo con algunas sobadas se compone o sana”* (Comadrona No. 7)

TESTIMONIO 3: *“Cuando es solo movimiento de la matriz, pues lo que da es un simple dolor de cintura, pero ya al caer la matriz, ya son dolores fuertes, porque la persona ya no camina normalmente. Entonces con un movimiento que la matriz hace empiezan unos dolores, pero dolores no fuertes, sino que simplemente sencillos. Pero ya la caída de la matriz sí son dolores fuertes.”* (Comadrona No. 6)



TESTIMONIO 4: *“La matriz camina y a veces baja en una de las piernas porque en las piernas hay ventanas, pero a veces sale por la vagina, cuando se va por las piernas no sale afuera”.* (Comadrona No. 19)

No hay un consenso entre las opiniones, sin embargo sí se puede ver una tendencia en torno a la gravedad, la movida de la matriz no es tan complicada como la caída de la matriz. Sin embargo las razones de la enfermedad son las mismas. Las comadronas explicaron que se puede detectar el padecimiento porque cuando las mujeres caminan sienten que se le cae algo: *“Ella me dijo que siente que tiene una pepita de jocote y cuando se toca le duele mucho, ella dice que su matriz está caída, porque cuando camina siente que se le va a caer algo, por eso dice que su matriz está caída, pero yo no sé si es su matriz o no, pero yo así le hice y se curó.”* (Comadrona No. 10), se puede palpar y localizar una “chibola”, sin embargo la forma de diagnosticar la enfermedad entre comadronas es diferente; *“Como yo los examino y me doy cuenta que tiene y como yo tengo en mi mente, como yo escucho si es caída de matriz solo toco su estómago y si escucho ruido es porque su matriz no está en su lugar y donde se escucha el ruido allí está su matriz y si está bien no se escucha nada, pero de todos modos se tiene que sobar”* (Comadrona No. 19). Continúan explicando que ese síntoma se debe a diversos esfuerzos que realizan las mujeres ancianas; *“Fíjese señor que eso está en un descuido, y como nosotros ya estamos grandes, entonces vamos hacer una fuerza grande, porque como aguantamos y tenemos resistencia pues lo hacemos y nos echamos una gran carga en la cabeza, como en la cabeza tenemos que hacer más fuerza y entonces va de esa forma, se baja esa cosa, se baja por que estamos haciendo demasiada fuerza, y también pasa con las menores, también porque si están recién compuestas o que tengan su regla, entonces hacen mucha fuerza también, que por que son muchachas tienen potencia, tienen resistencia para hacer fuerzas, también ya a los pocos tiempos se les sale esa cosa, a los pocos días se sale, que ya están molestas y les duele aquí, las canillas, las piernas, porque eso ya viene para afuera, entonces sí hay que sobarlas bien.”* (Comadrona No. 20) o jóvenes, *“... como sabemos que las muchachas juegan pelota y también caminan en bicicleta y como viven lejos se caen y se golpean la cintura, vinieron a buscarme me dicen que quieren examen y yo le pregunté si está embarazada y me dijo que no, dijo que también tiene dolor de espalda y siente que tiene una chibola en su estómago.”* (Comadrona No. 15)

El tratamiento utilizado por comadronas, para la movida-caída de la matriz consiste en colgar a la paciente de las piernas o posicionarla en forma inclinada en una cama con las piernas en alto y la cabeza abajo, luego se debe “sobar” a la enferma con algún tipo de ungüento (pomada, balsámico, moliente, etc.), posteriormente se debe fajar a la mujer, algunas comadronas después de la maniobra dan un remedio casero y finalmente dicen a las enfermas que deben guardar un tiempo prudente de reposo. A continuación se presentan cinco testimonios en donde las comadronas explican el tratamiento:

CASO 1: *“O sea que una mujer vino con ella que no estaba embarazada, ella siente en la matriz que se ha salido, entonces lo que ella hizo es que puso la cabeza abajo, los pies arriba, solo así, entonces ella la sobó, la sobó y le dio golpes en los pies con eso se alivió y la mujer vino agradecerle”* (Comadrona No. 10)

CASO 2: *“Eso no es verdad de que se cuelga, porque yo he curado creo que 3, no es necesidad que se cuelga, hay que traer una pomada, per o bien hasta las canillas, entonces hay que sentir cómo va aquí, hay que sentir si le va la bola aquí, entonces ya se fue para arriba. Acostada la mujer, así es, no parada, no sentada, cómo se va a colgar si hay que levantar. Para la tomada: se toma un manojito de pericón y traer 8 tabletas de chocolate para el dolor de su corazón, entonces hay que echar en el fuego un poquito de ese pericón y un su chocolate, se le puede dar a esa señora, cuando está caída la matriz. Y o le digo que compr e un octavo anisado (aguardiente anisado) y compre un manojito de ese pericón, hay que cocer y hay que dar un poquito el guarito de anís, eso no más.”* (Comadrona No. 11)

CASO 3: *“Es cierto, ya le curé a una, tiene 63 años, se le cayó la matriz, entonces sí está por fuera, porque estaba así mero por fuera, cuando se siente solo un lazo se siente así, porque no se puede sentar y se moja su ropa, entonces en su cama lo que hice fue así, le hice yo así y así se fue su canilla para abajo y lo sobé y para arriba, arriba, lo sobé yo como 8 días, porque ella es gente grande, igual que yo de canosa, entonces yo también, lo calenté con brasa, así como le dije, lo subí pa’rriba, lo subí pa’rriba, cuando ya se sintió se subió para arriba. Otro día ya pudo andar, la fajé bien y ese éter le dí yo a ella también, ya ve ahora viene hacer su plaza la pobrecita, sano bien.”* (Comadrona No. 16)

CASO 4: *“Primero con aceite de comer se soban y después entonces la fajamos y hay que pegarles en los pies, así mire, en la planta del pie, en las plantas de los pies, colgadas para que regrese en su puesto. Así he hecho yo con las señoras grandes o sea*

con las menores. Me vienen a buscar, que aquella buya, qué hacemos, y está afuera ya, tiene un resto afuera y eso molesta y como duele aquí, me vienen a decir y entonces me voy yo, pero buscan faja, les digo yo, tienen que prepararme la faja y aceite de comer y la pomada que sea caliente para sobarla, la medicina que sea de calidad que sea caliente, entonces yo tengo que agarrarla así mire, me la van a colgar, porque yo no puedo, en esa forma si yo no puedo, yo solo a sobarla voy. Entonces viene el marido, el esposo, si está pues mejor, porque él es quien va hacer eso, y si no hay quien, y si no hay esposo, entonces tienen que buscar una persona varón, para que haga eso, ¡qué ver güenza, ni qué nada! Allí abajo, calzón abajo y todo, por que yo tengo que pasar la mano por todo el cuerpo, hasta abajo y de allí viene la otra sobada así, se encuentra la sobada, entonces ya es para arriba, por aquí arriba, entonces ya se sobó bien ya se calentó, y ya regresó, ya se fue, vaya entonces ya se va bajando poco a poquito, ya viene la faja, con la misma faja que la colgaron, se saca, la desatan y ya viene aquí, de la cintura bien fajada, pero tiene que tener tratamiento, si quiera por lo menos 40 días, para que así no tenga ejercicio, sino vuelve otra vez, no se le quita, se le quita unos momentos y allí como ya están en oficios parada allí, haciendo ejercicio, se baja otra vez, regresa, entonces para qué, no le sirve para nada. Pues entonces así, eso es lo que yo he entendido” (Comadrona No. 20)

CASO 5: –“Han habido casos así en que yo he ido arreglar, hay veces que ya está afuera ya, entonces se agarra una mantita blanca y con eso se va echando para adentro, para adentro y ya, se queda en cama y se queda allí 8 días, que no vaya a salir andar por ahí, porque entonces se vuelve a salir, la paciente tiene que quedarse allí 8 días seguidos.” (Grupo focal).

En algunos testimonios, las comadronas explican que la vagina puede verse físicamente, entonces parte del tratamiento aplicado consiste en introducir de nuevo la vagina en su lugar, como se puede ver en la mayoría de casos no se ve que la vagina salga<sup>12</sup>, el tratamiento del padecimiento consiste en: a) una sobada que va de pies a cintura en una posición en que los pies queden por arriba de la cintura, b) la utilización de un balsámico para sobar, c) posteriormente se faja a la paciente y en algunos casos al finalizar se le da un remedio “caliente” a la enferma.

12. Si se entienden bien los testimonios, solo en el último caso la comadrona explica claramente que el tratamiento consistió en meter de nuevo la vagina a su lugar, mientras que en el caso No. 3 la maniobra no consistió en poner la vagina de nuevo en su lugar, sino solo sobar y dar remedios calientes. Y en el caso No.4: la comadrona explica la forma en que se cuelga a la paciente y no la forma en cómo introduce de nuevo la vagina en su lugar.

Se tiene muy poca información respecto de la causa de este padecimiento, la mayoría de las comadronas dijeron, se debe a que la mujer hace mucho esfuerzo para levantar cosas pesadas, situación que se agrava porque generalmente son mujeres ancianas.

El tratamiento consiste en un “calentamiento” por medio de la sobada y del remedio tomado. En ese sentido se aplica un calentamiento excesivo del cuerpo de la mujer, la racionalidad que puede estar detrás de esta terapia consiste en proteger a las mujeres de la tercera edad, para evitar un desgaste excesivo de su cuerpo y de peores afecciones.

En este sentido se han evidenciado casos entre mujeres ancianas de Rabinal con profilaxis uterino, los cuales se han reportado en el hospital de Salamá. Pero es necesario aclarar en este sentido que no se quiere buscar un sinónimo de la enfermedad en términos bio-médicos, sino entender la lógica presente en el padecimiento movida-caída de la matriz, buscar una posible articulación si la hubiere, pero esto será motivo de investigaciones futuras.

Aunque es difícil establecer la diferencia entre movida y caída, el hacer una interpretación de los testimonios de las comadronas, se puede entender que la movida de la matriz es el padecimiento en donde el órgano se desplaza de su lugar, esta representación que tienen los pobladores de Rabinal, respecto de que ciertos órganos del cuerpo humano son móviles es de ascendencia maya. Al respecto de esta interpretación, durante el trabajo de campo se les pidió a las comadronas que dibujaran lo que pasaba cuando a las mujeres se les movida-caía la matriz y en los dibujos se puede apreciar cómo ellas dibujan el desplazamiento hacia los lados o hacia afuera. Debido a ésta concepción que se tiene del cuerpo “la movida de la matriz”, se entiende como un órgano interno no visible.

Dicho padecimiento es competencia de las comadronas, entre la gama de terapeutas tradicionales que existen en Rabinal, pero debido a que es un padecimiento que se ubica en uno de los órganos, que más pudor, vergüenza y prohibición representan es el cuerpo femenino, la intromisión de personas masculinas ajenas al núcleo familiar, es impensable, por ello la consulta a la comadrona se vuelve obligatoria.

## El pujido

No se conoce documento alguno que estudie o explique con profundidad dicho padecimiento, algunos textos<sup>13</sup> que tienen como temática principal las enfermedades tradicionales, hacen solamente mención de los lugares en donde se ha reportado la enfermedad.

Esta enfermedad la sufren las niñas pequeños menores de 3 meses: *“El pujido es porque se tuerce el chiquito, se va hacer así y a cada rato, entonces el ombligo ese es el que se sube para arriba, porque el pujido le da cuando tiene un mes o dos meses el chiquito, 3 meses tiene el chiquito, entonces ya no le da porque ya está grande, recién nacido sí le da ese pujido.”* (Comadrona No.11).

Durante el tiempo en que se realizó el trabajo de campo se presenciaron dos curaciones de niños ojeados, mientras que no se pudo hacer ninguna observación de alguna curación de niños con pujido, esto se explica porque el pujido tiene menor incidencia en comparación con el mal de ojo.

El origen de la enfermedad se basa en el principio de la ley de contacto<sup>14</sup> (lo semejante produce algo semejante). De esta cuenta, el origen del pujido se da porque la madre embarazada aspira humo contaminado, puede ser: humo de un cigarro: *“Saber por qué, hay unos que dicen porque el padre fuma cigarro o toman mucho, el olor lo jala el niño.”* (Comadrona No. 22), *“Eso sí, de pujido porque fíjese que un su cigarro se fuman cuando está el chiquito, cuando está tiernito”* (Comadrona No. 23), o el humo contaminado de las camionetas, *“Pues yo sí que no he podido reflexionar más sobre eso, por qué como nacen puros, tranquilitos y bien, y de repente que, empiezan, pero hay veces de que nos dicen unos que confiesan de que cuando uno fuma mucho cigarr o cerca de la mujer embarazada por eso, o por la humazones de la camioneta, hay veces que lo ha tragado la señora y el niño ya viene de por sí contaminado desde que viene desde el nacimiento, dicen, es por eso que se produce ese enfermedad el pujido, porque eso es que se estira y se estira. Si es muy fuerte se hincha el ombligo y comienza a sangrar.”* (Comadrona No. 25), aunque algunas comadronas además del humo del cigarro, también explicaron otros elementos: *“Bueno yo he oído, nada más he*

---

13. Consúltese el artículo de Alfredo Méndez Domingo, ponencias y escritos de la Instancia Nacional de Salud.

14. De George Frazer.

*oído, hay un hombre que fuma un cigarro cerquita del nene y es por eso que da ese pujido, ese pujido, como se llama, porque fuma cerca, por eso va a pasar eso, va eso es uno, y dicen que si hay un señor que viene a ver el nene y se está lavando <sup>sopa</sup> de nacimiento, se jode el nene, ese es otro.” (Comadrona No.24)*

Más adelante se explica la terapia para curar el padecimiento, pero para explicar el principio de semejanza, es necesario indicar que la curación se basa en la aspiración de humo.

La enfermedad se identifica o se diagnostica por el pujo que presentan los niños menores de seis meses y precisamente a ello se le debe su nombre. Los niños están molestos porque pujan demasiado: *“El pujido es que no se duerme, llora mucho, ya no mama y ya no se duerme y se despierta mucho y se estira mucho.” (Comadrona No.22), “Es que el niño está pujando y pujando y no se tranquiliza cuando se le da de mamarlo se le detiene, hasta que lo curamos, se cura tres veces y así se sana.” (Comadrona No. 23).*

Los padecimientos de racionalidad achí o racionalidad diferenciada a la biomédica, se caracterizan por la vulnerabilidad del riesgo, ello debe interpretarse como una pronta consulta del padecimiento al terapeuta tradicional, quien sabe y entiende de estos padecimientos, ya que buscar un alivio o una efectividad con el médico o en el centro de salud repercute la mayoría de veces en la complicación de la enfermedad. En esa misma interpretación de la vulnerabilidad del riesgo se asocia el “mal de ojo”, como se explica anteriormente, éste desencadena fuerzas negativas que repercuten la mayoría de veces en la complicación de otras enfermedades. *“Si aparte es el ojo, entonces, pero dicen que de eso depende el pujido. Primero se ojea y de eso queda como una fiebre e sí, primero se ojea y de allí queda como una fiebre y eso es más fuerte, porque el niño tiene unos pujidos, se pone negro, negro, pero dicen que esa fuerza que echan es como una disentería, que ellos sienten ensuciar, pero es fuego en sus nalquitas.” (Comadrona No. 26)*

El tratamiento para curar el pujido, se entiende mejor como una ceremonia o rito, en donde el humo, juega un papel determinante. Son el calor y el humo quienes hacen la función curativa, a continuación se presentan cuatro casos, muy parecidos en donde las comadronas explican el proceso:

CASO 1: *“Entonces yo he curado ese pujido porque eso tuvo un mi nieto, entonces le pregunté yo: ¿Qué le pasaal niño? Asaber mamá, me dijo, es que yo no*

*sé pues, porque es el primer hijo, entonces al otro día, cortó la espina de tacuacín, hay otros montes, es otro monte que hay aquí, es un monte blanco, le dije yo, hay que hacer esto y le decís a tu mamá que te traiga ese monte. Le dijo su tía, entonces yo me llevé el monte, y lo quemamos, es quemada la espina de tacuacín y es quemado ese monte, entonces lo pasamos en todo el pañalito, se pasa encima del humo, entonces al chiquito se envuelve en un trapo se pasa encima del humo, ese son 7 vueltas que se le dan en el humo, pero no se quema, si no que está echando el humo, se le pasan todos los pañalitos y cabal ya estuvo, eso es para curar el pujido, eso no es un aceite, no es un que... Eso es solo el humo.” (Comadrona No. 11)*

*CASO 2: “Pero a veces que eso no se cura con medicina, solo con montes se puede curar, se quema, no sé como se le llama al monte del campo, canilla de zope, hoja de zope, como se le dice, pero más canilla de zope, ese es bien buenísimo para eso, pero solo es contado que se pone eso, como son 7 montes que se le hace, pero es quemadito y se le pasa al niño en cruz. Se quema el monte, pero es un montón porque son 3 hojas de cada cosa, de las plantas, se quema una clase de espina y la canilla de zope y un poco de dos clases de espinas, y un poco de chilca y se les quema y se les hace el mismo encima embrocado y se le toca, cuando se le pasa se le toca, embrocado, se le aplaude aquí en su pulmón, le damos palmaditas, y solo con una mano es que se le hace así, en cruz, eso es solamente la medicina. El popó de paloma se va quemado con ese monte, pero son contados, no en el montón, porque si no se ahoga el niño también, y todos los pañalitos, las colchas que el niño tiene para envolver a él o a ella, eso todo se pasa allí, se le hace y se le saca eso y se le ponen en un vaso y se le vuelve hacer, por 3 días, a la otra semana y 3 días, o sea a los 3 meses”. (Comadrona No. 25)*

*CASO 3: “Hay unos montes que se llaman, no sé como se llaman, pero para que hay tanto en la aldea de Pahoj, medio blanco, ese hay que quemar hay que quemar y hay que sacar la ropa del niño, y hay que echar encima el humo, toda su ropa y la va a sacar la ropa puesta y hay que pasarla por el humo, solo con eso, solo con eso, y más no.” (Comadrona No. 26)*

*CASO 4: “Para el pujido entonces un poquito de tacuacín, de cómo se llama, pero no es de mero tacuacín, espina de tacuacín de cómo se llama, pero no es de mero tacuacín, se corta tacuacín de espina, de esas 7 espinas, hay que echar en un plato de... y un poquito de caña que ya está chupada, chupada, chupada, de esa que está tirada, entonces hay que preparar eso, hay que echarle con las espinas y un poquito de suquín de espinas, así de tamaño... Esas espinas para que lo quiten y*



*en veces hay que hacer eso, pero primero las piedras para moler, entonces hay que buscar una toalla del niño, hay que buscar. si es varón el niño hay que buscar una niña de 8 años, para que lo crucen en la piedra, lo cruzan así, lo sacan allí, lo sacan así, lo meten para que lo crucen así es el secreto, así se quita el pujido, ese es, si lo echan en su boca, esa manteca de..., por que dicen las gentes grandes, las gentes ancianas, es puo valor, valor adentio, valor en su corazón dicen para que la manteca de.... lo saquen, y la piedra de moler lo sacan, eso es, es consejos de nuestros ancianos, de nuestros padres.” (Comadrona No. 7)*

Vemos que en todos los testimonios el recurso terapéutico utilizado es el humo, algunas de las comadronas no conocen el nombre de la planta que utilizan pero explican que es de color blanco, y la identifican perfectamente. En un testimonio se explicó que son necesarios algunos movimientos en forma de cruz para pasar al niño, los pañales y la ropa que utiliza el niño.

Esa terapia utilizada para curar el pujido se le llama: “desahumerio”<sup>15</sup>, este recurso utilizado responde claramente a un proceso de eficacia simbólica. Se utiliza el humo como un medio purificador al igual que el agua en los niños pequeños y recién nacidos. Las comadronas explicaron que los niños pequeños se desahuman para protegerlos de enfermedades. Insistimos en señalar que esta terapia cumple con una eficacia simbólica, ya que para los conjuntos sociales achís este tipo de terapias son tan importantes y efectivas como las que hace un médico: “Solo cuando nacen porque cuando nacen, dicen que la costumbre de antes, de mi comadrona, cuando ella me asistió a mí, entonces ella me decía que había que desahumarlos cuando nacen, pero de 3 días de edad, para poder desahumarlos, me decía la señora, porque trae muchos hielos en el estómago y vienen llorones, es que algo les duele, me decía ella, entonces, ella los desahumaba, pero con romero, se juntaba romero en un plato viejo y desahumaba los pañales y los ponía así encima del desahumerio, así hacía ella, me decía que también era para evitar el ojo.

*Si, a según la enfermedad, como no, como decir el romero, esa clase de medicina, que dice que es para que no sean llorones, porque alguna cosa traen y*

---

15. Las comadronas utilizan ese término en vez de: sahumero, según el diccionario de la Real Academia Española la definición del término es: Dar humo aromático a una cosa a fin de purificarla o para que huelga bien.



*como no sabe uno, entonces traen esa cosa que les molesta y solo Dios sabe en qué forma, ellos están molestos, entonces es por eso que está el desahumerio de ese monte del romero y también dicen que es para evitar lo del ojo, así no hay necesidad de estarlo tapando, hay personas así de que he visto yo". (Comadrona No. 20)*

Este tipo de padecimiento se explica mejor si lo referimos a terapias de tipo ritual y ceremonial. El humo y el olor son elementos muy poco estudiados en el ámbito ritual, ceremonial y simbólico, no existen estudios arqueológicos y antropológicos sobre el tema, al menos no en Guatemala. Y este padecimiento llamado "pujido", tiene elementos que lo orientan y explican cuando son remitidos a un ritual purificador.

Las evidencias sugieren que existe una lógica: en primer lugar se da entre niños menores de 6 meses, edad que en la cosmovisión maya se relaciona con un estado de pureza, en segundo lugar el humo que se utiliza para "desahumar (sahumerio) la ropa" es un humo especial conformado por ciertos elementos: espinas de tacuacín<sup>16</sup> y plantas medicinales, que posiblemente han de poseer una connotación sagrada. Y en tercer lugar el tratamiento en sí, el uso del humo; es básicamente ritual. Como se insiste en el comienzo de este capítulo, las representaciones de los padecimientos también forman parte del legado cultural que atienden las comadronas en Rabinal, Baja Verapaz.

### **Algo más que padecimientos: las representaciones, prácticas, técnicas y terapias**

Los padecimientos expuestos en el capítulo no pueden clasificarse dentro de los parámetros bio-médicos de "enfermedad". Todos los padecimientos, terapias y técnicas forman parte de una racionalidad achí en torno al proceso salud/enfermedad/atención.

Para hacer el análisis de los padecimientos atendidos por comadronas, se recurrió a diversos procedimientos para su interpretación, los cuales se explican a continuación:

---

16. Algunas madres dijeron que utilizaban espinas de puercoespín, pero esta confusión se debió a que las comadronas tuvieron que decirme el nombre en castellano y no en achí.

Respecto al mal de ojo, se observa la coexistencia de tratamientos para la eficacia simbólica y eficiencia para el restablecimiento de la salud. En base a éstos, el padecimiento debe ser entendido y explicado en la función de estas dos racionalidades (la biomédica y achí), ya que el analizarlo bajo la óptica de una sola no proporciona los elementos necesarios para su explicación. Es importante también no perder de vista que el mal de ojo se interpreta en términos achís como una representación y no como un padecimiento. Ya que éste implica el desencadenamiento de una fuerza negativa que se manifiesta en diversas formas. Se intenta aplicar una terapia para restaurar el equilibrio que se ha perdido. Esta cosmovisión no puede interpretarse en términos de la ciencia occidental.

En igual forma la caída y la movida de la matriz es un tipo de padecimiento que no está bien definido entre madres y comadronas en Rabinal, porque a pesar de que son dos padecimientos diferentes, los testimonios dados por las comadronas no enfatizan en la diferencia. Se diferencian porque la movida de la matriz es un padecimiento que requiere más de una eficacia simbólica, mientras que la caída de la matriz es un padecimiento que involucra la aplicación de una terapia en particular, que se basa en masajes, toma de remedios caseros y reposo.

El pujido es un padecimiento, que debe situarse en un punto intermedio; entre un tipo de enfermedad y un ritual de purificación. Ya que se considera un padecimiento o una enfermedad porque se diagnostica y se reconocen determinados signos y síntomas, pero toda la terapia que se aplica está encaminada a identificarlo como un ritual o ceremonia.

Como se insiste al comienzo de este capítulo, las representaciones de los padecimientos también forman parte del legado cultural que atienden las comadronas en Rabinal, Baja Verapaz. Todos estos padecimientos son comprendidos cuando se utiliza una racionalidad holística.

Algunas investigaciones<sup>21</sup> sobre el tema, basan el análisis de los padecimientos en la racionalidad científica, sin embargo es necesario que para el análisis de los padecimientos confluyan distintas racionalidades. Basta con señalar que las representaciones de los conjuntos sociales no pueden ser explicadas bajo un solo punto de vista: (médico, religioso, económico, político, social, histórico).

El objetivo de presentar, describir y explicar los padecimientos, las terapias y las técnicas utilizadas por las parteras de Rabinal, se dirigen a todas las personas que trabajan en el sector salud, a que la práctica de las mismas demuestra, que existe más de una forma de conseguir alivio.

El conocer mejor las técnicas y terapias utilizadas por las comadronas (parche, apagado, cocido, etc.), deben sugerir a los diversos programas de educación para la salud una práctica propia para la aplicación de recetas de los fármacos de patente, ya que la dosificación de éstos responden a una racionalidad biomédica, basada en personas que saben leer y escribir, que manejan medidas de capacidad, etc. Es cierto que no todas las recetas de medicamentos pueden enmarcarse dentro de esas terapias y técnicas propias, pero aún así la población tiene las bases y referentes sobre la atención que se debe brindar a un enfermo. La información proporcionada puede utilizarse como base para realizar talleres e intercambios de información en beneficio de la población.

Esperamos también que los hallazgos de esta investigación sugieran más de una forma de llegar a la población, que sugiera nuevos campos de investigación primordialmente a los estudiosos del área química-biológica, por ser ellos quienes ya han realizado investigaciones respecto de las plantas medicinales en Guatemala. Se espera que se integren equipos multidisciplinarios para validar la eficacia farmacológica de los remedios caseros. Se sugiere también que los resultados de las investigaciones sobre plantas se den a conocer entre los grupos étnicos en Guatemala, en beneficio del bienestar de la población.

Lo cotidiano y lo empírico que resulta ser el conocimiento sobre la utilización de una planta medicinal o elaboración de un remedio casero, sugiere la denominación de “no científicos”, pero además sugiere también la descalificación de su uso. Sin embargo, todos los conocimientos respecto de “técnicas” y “terapias” que han pervivido en la memoria colectiva de Rabinal se han utilizado y son saberes que identifican y denotan pertenencia en la vida cotidiana.

---

17. De nuevo me remito a los estudios elaborados por Adams, Hurtado, Douglas y Cosminsky.

## CAPÍTULO 8

# LOS ITINERARIOS DE ENFERMEDAD-MUERTE Y LA RELACIÓN DE LA COMADRONA CON LOS AGENTES DE SALUD EN RABINAL

La unidad de análisis de toda la investigación fueron las comadronas, la intención del presente capítulo es visualizar la demanda de los servicios de la comadrona en otros ámbitos del proceso salud enfermedad, como el itinerario de la enfermedad en la familia extensa de la comadrona, pero también el itinerario de enfermedad-muerte respecto a la mortalidad infantil, y las relaciones que hay entre comadronas y agentes de salud (médicos, enfermeras, promotores de salud, etc.)

### **El itinerario de la enfermedad**

En el capítulo quinto se hace mención a 25 genealogías que se hicieron a las comadronas de Rabinal, el objetivo de éstas fue la identificación de 3 y hasta 4 generaciones de mujeres. En dichas genealogías se tomó como ego a la comadrona entrevistada y si se relaciona esta información con la media de la edad de las comadronas que es de 56 años, en la mayoría de las genealogías se puede identificar una primera generación que son las madres de nuestro ego entrevistado, una segunda generación que son las comadronas entrevistadas, otra generación de las hijas de las comadronas y dependiendo de la edad de la comadrona entrevistada, aparece una 4ta. generación que sería las nietas de la comadrona.<sup>1</sup>

De las 25 genealogías se seleccionaron 16, para poder entrevistar a una mujer de la familia extensa de la comadrona. El criterio para seleccionar

---

1. Para más detalle consultar el anexo número uno.

a dicha mujer fue la subordinación de ésta ante la autoridad de la comadrona, de esta cuenta se entrevistó a hijas, a hermanas menores y a nueras de la comadrona. Como puede observarse en el cuadro 28, se entrevistó a mujeres de la familia extensa de la comadrona para poder visualizar la figura de la comadrona en el itinerario de la enfermedad y en la selección de comadrona para los partos de los hijos.

**Cuadro 28**  
**Total de mujeres entrevistadas en familia extensa de comadrona**

Parentesco con partera	F <sup>2</sup>	%
Hija	2	12.5
Hermana	3	18.8
Hija y hermana	1	06.2
Nuera	10	62.5
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>100</b>

Es importante aclarar el estatus de las mujeres entrevistadas, porque el rol de nuera/cuñada, y el de hija-hermana, a pesar de estar en la misma jerarquía porque ambas están subordinadas a la madre partera es diferente la relación de reciprocidad y confianza, porque el rol de subordinación de las hijas no es comparable con el de una mujer ajena al núcleo familiar.

Para todas las entrevistadas, nueras, hijas y hermanas, la partera residía en la misma casa o en la casa próxima situadas en el mismo terreno. Las temáticas de las entrevistas se concentraron en dos puntos: la comadrona designada o escogida para atender los partos y la persona a quien se recurre cuando una persona en la familia se enferma.

En el cuadro 29 se presentan los datos respecto de la persona que atiende los partos en la familia de las mujeres entrevistadas.

---

2. La investigación utilizó una metodología cualitativa, como se puede observar el total de mujeres entrevistadas son muy pocas, se hizo esta tabulación de los datos NO con fines cuantitativos, sino para visualizar tendencias, mayorías o minorías. Este pie de página se generaliza para todos los cuadros que aparecen en el capítulo.

**Cuadro 29**  
**Atención del parto en familia extensa de la comadrona<sup>3</sup>**

Parentesco	Porcentaje de atención de partos por comadrona de la familia extensa		
Nuera	07	50	85.7%
Hermana	03	21.4	
Hija	02	14.3	
Otra persona	02 <sup>4</sup>	14.3	14.3%
Total	14		100.0%

La mayoría de las mujeres entrevistadas fue atendida por su pariente comadrona (suegra, hermana o madre). Sin embargo llama la atención los dos casos que buscaron la atención del parto fuera de la familia. En la interpretación que se hace de las respuestas que dieron las entrevistadas se explica la situación. La decisión de buscar a un médico (en el caso de una), se debe probablemente a que la hija, con un nivel de educación más completo, decide acudir al médico siguiendo el patrón hegemónico de la bio-medicina. Y en el caso de la búsqueda de una comadrona ajena (en el otro caso) a criterio de la entrevistada la decisión fue tomada por el esposo, esto se explica mejor en una relación hostil con la suegra, ya que en la misma entrevista la mujer dice que acude con una comadrona (que no es su suegra) para tratarse de un problema de dolor de cabeza y “desmayamiento” que estaba padeciendo. No hay un uso de la comadrona en su propia familia extensa a la hora de atender los partos.

Sin embargo, la situación de búsqueda en el momento en que surge alguna enfermedad en la familia, es diversa. Se hicieron varias preguntas en las entrevistas con la intención de verificar el lugar que ocupa la comadrona en el itinerario de enfermedad en la misma familia extensa.

3. A dos mujeres no se les preguntó.

4. Las explicaciones que dieron las mujeres que no fueron atendidas por la comadrona de la familia extensa fueron, primer caso: Aunque la madre del esposo es comadrona, por indicación del mismo la mujer se atendió con otra comadrona; segundo caso: La mujer se atendió con un médico, aunque la madre de la entrevistada es comadrona.

Las entrevistas se basaron en dos puntos importantes: la conducta real (lo que la madre hace), identificada en el último episodio de enfermedad que sucedió en la familia y la conducta ideal (lo que la madre dice que hace) reflejada en una serie de preguntas que aparecen después del último episodio de enfermedad en la familia. Los datos recolectados en las entrevistas aparecen en el cuadro 30.

**Cuadro 30**  
**Comparación de datos entre conducta real y conducta ideal respecto a la atención de la enfermedad en la familia extensa de la comadrona**

<b>Conducta real</b>	<b>F</b>	<b>%</b>	<b>Conducta ideal</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Atención del padecimiento en la familia extensa	7 <sup>5</sup>	43.8	Atención del padecimiento en la familia extensa	10 <sup>6</sup>	62.5
Atención con recursos fuera de la familia extensa (médico, farmacia)	9	56.2	Atención con recursos fuera de la familia extensa (médico, farmacia)	6	37.5
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>100</b>	<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>100</b>

De acuerdo al cuadro la atención de las enfermedades reportadas en la familia extensa de la comadrona se puede agrupar en tres grupos: a). la autoatención brindada por la madre sin consultar a ninguna otra persona, b). la búsqueda de recursos dentro de la familia extensa y c).- la utilización del sector salud, (médico, farmacia, etc.).

La diferencia entre la conducta real y la ideal no varía mucho, primordialmente porque la edad de la persona y el rol que ocupa en la familia son dos elementos importantes de considerar al estudiar los itinerarios de la enfermedad, porque cuando una persona adulta es la enferma, en la mayoría de los casos no se consulta a un familiar, y si se hace, es al esposo por las razones económicas que implican un gasto en la compra de un medicamento o en el pago del médico.

---

5. Dos de los siete casos fueron resueltos por la madre sin consultar a ninguna otra persona.

6. Esta información no recolectó datos sobre los casos de autoatención resueltos por la madre directamente.

Mientras que, cuando es un hijo o un menor, el enfermo, se dan dos situaciones: a) un auto-cuidado por parte de la madre; o sea que es ella quien decide sobre la autoatención o búsqueda de algún recurso inmediato de salud, o b) la consulta a diversos familiares. Es importante mencionar que el proceder para cada uno de los casos varía de acuerdo al tipo de padecimiento del enfermo.

Al realizar una interpretación de los datos de los cuadros 28 y 29, se puede decir que en la tercera y cuarta generación de la familia extensa de la comadrona, comienza a observarse una tendencia sobre el desuso de la comadrona pariente; se busca la atención médica para los males y nacimientos de los niños. La influencia de la práctica biomédica está comenzando a cambiar un patrón, que afecta profundamente una profesión que se ha mantenido por más de 3,000 años y que además es un reservorio de conocimientos, prácticas y representaciones de la racionalidad aquí que las mujeres de Rabinal mantienen de generación en generación.

El itinerario de la enfermedad desde un punto de vista cualitativo debe ser estudiado por medio de casos y episodios según las enfermedades como los hace Rosa María Osorio<sup>7</sup>, sin embargo la intención de este apartado era visualizar la figura de la comadrona en los itinerarios de enfermedad dentro de su familia extensa

La madre o una mujer adulta son generalmente las designadas por la unidad doméstica para atender los padecimientos que sufren los miembros de la familia. Para atender a los enfermos esta persona realiza las actividades siguientes: a) un primer diagnóstico, b) administra los primeros tratamientos haciendo uso de medicamentos (fármacos) o remedios caseros a base de plantas medicinales, c) decide sobre un tratamiento mágico-religioso o el inicio de la carrera del enfermo.

Cuando dicha mujer toma una decisión y comienza con una carrera o con un itinerario de la enfermedad, la intervención de los terapeutas tradicionales aparece como una opción ya que éstos solucionan dos tipos de problemas: a) de infraestructura y b) problemas de eficacia.

---

7. Para más detalle, consultar la bibliografía.



Respecto a los problemas de infraestructura, los terapeutas tradicionales solucionan: la barrera de tipo económico que se manifiesta en las familias con pocos recursos y que viven en el área rural: *“...fíjese que yo lo hago todo, yo hoy no sacudí, yo cur o a toda la gente y salgo, per o la gente no me paga mucho, todo lo hago, hay veces que me dan 10, que 5 quetzalitos (moneda guatemalteca) y un doctor fíjese, 20 quetzales cobra y no da remedio, no da nada, solo apunta y vaya a comprar usted con su diner o a la farmacia”* (Comadrona No. 13). También solucionan la barrera de distancia; debido a la lejanía en que se ubican los servicios estatales de salud del lugar en donde viven.

Un hecho importante para la población de Rabinal es la restauración de la salud, pero entendida ésta en términos del holismo, por ello los problemas de eficacia que solucionan los terapeutas tradicionales tales son los ritos, las ceremonias y significados especiales<sup>8</sup>, son elementos indispensables en la curación de algunos padecimientos.

A partir de los itinerarios de la enfermedad se establece una relación entre madres de familia y terapeutas tradicionales, se da especialmente un enlace entre madres y parteras, sin embargo los itinerarios que relacionan a éstas mujeres son múltiples.

Según los testimonios de las comadronas, existen algunos factores que direccionan el rumbo del itinerario en la enfermedad:

A. La gravedad de la enfermedad es un factor determinante en la carrera de la enfermedad, porque no todos los padecimientos son iguales, algunos necesitan un alivio rápido y, en otros, los síntomas son recurrentes: *“...es como una fiebre, entonces ya solo los examino y conozco que es fiebre e entonces ya los mando con el doctor, porque allí si uno ya no tiene que ver, ya es fiebre, pero para males que podemos remediarlos nosotros, yo trabajo. Pero así también he curado de fiebre porque ya van deshidratados, ¡Qué saber Dios! Si llegan hasta el pueblo para curarse, hay unos que no, entonces yo acostumbro darles unos baños de pies, lesecho un grano de sal al agua, luego los seco con una toalla y un lienzo en la cabeza, los seco con una toalla, les hago baño de pies y de manos y con una toalla los dejo bien envueltos y les doy un pedazo de acetaminofén y la curafiebre, va, si no sienten alivio con eso, el suer o, entonces que se los lleven a un centro de salud con un doctor, también está el derecho de mandarlos para allá.”* (Comadrona No. 26)

8. Algunos de esos padecimientos son: mal de ojo, pujido, movida-caída de la matriz, etc.

Las comadronas también reconocen que sus conocimientos son limitados y en algunos casos aunque éstas ya han comenzado a tratar, admiten que no tienen los conocimientos necesarios para tratar los padecimientos: *“Si no se cura con el tratamiento que uno le da, pues llevarlo al centro de salud por que eso nos han dicho.”* (Comadrona No.14). En esos casos las comadronas recomiendan que se busque la farmacia, *“porque yo una vez yo lo llevé en la farmacia, había un niño que ya casi tenía el año y estaba vomitando y vomitando, ¡ah! yo me fui para allá y le dije al señor disculpe qué remedio le voy a dar a mi hijo, él está bien malo, está vomitando y vomitando, compré un su frasco me dijo, compré el aceite francés, el aceite ruda, esto le va a dar usted, cabal le doy al muchachito, le dí al rato, llegué a la casa y le dí otra vez, sólo con eso se curó, el muchacho ahora está trabajando en Guatemala.”*(Comadrona No.26), el doctor en el centro de salud: *“Como hay también de infección, para la infección eso no mucho entendí yo, entonces lo llevaba yo con las personas entendidas, que saben. Les preguntaba yo, que estaba pasando con esa niña, que así se encuentra y yo ya le hice la medicina del empacho y lo mismo está, entonces ya me decían que era lo que tenía, y allí si yo no podía porque eso era diferente.”* (Comadrona No. 20) o en su clínica privada.

B. La implicación monetaria y su repercusión en la unidad doméstica, es uno de los factores que dirige esa carrera de la enfermedad, *“... y fíjese ir con el doctor cuánto le va a cobrar el doctor entonces nosotros primero lo curamos de ojo, ahora si no muy se cura, eso si lo vamos a llevar donde el doctor o al centro de salud, pero si es que no se cura, hay que pasar el pato, pasar los montes tres veces se cura el niño si es ojo, si mira al niño muy chelón, muy chelón, ya ya se quita con los montes”* (Comadrona No.2), pero también la racionalidad que se tiene sobre la clasificación de las enfermedades populares es otro factor que direcciona el itinerario de la enfermedad, porque no se busca alivio en el sector bio-médico de un padecimiento que compete a las terapias aplicadas por los terapeutas tradicionales (por ejemplo el mal de ojo, como la comadrona explica en el testimonio anterior).

C. La falta de aceptación de las prácticas biomédicas es otro factor determinante para que una madre tome una decisión para recurrir con una comadrona o al centro de salud: *“Una mi paciente que es enfermera del centro de salud en Rabinal, me dijo que ella quería que yo le atendiera su parto, por que, dice ella allá en el centro de salud a las mujeres que se componen las operan (episiotomía), y ella no quiere que la operen.”* (Comadrona No. 6).

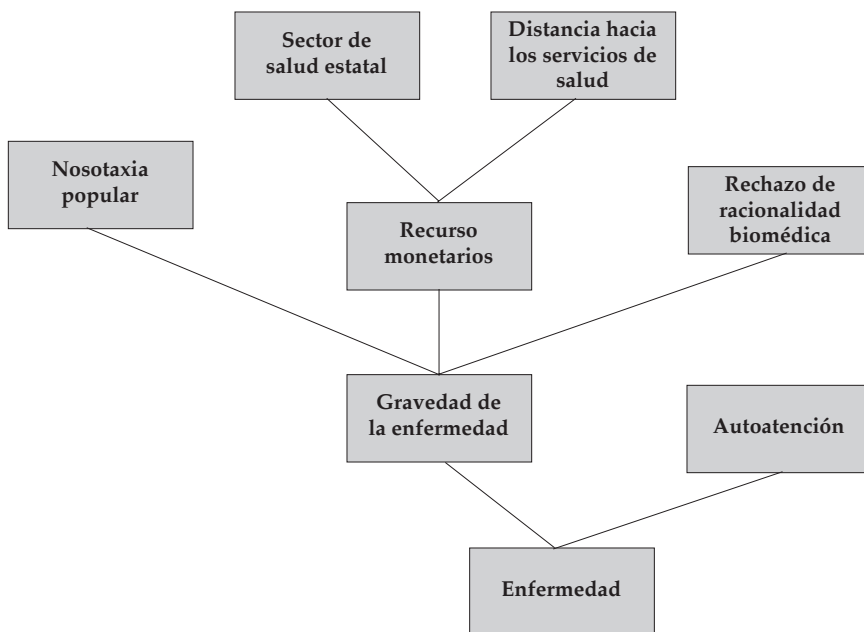
D. El rechazo que tienen las mujeres para la atención de los partos y/o diversos padecimientos por personas de sexo masculino: –“...en ese caso de la matriz que sale, porque hay varias mujeres que no quieren ir con un hombre, o sea con el doctor, que hay mujeres todavía que ahora en el parto no quier en ir al centro de salud, hay mujer es así que se componen en sus casas, no les gusta ir todavía.” (Grupo Focal No. 2)

E. El rechazo para trasladarse al centro de salud para que sus partos ocurran en ese lugar, fuera de sus hogares y lejos de sus familiares. También existe un rechazo a determinadas prácticas biomédicas. (Extracción de sangre, ejecución de exámenes de laboratorio, vacunación etc.), son diversos factores que dirigen el itinerario de la enfermedad como las comadronas explicaron. –“Hay unas también que ya no quieren vacuna y ya tienen 7 u 8 meses, no quieren ninguna vacuna, no quieen ningún control, como se les mandan, pues a veces ya solo una vacuna se logran poner”. (Grupo Focal No. 1)

En el transcurso de la investigación se localizaron un total de 26 hogares, en los cuales había ocurrido una muerte de un niño menor de cinco años durante el año 1999. Esta actividad se realizó para poder obtener dos tipos de itinerarios diferentes; primeramente se preguntó por la última persona enferma en la familia y las actividades realizadas para restablecer su salud, posteriormente se interrogó por el itinerario recorrido hasta la muerte del niño (esta información se analiza en el apartado siguiente). La intención de analizar los dos itinerarios fue para esclarecer la intervención de la comadrona en esa carrera de la enfermedad o muerte.

Con la información proporcionada por las mujeres se elaboró un esquema que ejemplifica y seala los nudos centrales o factores determinantes al momento de tomar una decisión en ese complicado itinerario de la enfermedad.

**Esquema 3**  
Ejes centrales del itinerario de la enfermedad en Rabinal, Baja Verapaz



Los resultados de las entrevistas realizadas con madres de familia respecto de la atención otorgada a la última persona que se enfermó en su familia se presenta en el cuadro 31.

**Cuadro 31**  
Atención de la última persona enferma en familias con niños muertos en 1999

Tipo de consulta	F	%
Autoatención por mujer de la familia y no hubo consulta posterior	8	30.8
Agentes de salud comunitarios (partera, vecina, etc.)	8	30.8
Utilización indistinta de agentes comunitarios y s.s.	2	07.6
Recursos del sector salud (médico, enfermera, farmacia)	8	30.8
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>100</b>

De acuerdo con la información del cuadro se puede decir que los padecimientos en los hogares de Rabinal, se solucionan en torno a tres tendencias diferentes: a) la autoatención 30.8%, la búsqueda de agentes comunitarios de salud, 30.8% o el uso del sector salud 30.8%. Si comparamos esta información con la proporcionada en el cuadro No. 30, se puede observar que las tendencias son parecidas y que la presencia de una comadrona en la familia no es determinante para los itinerarios de la enfermedad.

La autoatención que brinda la madre en su familia es una práctica que se conoce entre la sabiduría popular como “la costumbre”; toda mujer con más de un niño tiene conocimientos respecto a la atención de determinados padecimientos. Esa sabiduría se aprende poco a poco; el testimonio que se presenta a continuación explica perfectamente la autoatención que las madres proporcionan: *Aparte es que uno sabe curar aparte uno sabe remedio, esos son aparte y las mamás aparte también, ya saben curar, como se vio crecer el nene, cómo se creció el otro, dos, tres, ya sabe ese remedio, ya lo hace, ya lo hace, esa es la costumbre de nosotros también.*” (Comadrona No. 24)

La comadrona es un recurso poco utilizado por las madres de familia entrevistadas, ya que solamente dos madres de las 26 que se entrevistaron dijeron que habían consultado a la partera. Pero dicha situación se explica mejor cuando se comprueba que esas dos mujeres consultaron a la comadrona porque en su familia la última enfermedad fue el nacimiento de un niño<sup>9</sup>.

Una explicación posible de que la figura de la comadrona no aparezca en el itinerario de la última enfermedad atendida en los hogares de Rabinal, se debe en primer lugar a la autoatención (25% hogares con comadronas, 30.8% hogares sin comadronas) donde las mujeres encargadas de proporcionar esa autoatención no perciban algunos padecimientos como dolor de estómago, mocos, etc. como padecimientos o personas enfermas, sino como un factor cotidiano entre los diversos quehaceres domésticos, ya que uno de ellos es la atención de los niños pequeños del hogar. Con la aparición de otros síntomas y dependiendo de la gravedad del padecimiento o en-

---

9. Es importante señalar que el estado de embarazo se percibe como una enfermedad por los cambios que sufre una mujer embarazada (náuseas, vómitos, aumento del tamaño de los senos y de la panza, etc.)

fermedad, se alteran los patrones de normalidad<sup>10</sup>. Sin embargo también es importante resaltar que es muy difícil hacer una separación entre el rol de madre, abuela y comadrona, ésta puede ser otra razón por la cual no aparezca la figura de la comadrona como tal, porque se le da más importancia a su rol de abuela o madre.

Finalmente es importante no sólo analizar las respuestas dadas por las madres de familia, sino también las dadas por las mismas comadronas respecto a su demanda para la atención de ese itinerario de la enfermedad. Tomando como base la información proporcionada por ambas, se pudo establecer el itinerario de la enfermedad que se presenta en el esquema No.3, y en esa carrera de la enfermedad muchos caminos terminan en la atención de los terapeutas tradicionales y de las comadronas en particular.

### Los itinerarios de muerte en niños menores de cinco años

Durante el trabajo de campo también se recolectó información respecto del itinerario que llevó a la muerte a niños en hogares de Rabinal durante 1999. En el cuadro 32 se presenta una estadística sobre el tipo de mortalidad infantil en Rabinal para 1999.

**Cuadro 32**  
**Niños muertos en Rabinal durante 1999**

Tipo de mortalidad	muertos reportados	%
Durante el parto	21	36.8
Mortalidad neonatal	10	17.5
Mortalidad post-neonatal	24	42.1
Mortalidad post-infantil	2	03.5
<b>Total</b>	<b>57</b>	<b>99.9</b>

Se puede observar que los índices más altos se ubican en la atención del parto y durante los 12 meses siguientes del mismo, esta situación hace factible la presencia de la comadrona. Se intentó entonces, determinar hasta

10. Véase en el esquema No.3 como muchos padecimientos terminan en la autoatención proporcionada por la madre o alguna mujer de la familia.

qué punto se podía verificar la presencia de ésta en el itinerario. Sin embargo, el 36.8% que corresponde a los niños muertos durante el parto quedó eliminado porque la presencia de una comadrona u otro agente de salud es obvio y porque el parto no puede entenderse como un itinerario de enfermedad o carrera del enfermo.

Se realizó el análisis con doce casos de mortalidad infantil que se dieron después del primer mes de vida. En el cuadro 33 se presenta la información resumida de cada uno de estos casos.

**Cuadro No.33**  
**Itinerario seguido hasta la muerte del niño**

<b>Causa de muerte</b>	<b>1er. recurso</b>	<b>2do. Recurso</b>	<b>3 ro.</b>	<b>Comentarios</b>
Neumonía	Mamá y hermanos	Médico particular	Med. IGSS	Madre asegura que no sabe la causa real
Broconeumonía	Ninguno			No hay
Bronconeumonía	Doctora			Madre ha perdido la memoria, no recuerda
Neumonía	Curandera	Promotora de salud		Comunidad lejana, falta de medicinas
Neumonía	Madre y hermanas	Médico del Centro de Salud		Médico recetó medicina para diarrea
Síndrome de Down	Médico	Padre de Familia		Madre reporta líquido en cabeza, diagnóstico confuso
Epilepsia (no está bien definida)	Vecina, dio remedios caseros	Dispensario (monjas)		Síntomas no corresponden a diagnóstico. La madre reporta diarrea
Infección intestinal	Suegra	Curandera	Hosp. Salamá	Factor económico fue fundamental
Paro respiratorio	Suegra da remedio casero	Promotora de Salud	Med. Part.	No hay
Neumonía	Madre	Promotora de Salud		No hay
Infección intestinal	Farmacéutico	Promotora de Salud		La madre dice que niño murió de ojo
Broconeumonía	Enfermera del Centro de salud	Tuvo miedo de llevarla al hospital		Hijo muere durante capacitación de PSR.

Con la información proporcionada en el cuadro se pueden hacer las siguientes observaciones: En siete de los doce casos, las madres consultaron por lo menos una o varias veces al personal bio-médico (enfermera o médicos), sin embargo el niño murió. Sobre este hecho se puede interpretar que para disminuir la tasa de mortalidad infantil no hace falta una infraestructura de salud y una cobertura de usuarios eficiente, sino que existen otros factores determinantes como: el miedo que las personas tienen para hacer uso de los servicios estatales de salud, el proporcionar un medicamento con una frecuencia y dosis incorrecta por la falta de recursos económicos o por la falta de educación formal, la falta de equipo e instrumentos en dispensarios y clínicas para la atención de emergencias, etc.

En cuanto a los demás agentes de salud que intervinieron en ese itinerario de muerte, es importante resaltar que el guardián de salud o promotor de salud rural, aparece por lo menos en la tercera parte de los casos. Sin embargo la comadrona no aparece en ninguno de los casos, pero sí aparece la figura de la curandera representando a los terapeutas tradicionales. A este respecto es importante recordar al lector que la comadrona muchas veces cumple con diversas especialidades como terapeuta tradicional puede ser: comadrona, hierbera, curandera, etc.

Sin embargo en el cuadro 34 se presenta la causa de la enfermedad según el acta de defunción de la municipalidad que corresponde a una percepción sobre la muerte del sector bio-médico y concretamente del personal que trabaja en el sector salud. Otro punto de vista o percepción de la muerte es el de la madre. En el cuadro 34 se hace una comparación entre las percepciones: la de la madre y el diagnóstico oficial o del sector bio-médico.



**Cuadro 34**  
**Diferentes concepciones sobre la causa de**  
**muerte post-neonatal (después del 1er. mes)**

<b>Percepción de la madre</b>	<b>Observaciones sobre el diagnóstico</b>	<b>Diag. Oficial</b>
Amigdalitis, asfixia, cólicos	Amigdalitis no hay una causa clara	Neumonía (3m.)
<b>No sabe, piensa que es un aviso de Dios, que ella se iba a morir</b>	Ella no se explica ya que el niño estaba sano	Bronconeumonía (3 meses)
<b>La madre durante el embarazo estuvo enojada, el niño mamó eso y por eso él nació enfermo</b>	<u>Ella no la dio, fue el empleado del Centro de S.</u>	Bronconeumonía (3 meses)
<b>El niño fue ojeado, empezó con diarrea y después vómitos, diarrea y mal aire</b>	<u>Fue el esposo quién dio el parte y no ella</u>	Neumonía (6 meses)
Mucha tos que lo ahogó	Neumonía y Bronconeumonía	Neumonía (1año)
Síndrome de Donw, líquido en la cabeza	Síndrome de Donw	S. de Donw (2 años)
Epilepsia, ataque y mucha diarrea, murió en el dispensario	Epilepsia	Epilepsia (2 años)
<b>Mucho fuego en la boca</b>	Infección intestinal	Inf. intestinal (8 m.)
Mucho llanto y vómitos	<u>Fue el esposo, ella no sabe</u>	Paro respiratorio (9 m)
Asientos, tos, temperatura y vómitos	Neumonía	Neumonía (9 m.)
<b>Fuego en el estómago y mucha arrojadera, todo lo que comía, lo vomitaba. Le dio fiebre y comenzó a ponerse morado de sus uñas y pulmones</b>	<u>Fiebre, el esposo fue a la municipalidad</u>	Infección intestinal (8 m.)
Lloraba todo el tiempo, tos que lo ahogaba, temperatura y le costaba respirar.	Bronconeumonía que la trajo desde que él nació.	Bronconeumonía (1 mes)

En la mitad de los casos existe una concordancia entre diagnóstico oficial, observaciones sobre el diagnóstico y percepción de la madre sobre la enfermedad y posterior muerte del niño.

En el otro 50% de los casos existe una ausencia de concordancia entre diagnóstico oficial, observaciones del diagnóstico y percepción de la madre sobre la enfermedad- causa de la muerte. Los testimonios de las madres responden a una determinada práctica y representación sobre los padecimientos que es compartida por los terapeutas tradicionales, no así por el personal de salud.

En los recorridos y/o itinerarios se puede observar que las madres, a pesar de clasificar el padecimiento como perteneciente a la nosotaxia popular recurrieron a todos los posibles agentes de salud que tuvieron a la mano; finalmente aunque las madres recurrieron al médico, al hospital y farmacéutico, entienden y explican la muerte del niño en los parámetros de la nosotaxia popular. Ello ejemplifica la conducta pluralística de las madres, pero lo importante aquí es la percepción final del itinerario y de la causa de la muerte dado en los parámetros de saberes y representaciones de racionalidad achí y no en parámetros bio-médicos. Al final el diagnóstico oficial que se hace de la muerte del niño se basa en el interrogatorio de ciertos síntomas y signos que muchas veces tienen contenidos distintos para quien interroga y decide (enfermera del centro de salud), de la persona que responde (racionalidad achí), es necesario entonces realizar estudios en el ámbito cualitativo sobre ese itinerario que lleva a la muerte, que tome en cuenta los dos puntos de vista: el oficial y el de la madre, para tener una certeza sobre la causa de la muerte.

Se presenta información sobre los doce casos que se analizaron, sin embargo en la entrevista también se recolectó información sobre la práctica real (última enfermedad) cuadro No. 31 y la práctica ideal (lo que se dice que se hace)<sup>11</sup>. Al comparar los tres itinerarios (muerte, última enfermedad y lo que se dice que se hace) no existen muchas diferencias respecto de los itinerarios reales y la práctica ideal. En dichos itinerarios se observan dos

---

11. Personas que se dice se consultan cuando alguien se enferma en la familia: pariente de la familia extensa 23.08%, personajes de la comunidad 50% vecina, curanderas, ancianas, pastor evangélico), agentes de salud comunitarios 19.23% (guardian de salud y/o comadrona) agentes de salud 7.69% (médico y farmacia).

grandes tendencias: La primera, procura encontrar alivio con los recursos que se tienen en casa y, la segunda, se procura buscar el medicamento en la farmacia, en la tienda y hasta en el centro de salud. Sin embargo, la segunda tendencia se caracteriza porque busca algún agente de salud (farmacia, guardián de salud, vecina, médico, centro de salud, etc.)

Si se hace una comparación de esta información con los testimonios del cuadro 34 (itinerario seguido hasta la muerte del niño), se observa que el primer nivel de atención queda prácticamente eliminado del testimonio de las madres, debido a que son varios los agentes de salud recorridos durante el itinerario. La información proporcionada de las entrevistas sobre lo que se dice o se hace en la casa, es muy precisa y clara en demostrar que lo primero que se da es una autoatención.

En los tres itinerarios analizados, cuando las madres recurren a otros agentes de salud, la única figura es la del promotor de salud o guardián de salud, que es consultado en los tres itinerarios (el de muerte, el último reporte de enfermedad y el que dicen que hacen). Aparecen otros agentes, como el médico en el itinerario de muerte; sin embargo la consulta de éste tiende a ocupar la última posición de los agentes consultados y/o utilizados, comportamiento que se espera debido a los problemas ya mencionados (distancia, recursos económicos, racionalidad distinta, etc.). Otra de las figuras importantes es el farmacéutico; éste es un recurso utilizado cuando se busca una efectividad rápida, sin embargo el factor económico es determinante.

Finalmente el curandero es otro agente utilizado probablemente porque éste otorga además de alivio con plantas medicinales, una eficacia simbólica del padecimiento, eficacia que no se logra con los guardianes de salud o con los médicos.

La relación entre madres de familias y comadronas según los datos recolectados en la investigación es clara respecto a la atención del período pre, parto y post; dicha relación en el itinerario de la enfermedad y en el itinerario que lleva a la muerte a un niño, es difusa, como se comprueba en los cuadros presentados, existen diversos padecimientos que no son de competencia biomédica y que suelen ser atendidos por comadronas<sup>12</sup>, en

---

12. Los padecimientos llamados: mal de ojo, pujido, caída de la mollera, etc.

donde se manifiesta esa relación entre madres y comadronas, como se explica en el desarrollo de este apartado. Algunos padecimientos rompen el equilibrio de la cotidianidad cuando el camino a seguir implica la consulta de agentes del sector salud, pero si el camino implica la consulta por agentes de salud comunitarios, las madres de familia no perciben este itinerario como algo fuera de su cotidianidad.

### **Agentes de salud y comadronas**

En este apartado se pretende establecer la relación que tiene la partera con los demás agentes de salud comunitarios; entiéndase por éstos: promotores de salud rural o guardianes de salud, tenderos que venden medicina, dueños de farmacias y personal del centro de salud de Rabinal.

La relación de las parteras con los médicos del centro de salud en Rabinal es estrecha y se caracteriza por la situación de subordinación que la bio-medicina adjudica a este agente. Los médicos las mencionan, sólo cuando hablan de su proceso de capacitación. Sin embargo en Rabinal debido a que ASECSA recientemente ha incorporado la capacitación a comadronas, ésta relación entre médico y partera es aún más estrecha: *“Nosotros como centro de salud somos un esquema a nivel nacional, sabemos que el centro de salud en donde no hay SIAS, es el encargado de capacitar tanto comadronas, como promotores, pero nosotros lo único que hacemos es darle seguimiento. ASECSA los capacita y nosotros les damos el seguimiento, ese es un convenio que tenemos con ellos, tenemos un nuevo proyecto que vamos a empezar este año que es puramente para promotores, pero coordinado con nosotros o sea que nosotros lo único que requerimos es del aval de la institución, pero los que deciden quiénes entran y quiénes no entran, no somos nosotros, absorbemos a todo el personal de SIAS, prácticamente los que son empíricos y no han recibido ninguna capacitación, han sido capacitados anteriormente por ASECSA, y esa es la metodología que hemos llevado.”* (Entrevista No.46)

Con la reciente reestructuración del SIAS en Rabinal, el trato del médico con la comadrona, en teoría se vuelve más personalizado porque existe una capacitación continua, cada mes, en el momento que el médico ambulatorio visita la comunidad. En la práctica esto es ficticio, porque la mayor parte del tiempo el médico atiende consulta, y delega sus actividades como se comprueba en el testimonio: *“Lo que más cambió (fue) la presencia de*

*un médico a nivel comunitario, la presencia de lo que es la capacitación tanto vivencial como también local, por que anteriormente las capacitaciones se hacían aquí en el distrito, actualmente se capacita al promotor y a la comadrona a nivel de su comunidad y es una capacitación vivencial o sea con la paciente o en su defecto el paciente allí,... sin embargo ahora tenemos la oportunidad de que una vez al mes, el médico visita las comunidades y el facilitador capacita una vez al mes".* (Entrevista No.46). En el testimonio se observa una contradicción, ya que al final se explica que una vez capacita el médico y la siguiente capacita el facilitador. En el siguiente testimonio vemos que esas visitas mensuales no se cumplen con esa frecuencia:

*–“Estaba llegando cada mes, pero ahora por unos pequeños problemas en la comunidad ya no está llegando. Ahora ya no hay control no sé cómo van hacer las del pueblo, las embarazadas de allá, ya no hay consulta allá en la comunidad.*

*–Allá también mes con mes llega doctor pero hasta ahora empezó, pero más antes no, solo al centro de salud van. Ahorita, ahorita sí, porque están llegando con todas.*

*–Cada mes llega a dar consulta a las señoras embarazadas y así nos han dicho, que a las señoras embarazadas y a niños de vacunación, y niños al control a cada mes y las embarazadas al control también, pero hay algunas embarazadas que cuando les decimos, hay algunas que no les gusta ir allí, entonces van al centro de salud, pero en el centro de salud, le van a dar su cita, allá les toca en la comunidad.”* (Grupo Focal No.1). En los testimonios del grupo focal, tienden a señalar que es obligación de la comadrona mandar a las mujeres al control con el médico ambulatorio, pero ninguna de ellas hace referencia a la capacitación que le da el médico en su comunidad.

La relación de las comadronas con las enfermeras del centro de salud es estrecha, esto se explica en parte porque se da una relación de subordinación hacia la comadrona por parte de la enfermera. En Rabinal, a pesar de esa subordinación la relación es más cordial con las enfermeras en comparación con los médicos: *“Cuando no existía SIAS, la relación entre comadronas y profesionales de enfermería era bastante estrecha, entonces todas ellas tenían su tarjeta, ellas se sentían, por ejemplo cuando a uno lo miraban era la primera a la que teníamos que saludar por que era como nuestra compañera de trabajo, se podría decir y ya sabían que en el año nosotros le dábamos dos actualizaciones en el trabajo que ellas hacían y cuando entró SIAS y cuando ellas se enteraron de que ya nosotras ya no las íbamos a capacitar ellas se sintieron como que se habían desprendido de la mamá; yo*

*sentía de que había un rechazo, la gente no quería ir a las pláticas con los médicos porque ellas pertenecían al centro de salud decían, ellas se sentían parte de acá.*  
(Entrevista No.49)

En Rabinal la relación de las comadronas con el personal del centro de salud es rigurosa, sin embargo la relación de éstas con las enfermeras se muestra más igualitaria, mientras que con los médicos es casi nula.

Las parteras en Rabinal también se relacionan con otros agentes de salud importantes como son los dueños de las farmacias y los tenderos (dueños de tiendas o abarroterías) ya que ambos venden medicamentos ya sea de uso popular o especializados. A continuación se analiza la relación que la comadrona tiene con estos dos proveedores de recursos farmacéuticos.

Los dueños de farmacias son agentes de salud y en Rabinal se caracterizan por: a) ser comerciantes con una situación económica acomodada que los sitúa como un grupo privilegiado sobre otros, b) tienen un diploma de educación media<sup>13</sup> y ninguno de ellos tiene estudios relacionados con farmacología o medicina, pero aún así todos ellos aconsejan en determinado momento a un cliente que se presenta con una enfermedad. Algunas de las farmacias tienen un lugar para dar consulta o poner inyecciones. Las comadronas hacen uso de ese servicio que dan los farmacéuticos del pueblo: *“una vez pasé con dolor de cintura y me fui a la farmacia, y allí me pongo una inyección con eso se me quitó, vale 8 quetzales, otra vez el dedo de mi canilla se me hinchó, me fui a la farmacia a ponerme una inyección no de 8, sino de 9 quetzales.”*  
(Comadrona No.24)

El farmacéutico funge como un médico ya que él diagnostica y da tratamiento (aplica la inyección). Esta breve información da una idea de quiénes son y qué hacen los dueños de farmacias en Rabinal. Se hicieron algunas entrevistas a los dueños de farmacias, para conocer su aptitud respecto del trabajo que hacen las comadronas, también se les preguntó a las comadronas sobre sus visitas a las farmacias. Ésto se hizo para determinar la relación que hay entre dueños de farmacias y comadronas.

---

13. Solamente uno de ellos estudió los primeros años de medicina.

Los dueños de farmacia conocen a sus clientes, pero ignoran quién de ellas es comadrona, en palabras de ellos: *“vienen las clientes y uno las atiende, pero uno no sabe si es comadrona o no”* (Entrevista No. 48). Los dueños de farmacias tienen acceso a una serie de conocimientos que no maneja la mayoría de la población; saben cuál es el uso de la mayoría de medicamentos que venden, muchos de ellos saben inyectar, etc. Debido a este manejo de conocimientos ellos tienen una relación de dominación con sus clientes, que se explica en ese manejo del conocimiento.

Las comadronas acuden más a las farmacias en busca de restaurar su propia salud, no remiten a sus clientes a dicho lugar, solo en el caso de que tuvieran que comprar algún medicamento.

Se les preguntó a los dueños de farmacias si conocían las actividades a las que se dedican las comadronas y dijeron que éstas se dedican a realizar todas las actividades relacionadas con el pre-parto, parto y post-parto. Solamente una propietaria informó que ella tiene a la venta unas pastillas que las comadronas utilizan para diversos tipos de padecimientos que no se relacionan con dicho período, fue la única que dijo que las parteras atienden varios padecimientos. Los dueños de farmacia al igual que el sector salud (médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, etc.) tienen la percepción de que las comadronas no atienden otra clase de padecimientos que no sean relacionados con el período pre, parto y post. Ellos comparten la visión hegemónica que sobre las actividades de la comadrona tiene el sector salud.

La relación de subordinación entre dueños de farmacia y comadronas, también es percibida así por las comadronas. Ya que cuando ellas requieren de medicamentos de patente para la atención de un padecimiento, la compra de los medicamentos es por cuenta de la usuaria o enfermo: *“...porque son mis pacientes las que compran la medicina, compran pomada fresca, solo un poquito para examinar nada más, para sobar. Un poquito solo para examinar cómo está la enferma, para ver si está bien o no está bien.”* (Comadrona No. 24). En algunos casos son las parteras quienes recurren a la farmacia a comprar el medicamento; *“Yo lo llevo, voy a buscar yo, por que las madres no saben nada, cómo vienen...”* (Comadrona No. 23) *“He comprado solo acciones, mejoralito para los niños, o mejoral y el alka-seltzer para el desespør que tengan, el fuego que tengan, a ver qué me consultan ellos, y el aceite de oliva,*

*eso es lo que yo he comprado nada más, supositorios, también, no solo de comprar sino que ellos tienen que consultar qué sienten y todo para así mismo pedirlo uno.”* (Comadrona No. 26)

La “tienda”<sup>14</sup> es otro agente de salud utilizado por la población de Rabinal ya que es un lugar en el cual se pueden conseguir medicamentos. Durante el trabajo de campo se aplicó un cuestionario destinado a los dueños de tiendas o abarroterías en Rabinal con el objetivo de develar los conocimientos de la población respecto de los medicamentos de venta libre.

En dicho cuestionario se les preguntó a los tenderos sobre los diez medicamentos más vendidos y se estableció que entre la población de Rabinal se maneja un total aproximado de 50 medicamentos de venta libre. Esos 50 medicamentos son de marcas comerciales y la mayoría se utilizan para bajar la fiebre, para controlar la diarrea, para el dolor de estómago y para otras dolencias menores. En el cuadro 35 se presentan los medicamentos más vendidos en Rabinal; la información se presenta agrupada de acuerdo a la percepción que tiene la población de sus cualidades.

Antes de presentar los datos es necesario explicar que la dualidad frío-caliente también es aplicable a los medicamentos de uso popular y que no requieren de receta médica para comprarlos: *“Alka- seltzer sí, bebetina sí, y este mejoalito ese también, hay que echar un poquito de agua en el fuego un pedacito de cada cosa, pero hay que ver la enfermedad del chiquito, hay que ver que enfermedad tiene, hay que darle, o sea que si tiene mucho calor , mucho calor, el estómago está caliente entonces hay que dar una sal andrews o sea un sal de uvas, sí, ese porque es fresco.”* (Comadrona No. 10)

La clasificación que las personas hacen de los medicamentos no se restringe a los parámetros frío-caliente, sino también responden a ciertas cualidades que hacen que el medicamento tenga una mayor efectividad, por ejemplo: la efervescencia y su presentación (pastilla, ampolla para beber o ampolla inyectable).

---

14. También llamadas abarroterías, se caracterizan en Rabinal porque tienen muchos artículos a la venta que van desde los de primera necesidad hasta adornos y demás bienes suntuarios.



**Cuadro 35<sup>15</sup>**  
**Medicamentos más vendidos en tiendas de Rabinal,**  
**y percepción sobre sus cualidades**

Medicamento	%	Percepción de sus cualidades		
		Producen efervescencia	Pastillas que bajan la fiebre	Pastillas para calmar la diarrea
Alka Seltzer	100	X		
Sal Andrews	78	X		
Tabcín	66	X		
Aspirina	62		X	
Sal de uvas	48	X		
Santamicina	43			X
Neomelubrina	34		X	
Mejoral	34		X	
Yodoclorina	33			X
Bebetina	32		X	

Los medicamentos más vendidos son los que producen efervescencia, ya que ésta es la cualidad que se busca en el medicamento para las enfermedades que se perciben como “calientes”. Los medicamentos que producen efervescencia son considerados “frescos” y son idóneos para contrarrestar ese tipo de enfermedades. La percepción “fresca” que se tiene de los medicamentos provoca que su uso se generalice para cualquier tipo de padecimiento, no importando la composición química del mismo. Por ejemplo la Sal Andrews o Sal de Uvas elaboradas a partir de elementos que sirven para problemas gastro-intestinales, son utilizados por la población para bajar la fiebre, ya que la calidad efervescente “fresca” del medicamento contrarresta “lo caliente” que provoca el estado febril. Esta percepción de los medicamentos es un elemento muy importante en el tratamiento de las enfermedades dentro del hogar.

Para establecer la relación que tienen las parteras con los tenderos, en la aplicación del cuestionario se les preguntó si conocían a las comadronas. El 76%<sup>16</sup> dijeron que sí las conocían, también se les preguntó por el

15. Los datos que se presentan en la primera columna corresponden al porcentaje de mayor demanda.

16. Dato obtenido del cuestionario aplicado durante el trabajo de campo. El 24% dijo no conocer a las comadronas.

tipo de medicamentos que las parteras compraban en sus establecimientos, el 75% de los tenderos dijeron que no compraban medicamentos. El cuadro 36 presenta información sobre la cuarta parte de las comadronas que sí compran medicamentos en las tiendas.

**Cuadro 36**  
**Medicamentos comprados por comadronas en abarroterías**

Medicamentos	F
Para desinfectar: alcohol <sup>17</sup> , jabón, algodón y gasas	17
Agua florida	7
Balsámicos: Vick VapoRub, GMS	6
Diversas pastillas: aspirina, Tabcín, acetaminofén, espasmosibalgina.	5
Plantas medicinales	3

Si se relaciona el tipo de medicamentos que la comadrona compra con la utilización de éstos para la atención de enfermedades, se concluye que los materiales para desinfectar se relacionarían con la atención de partos, pero el agua florida, las pastillas y los balsámicos nos dan evidencias de que las comadronas atienden otras enfermedades.

La relación que las comadronas tienen se remite al proceso compra-venta, pero la demanda de medicamentos de venta libre en el pueblo está asociada a la dualidad frío-caliente de las enfermedades.

Finalmente se presentan datos sobre la relación que tienen las comadronas y los guardianes de salud o promotores de salud. Debido al grado de deserción que tienen éstos, la relación que tienen con las comadronas no es estable.

Sin embargo es necesario mencionar que en un principio la investigación se ocuparía de realizar una comparación entre los conocimientos populares y bio-médicos de las comadronas y con los promotores de salud rural PRS (guardianes de salud), pero finalmente esa comparación no pudo realizarse por el alto grado de deserción que se encontró entre las personas que se capacitaron como PSR en Rabinal. ASECSA (Asociación de Servicios Comunitarios de Salud), es la institución encargada de capacitar actual-

17. Para éste corresponde el 15%.

mente a comadronas y promotores de salud rural (guardianes de salud) en toda el área de Baja Verapaz<sup>18</sup>. En Rabinal hay más mujeres que hombres capacitadas por ASECSA como promotoras de salud rural, y cinco<sup>19</sup> de esas mujeres además de ser PSR también son comadronas. A estas mujeres que tienen el rol de comadronas y PSR se le dio un seguimiento en el transcurso de la investigación para ver si existían diferencias entre éstas y las mujeres que solamente son comadronas.

Las diferencias entre éstas se evidencian en las respuestas proporcionadas por las mujeres con doble formación, ya que éstas insisten más en sus usuarias sobre las recomendaciones y/o mensajes del sector salud destinado para la salud materna e infantil:

*“...pero como yo soy guardián de salud, entonces yo cuando les doy una charla a las madres, entonces yo les digo que desde un principio de dos a tres meses tienen de estar embarazadas deben ir al centro de salud para tener su control, para tener sus vacunas, entonces eso les digo yo que vayan desde tres meses, así es lo que se ha hecho.” (Comadrona No.6) “Pero ya eso lo hace uno como un guardián o un promotor que les da orientación a las madres embarazadas, pero ahora como comadrona, yo por mi parte no muy por que a mí me ha tocado, hay veces que ya tienen 7 u 8 meses y me van a ir a decir que les haga el favor de ver entonces en ese*

---

18. Es importante explicar brevemente algunas generalidades del trabajo realizado por ASECSA. Esta se divide en 3 regiones: la del occidente con sede en Chimaltenango, la del centro con sede en Rabinal, Baja Verapaz, y la del norte con sede en Cobán, Alta Verapaz. La sede de Rabinal funciona desde 1986 y a partir de ese año hasta 1999 ha capacitado un total de 67 promotores de salud rural, de los cuales 31 son de aldeas y caseríos en Rabinal y de esos 31, 26 son mujeres y solamente 5 son de sexo masculino. Esta característica no es normal, ya que en las sedes del occidente y del norte de ASECSA el sexo masculino es el predominante.

El plan de estudios consta de un total de 4 años, en los cuales los alumnos acuden una semana de cinco días cada dos meses, para un total de 5 veces al año. Los alumnos reciben dinero por acudir los cinco días de la semana, que representa el jornal diario no devengado por asistir a la capacitación, de igual forma reciben alimentación y hospedaje cuando se requiere. El contenido de la capacitación es muy diverso y completo, tiene un área sobre plantas medicinales y terapeutas tradicionales. Al finalizar el curso, ASECSA le otorga al estudiante un diploma. Al finalizar la capacitación, no existe un sistema de monitoreo del estudiante egresado en cual se pueda evaluar su desempeño y el grado de deserción.

19. En realidad solo cuatro mujeres trabajan de comadronas y promotoras de salud. La quinta mujer explicó que solamente trabaja de promotora de salud, porque no le gusta atender partos, es importante mencionar también que su madre es comadrona. Esta tiene, entonces, todos los conocimientos heredados por su madre.

*caso no se da una plática de que el control debe ser a los 3 ó 4 meses. Porque como ya tienen 5 meses entonces uno lo que hace es que le pregunta si ya tiene su control porque a veces que ya tiene el control cuando llega con una comadrona".* (Grupo Focal No. 1)

Otra diferencia es que dichas mujeres tienen mayor conocimiento para la atención de determinadas patologías, por ejemplo ellas pueden preparar un suero casero o pueden poner inyecciones. Una buena propuesta para solucionar el problema de deserción de los promotores de salud rural, pensamos que puede ser el utilizar a las comadronas como prestadoras también de primeros auxilios. Se ha demostrado a lo largo de los capítulos que la comadrona atiende un sinnúmero de padecimientos y esta característica es asimilada por todos los usuarios de comadronas en las aldeas de Rabinal. Otra característica importante es que la comadrona cobra por su trabajo; varios estudios han demostrado que la deserción del promotor de salud se debe a que su trabajo es voluntario, mientras que la partera cobra por su trabajo.

### **La comadrona, un personaje que entreteje relaciones**

Los apartados que forman parte de este capítulo, se abordan las relaciones que la comadrona como terapeuta tradicional asume con la comunidad. Se eligieron tres conjuntos para poder observar la interacción de la partera con su entorno: el itinerario de la enfermedad, los itinerarios de muertes infantiles y su relación con diversos agentes de salud: médicos, enfermeras, dueños de farmacias, tenderos y guardianes de salud. Se seleccionaron estos tres conjuntos de referencia por ser los más inmediatos, pero también porque la conducta pluralística se mueve dentro de esos niveles.

Respecto del primer conjunto, en la familia extensa de la comadrona, el patrón de tradicionalidad que se pasa de generación en generación sobre terapias, plantas medicinales y remedios caseros de madre a hija, de abuela a nieta, de suegra a nuera, etc. está comenzando a diferenciarse en la cuarta generación, en donde se puede observar un cambio y una prevalencia de la conducta hegemónica biomédica que afecta ese patrón de tradicionalidad; ello se observa en dos hechos:

A) En la cuarta generación en donde las mujeres tienen intención de continuar con la tradición familiar de ser “curadoras”, se está efectuando un cambio, ya que esas mujeres con una mejor preparación y educación comienzan a estudiar enfermería. Aunque los porcentajes son minoritarios respecto de dicho cambio, existe una tendencia que se reflejará en el mayor número de auxiliares de enfermería o de enfermeras en detrimento del cargo tradicional de comadrona.

B) Algunos integrantes de la cuarta generación buscan los servicios de salud estatales para atender los partos, a pesar de la existencia de una comadrona en la familia. Esta actitud se puede explicar en parte, porque ellos han tenido acceso a la educación formal y una educación completa a nivel primario. Probablemente por ello se comportan en los parámetros hegemónicos y para la atención de los padecimientos o enfermedades busquen los servicios estatales de salud o a los médicos.

Los porcentajes o tendencias de estos hechos son minoritarios, pero comienzan a imponerse como posibles patrones, de continuar la subordinación de la comadrona y dejar esa tendencia, se corre el peligro de que ese patrón de tradicionalidad desaparezca y con él todo su conocimiento.

Existen dos tendencias respecto del itinerario de enfermedad reportado por las madres de familia de Rabinal y por las mismas comadronas. Según la información recolectada en el itinerario de enfermedad y de muerte, las madres resuelven sus problemas en el auto-cuidado y/o recurriendo en mayor grado a los promotores de salud rural o guardianes de salud. La figura de la comadrona como posible agente de salud fue mencionado minoritariamente por las madres de familia en Rabinal. Sin embargo, la opinión de las comadronas respecto a su aparición en el itinerario de enfermedad no es la misma, ya que la mayoría explicó que atienden a niños que padecen del mal de ojo, empacho, alboroto de lombrices, etc. Esa contradicción aparente entre las opiniones de las madres de familia y de comadronas se entiende porque las madres de familia perciben algunos padecimientos como competencia exclusiva de la biomedicina y otros padecimientos como competencia exclusiva de terapeutas tradicionales. Las madres de familia cuando consultan a una mujer con experiencia fuera del círculo familiar sobre un determinado mal, perciben

ese hecho como un consejo y no como una consulta semejante a la que proporciona el centro de salud o el guardián de salud (promotor de salud rural), ésta casi siempre va acompañada de medicamentos. Esa situación también puede explicarse en parámetros de la nosotaxia popular<sup>20</sup>, ya que se busca una eficacia del padecimiento según la clasificación que se tenga de éste.

Los agentes del sector salud (personal que labora en el centro de salud, dueños de farmacias) establecen una relación de hegemonía-subordinación con la partera, mientras que la relación que la comadrona comparte con otros agentes de salud comunitarios es igualitaria.

Sin embargo, llama la atención el fenómeno que está ocurriendo entre las comadronas de Rabinal, ya que algunas se han formado como guardianes de salud o promotoras de salud rural. Esta minoría de mujeres interesadas por aprender más, debe interpretarse como un esfuerzo personal y propio.

Debido a que han sido las propias mujeres quienes han tomado esa determinación, es interesante y novedosa esa experiencia, porque si se compara esa experiencia con otras que se ha implementado en otros lugares, como por ejemplo en el Estado de Yucatán, México<sup>21</sup>, en donde los cursos de capacitación de las parteras tienen un alto contenido de programas de planificación familiar<sup>22</sup>, saltan a la vista las grandes deficiencias de este programa comparado con el caso de Rabinal, ya que en Guatemala las mujeres han tenido la propia iniciativa de aprender más sobre el tema de salud y la solución viable que han encontrado han sido los cursos de capacitación impartidos para promotores de salud rural de ASECSA, en Rabinal.

---

20. Este término es utilizado por el grupo de especialistas conformado por: Virginia Mellado, Carlos Zolla, H. Castañeda A. Tascón, etc. en el CIESS. (Éstos fueron expuestos en los primeros capítulos). Y aunque no dan una definición exacta del término, para fines del presente documento entiendo por nosotaxia popular: la clasificación, descripción y diferenciación de las enfermedades que son competencia exclusiva de los terapeutas tradicionales.

21. Según el artículo de Miguel Güémez de 1997.

22. Propuesta que responde a intereses y políticas ajenas a las parteras.



## CAPÍTULO 9

### ETNICIDAD Y CONDUCTA PLURALÍSTICA: REFLEXIONES FINALES

En este último capítulo se presentarán algunas reflexiones y recomendaciones que fueron producto de la investigación realizada, sin perder de vista que todo el estudio pretende ser un aporte para el desarrollo de la antropología de la medicina en Guatemala. Analizaré los hallazgos más importantes, ordenándolos de acuerdo al contenido del libro.

En primer término para la discusión teórica del tema fue necesario presentar un panorama del desarrollo de la antropología de la medicina en Guatemala, debido a que no existe un documento que informe sobre ello<sup>1</sup>. Entre los científicos sociales éste no es un tema prioritario, por otro lado las personas que trabajan en el sector salud se ocupan de sus temáticas que se orientan más hacia lo bio-médico.

En Guatemala en los últimos cincuenta años, la antropología de la medicina se ha desarrollado en base a diversos enfoques y tendencias respecto del proceso salud/enfermedad/atención entre indígenas y no indígenas. Debido a la importancia de algunas investigaciones, la cita de los estudios realizados por: R. Adams, J. Hurtado, B. Douglas y S. Cosminsky se han vuelto cita obligatoria, por los aportes que cada uno de ellos proporciona. Posteriormente y en la década de los ochenta, comienzan a perfilarse tres tendencias que intentarán abordar la temática. Éstas son: La Etnomedicina o Medicina Tradicional planteada por Elba Marina

---

1. El único trabajo que intenta realizar esa revisión bibliográfica es el de Oscar Reyes, pero su artículo se ocupa de 5 ó 6 referencias. Si el lector conociera alguna publicación sobre el tema y que no está comentada a lo largo del primer capítulo, agradecería mucho que me enviara la información a la siguiente dirección electrónica: [mtmosquera@idei.usac.edu.gt](mailto:mtmosquera@idei.usac.edu.gt)



Villatoro en el CEFOL de la Universidad de San Carlos de Guatemala (USAC). El RAP (Procedimientos de Asesoría Rápida) planteada por Elena Hurtado y Susan Scrimshaw en el Instituto de Nutrición para Centro América y Panamá (INCAP), y la Etnobotánica y fitoterapia planteada por Armando Cáceres y su equipo en la Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia de la USAC. Dichas tendencias toman de base algunos planteamientos brindados por OMS y OPS referentes a la inclusión de la medicina tradicional, sin embargo no todas se basan en planteamientos teórico-metodológicos provenientes de las ciencias sociales ya que prácticamente dos de las tres tendencias se desarrollan en el seno de las ciencias técnicas y no sociales.

Sin embargo, en el desarrollo de los últimos cinco años y en base a las últimas publicaciones sobre el tema, se puede observar una nueva tendencia que intenta entender el proceso salud/enfermedad/atención basado en la existencia y articulación de tres sistemas diferentes<sup>2</sup>. Dos son las instituciones que intentan adherirse a esta nueva propuesta; la Instancia Nacional de Salud y el Instituto de Estudios Interétnicos de la Universidad de San Carlos de Guatemala, sin embargo existen muchas publicaciones que continúan basándose en los planteamientos de las décadas de los años ochenta. Esta nueva orientación teórico y metodológica, sería la cuarta tendencia, si tomanos en cuenta las otras tres formuladas en la década de los años ochenta. Este es el panorama que presenta el estudio de la antropología de la Medicina en Guatemala.

La revisión bibliográfica realizada respecto de las publicaciones de México, evidencian que existe un rechazo generalizado de racionalidades, saberes y prácticas distintos a los núcleos de la bio-medicina. Dicho rechazo se refleja principalmente en las políticas y estrategias aplicadas por el sector salud en los países en desarrollo, de esta cuenta el tema "parteras", como política internacional se ha concentrado en la elaboración de manuales que encierran determinados contenidos y así parcializan la actividad de la comadrona. Se han creado algunos instrumentos como: La educación en

---

2. El nombre de cada uno de los sistemas o modelos cambia de terminología de acuerdo al autor, los autores más importantes que han realizado estudios sobre dicha propuesta son: Arthur Kleinman, Eduardo Menéndez, Carlos Zolla y equipo, y Sheila Cosminsky.

salud, Los CAP (conocimientos, actitudes y prácticas), etc. para consolidar una subdisciplina que impone y explica lo que la comadrona debe hacer, pero toda esta política relega y subordina toda la significación cultural que tiene el oficio de partera en las comunidades.

Varios estudios e investigaciones han evidenciado la incapacidad que tiene el sector de salud estatal para la atención de la salud, ya que las medidas tomadas por éste son paliativas, y aunque, toman de base conocimientos y prácticas tradicionales, ello se hace como medida impositiva y continúa de fondo el carácter hegemónico e intolerante respecto de las otras prácticas, saberes e ideologías. Es necesario por ello que existan propuestas diferentes que intenten articular las prácticas, saberes, representaciones e ideologías distintas, como lo pretenden ser la orientación teórico-metodológica que se ha elaborado en centros de investigación de las ciencias sociales<sup>3</sup>, principalmente en México.

El objeto de estudio, en este trabajo fueron los saberes, prácticas y representaciones de las comadronas de Rabinal, y terapeutas tradicionales o mejor dicho; su conducta pluralística, por ello el análisis de la información se ejecutó sobre la base de tres sistemas o modelos de atención: la auto-atención brindada por las madres y luego referida a la comadrona y otras personas, la atención de los padecimientos por los terapeutas tradicionales y los recursos bio-médicos utilizados por las parteras. La utilización del método etnográfico fue necesaria para proporcionar esa racionalidad diferenciada respecto de las personas, su comunidad y vida cotidiana.

Siendo Guatemala, un país pluriétnico y multicultural, el debate sobre la identificación de los grupos étnicos y las comunidades etnolingüísticas aún está vigente, es por ello que en segundo término es necesario reflexionar sobre la variable etnicidad, ya que la investigación se llevó a cabo en un grupo étnico de ascendencia maya.

Llama la atención que en esa conformación multiétnica del territorio guatemalteco los pobladores que habitan el territorio de Rabinal, Baja Verapaz, tengan una historia particular que los aglutina y los diferencia de

---

3. Entre éstos se puede mencionar el CIESAS, el CIESS (ya desestructurado) conformados por los investigadores de la cita del texto anterior.

los demás grupos étnicos, con una vigencia de por lo menos más de 3,500 años. Así su organización social, los patrones de descendencia y localidad, las prácticas y representaciones que los identifican y a la vez los diferencian como grupo, son ejes determinantes que consolidan al grupo étnico achí.

Uno de los aportes de esta investigación respecto al debate que existe sobre la identificación de los grupos étnicos en Guatemala, es proponer a los pobladores de Rabinal como grupo étnico que se autoidentifica en muchos casos como el achí, debido al pasado histórico y su ascendencia cultural, no por razones lingüísticas<sup>4</sup>, como quiere dar a entender la Academia de Lenguas Mayas.

Una pregunta que considero pertinente plantear es la siguiente: ¿Qué tan diferentes son los indígenas de los no indígenas que viven en Rabinal? Si pensamos en las prácticas y representaciones en torno a los padecimientos no hay diferencia alguna entre ambos, ya que se enferman de “mal de ojo”, acuden con comadronas o curanderos, pero también con médicos y enfermeras. El fenómeno de la etnicidad permea de forma igual las representaciones que tiene la población de Rabinal, sobre el proceso salud/enfermedad/atención. En este sentido se puede hablar de una identidad entre indígenas y no indígenas frente a otros grupos étnicos con otros referentes<sup>5</sup>.

Debido a dos importantes factores: uno que el 80% de la población es hablante de achí<sup>6</sup>. Y dos debido al trabajo de la Academia de Lenguas Mayas en Rabinal<sup>7</sup>. Se ha intentado generalizar “lo achí” como sinónimo de poblador de Rabinal, sin embargo es necesario hacer una reflexión sobre la minoría que no es hablante de achí, pero se considera como pertenecientes a ese conjunto social por sus prácticas y representaciones. Esa necesidad de adscribirse y etiquetarse hacia lo indígena, lo maya es un elemento que intenta construir una separación artificial entre los conjuntos sociales que persigue más un beneficio “político” que una necesidad sentida de los diversos conjuntos sociales que conforman el territorio de Rabinal.

---

4. Su idioma no tiene diferencias lingüísticas del k'iche'.

5. Por ejemplo el uso del temascal que se practica entre los k'ichés y los ztujiles.

6. Según datos del INE.

7. Fomento de una política lingüística que intenta separar claramente a los hablantes de los no hablantes del achí.

El tema de la etnicidad se ha relacionado con la existencia de los terapeutas tradicionales, pero poco se ha tratado éste tema en la población no indígena de Guatemala. Una de las premisas fundamentales de los terapeutas tradicionales es la “predestinación” o “el don” que tienen determinadas personas para ejercer el oficio, en este sentido la información analizada demuestra que tanto mujeres como varones, indígenas como no indígenas, ambos deben estar “predestinados” o tener “el don” para ser terapeutas. Por muchos años la mayoría de las investigaciones que se ocuparon de los terapeutas tradicionales entre población indígena, refieren una exclusividad de este oficio dentro de la “población maya”, esta es una demanda errónea del movimiento maya. Sin embargo es necesario subrayar que en la población no indígena se dan los mismos procesos básicos para ejercer el oficio de terapeuta tradicional.

Por otro lado, las investigaciones sobre terapeutas tradicionales se alaban un solo camino para llegar a ser terapeuta<sup>8</sup>. Sin embargo la investigación reveló la existencia de al menos dos formas diferentes, estas se relacionan con el tipo de terapeuta que es la persona (sacerdote, curandero-a, comadrona, etc.). Por un lado está el proceso de aprendizaje que está regulado por determinadas etapas, como las enfermedades en la infancia, los sueños y la iniciación por otro guía espiritual. Y por el otro lado está el proceso que requiere de un “don” heredado a uno o dos, pero no a todos los descendientes en una familia, este patrón de herencia del “don” se ubica generalmente en la línea matrilineal (de abuela a nieta, de madre a hija, de tía a sobrina, etc.), pero a la vez este don facilita el aprendizaje de todos los conocimientos respecto de la especialidad.

La investigación tomó de base a todas las comadronas que trabajan en Rabinal, no se hizo una diferencia por etnicidad o por religión, sin embargo en el momento de analizar la información de las genealogías en las temáticas como: la forma de heredar el cargo, el tipo de padecimientos atendidos y las terapias aplicadas, se comprobó que no existían diferencias entre comadronas indígenas y no indígenas; los saberes, prácticas y representaciones respecto del proceso salud/enfermedad/atención es el mismo para las comadronas que conviven en el municipio de Rabinal.

---

8. Este camino es el único que está referido en toda la bibliografía revisada.

En Guatemala se han realizado algunos estudios antropológicos sobre comadronas pertenecientes a diferentes grupos étnicos<sup>9</sup>, de acuerdo a los resultados de dichos estudios y a la investigación desarrollada en Rabinal se confirma que las comadronas de Rabinal se diferencian de otros grupos de comadronas indígenas porque éstas no hacen uso del temascal, tampoco se inician en el oficio por la deidad o nawal que corresponde a la fecha de su nacimiento, ya que muchas de ellas no saben cuál es su nawal, por otro lado el reconocimiento ante la comunidad como comadrona no procede por la adjudicación de su cargo por un terapeuta tradicional, sino por una vinculación hereditaria del cargo de comadrona en su familia extensa. El patrón cultural que las comadronas de Rabinal comparten con otros grupos étnicos de ascendencia maya es la interpretación y manifestación de los sueños como designios, porque en ellos se les revela un aviso o señal respecto del próximo parto que tendrán que atender o respecto de su oficio.<sup>10</sup>

Etnicidad y religión son variables que pueden interpretarse como complementarias, dependiendo del desarrollo histórico y social. Para el caso de Rabinal la mayoría de la población es católica, probablemente por ello durante el trabajo de campo no se localizaron comadronas evangélicas. A partir de ese hecho se puede interpretar que los patrones de tradición respecto del poder, han logrado perdurar en parte y se han revitalizado y consolidado a raíz de una permanencia dentro de la religión católica, Rabinal es uno de los pocos pueblos que conservan la existencia de por lo menos 14 cofradías indígenas. Debido a esa permanencia de ciertos patrones y a que la mayoría de las parteras son católicas, éstas han logrado mantener sus prácticas y representaciones en relación armónica con otras.

A partir de la politización del movimiento maya, se usa el término “guía espiritual” para caracterizar algunos de los tipos de los terapeutas tradicionales, sin embargo lo que se desea con estas políticas es el cambio

---

9. En la bibliografía pueden consultarse los de Elena Hurtado, Elba Villatoro, Pies de Occidente.

10. En otros grupos étnicos como en los tz'ütujiles el cargo de comadrona se manifiesta en la revelación de los sueños y se verifica de acuerdo al nawal y día del calendario maya en que nace la mujer.

de contenido de un cargo ancestral, que está incidiendo en una imagen negativa del oficio. Es guía espiritual quien simpatiza con el movimiento maya, y no quien por “predestinación” o posesión de un “don” le corresponde. Esta situación se presenta en los medios académicos y políticos en Guatemala, pero ésta realidad no corresponde a los miles de guías espirituales que ejercen cotidianamente su cargo en las comunidades. En este sentido vemos que se está cambiando de contenido un cargo ancestral en aras de la construcción de un movimiento social que no tiene incidencia en sus bases sociales.

Es necesario establecer los hallazgos más importantes de la investigación y reflexionar sobre los problemas detectados del oficio de comadrona en Rabinal. A lo largo de la investigación se establecieron las relaciones que ésta como terapeuta tradicional tiene con los diferentes conjuntos sociales.

En una primera esfera de acción, se tomó de base a la familia extensa de la comadrona, en este espacio se identifica como proveedora de autoatención a una mujer adulta, que generalmente es la madre, esta primera acción no es competencia de la mujer comadrona de esta familia extensa. No está claro hasta donde llega la autoatención de la mujer como comadrona o como madre de familia. Sin embargo, la utilización de la mujer comadrona en su familia extensa se da; en los casos de partos y en la atención de padecimientos en niños pequeños, pero éste es un patrón que está comenzando a desaparecer, por la inferencia hegemónica de la bio-medicina principalmente en los integrantes de la familia de la cuarta generación y con mayor educación formal, de allí la importancia de revalidar y refuncionalizar el papel de la comadrona dentro de las familias extensas. Sin embargo esa revitalización del rol de la comadrona debe entenderse en términos de la conducta pluralística en donde estas mujeres puedan optar por ofrecer otro tipo de servicios con racionalidades étnicas y biomédicas.

En un segundo momento, una acción que compete a la comadrona y que se profundizó en la investigación fue su aparición en el itinerario de enfermedad reportado por las madres de Rabinal, en éste sobresalieron tres agentes: los promotores de salud rural (guardianes de salud), el farmacéutico y los medicamentos de venta libre, las madres mencionaron

otros agentes<sup>11</sup>, pero fueron éstos los más mencionados. Llama la atención que la comadrona no aparezca como uno de los agentes con mayor demanda, esto se explica en que las madres de familia no tienen clara la figura de la comadrona como agente de salud comunitario en términos de igualdad con una enfermera, auxiliar de enfermería o demás personal de salud, sino que ven la figura de la comadrona como un recurso comunitario a quien se busca como terapeuta tradicional y se ocupa de los padecimientos de racionalidad achí. Padecimientos que en la lógica de las madres de familia se clasifican e interpretan en forma diferente a las enfermedades tratadas por los médicos, enfermeras, etc.

En otro orden de ideas, la premisa fundamental que movió esta investigación, decía: los padecimientos tratados por comadronas implican una mayor articulación de los saberes, prácticas e ideologías de los conjuntos sociales con los saberes y prácticas de la bio-medicina. Sin embargo la premisa no es válida para todos los padecimientos estudiados, porque algunos de éstos requieren de procesos de eficacia simbólica más que procesos de eficacia farmacológica para su alivio. Y en ese sentido también debe entenderse que la racionalidad achí, al igual que para algunos conglomerados sociales la enfermedad o el padecimiento debe satisfacer diversos tipos de eficacias; (simbólicas, farmacológicas, afectuosas, etc.) La eficacia simbólica ha sido desplazada o re-funcionalizada en el tratamiento bio-médico, esta actitud de la bio-medicina ha marginado este tipo de eficacia en los tratamientos fuera de sus esferas, eficacia válida solo en su racionalidad.

La premisa de la investigación se verificó en el padecimiento llamado: mal de ojo. En su terapia intervienen diversos elementos, sin embargo llama la atención que conocimientos populares<sup>12</sup> y conocimientos bio-médicos<sup>13</sup> se manifiesten conjuntamente, observándose perfectamente la conducta pluralística y la coexistencia de tratamientos para la eficacia simbólica y eficacia farmacológica. Es necesario esclarecer también que en esa racionalidad achí se manifiestan no solamente enfermedades o padecimientos, sino también procesos que deben interpretarse como algo más

---

11. Como comadronas, vecinas, amigas, etc..

12. El uso de los siete montes (plantas medicinales) y el uso del huevo.

13. El uso de medicamentos de venta libre para la elaboración de un remedio casero.

que una enfermedad o padecimiento, porque las lógicas que están detrás de ésta racionalidad se basan primordialmente en la relación armónica y complementaria de dos.

Finalmente uno de los hallazgos más importantes es evidenciar la racionalidad achí de las comadronas respecto de los saberes, prácticas y representaciones entorno al proceso salud/enfermedad/atención, en cuarto término se explicará esa racionalidad que debe entenderse en términos pluralísticos y no como esencialistas, milenarios y únicos.

La racionalidad achí está vigente en tanto que se utiliza para la atención de varios padecimientos como lo son: la caída de la mollera, el mal de ojo, el pujido, la caída-movida de la matriz, el alboroto de lombrices, el empacho, los aires, el susto, etc. enfermedades que no existen en la racionalidad biomédica por lo cual siempre intentan buscar un sinónimo traducible en términos “médicos”, un ejemplo de ello es la caída-movida de la matriz que para las mujeres y comadronas de Rabinal, es un padecimiento muy diferente para la traducción que hacen los médicos como profilaxis uterino.

Pero esta racionalidad achí, al igual que la bio-medicina no está conformada exclusivamente por enfermedades, sino también por terapias y tratamientos propios y articulados con eficacias simbólicas y farmacológicas. Algunas de sus terapias provienen de la época prehispánica y otras son origen occidental, pero éstas se han refuncionalizado en el transcurso del tiempo y en la actualidad las terapias utilizadas por las comadronas son: la sobada, los baños de plantas medicinales, el sahumero, colgar de pies a las personas y el vómito<sup>14</sup>. Algunas de estas terapias son utilizadas por la bio-medicina, pero contextualizadas con intereses científicos.

Los especialistas en fisioterapia manejan la misma técnica que las comadronas sobadoras, pero existe una profunda diferencia de la relación que se da entre terapeuta-cliente y comadrona-mujer. El uso de la técnica llamada en términos bio-médicos “masajes” aplicada por un fisioterapeuta o por una comadrona, demuestra que las terapias utilizadas por las coma-

---

14. Es importante advertir que existen más terapias utilizadas por otros tipos de terapeutas tradicionales, sin embargo para este estudio fueron éstas las analizadas.



dronas son eficientes, sin embargo no han sido estudiadas o re-validadas por la bio-medicina. Razón por la cual es necesario consolidar la racionalidad achí para evitar la tan temida bio-piratería<sup>15</sup> que cada día roba más saberes y conocimientos en el área mesoamericana.

Pero fundamentalmente la racionalidad achí se basa en el acervo cultural que se tiene respecto de la variedad existente de plantas medicinales originarias de Guatemala, su conocimiento abarca procesos de identificación y clasificación, sino también procesos de elaboración de remedios caseros<sup>16</sup> que forman parte de ese extenso acervo cultural.

Sin embargo, la explotación biológica de la flora guatemalteca ha comenzado a ser objeto de estudio por la bioquímica desde hace varios años, pero lamentablemente dichos estudios toman de base exclusivamente a la planta y la descontextualizan de toda su significancia cultural, es así que los estudios realizados a nivel farmacológico no se basan en el remedio casero, ni en las técnicas y terapias utilizadas por los terapeutas tradicionales favoreciendo así la bio-piratería de los conocimientos étnicos.

Después de reflexionar sobre los hallazgos más importantes de la investigación, se presentan a continuación algunas recomendaciones que intentan repensar el oficio de la comadrona basándose en su racionalidad achí, y se utiliza la palabra repensar el oficio de comadrona porque las recomendaciones van dirigidas al sector de salud estatal y hegemónico, ya que éste tiene establecido un determinado rol para la comadrona, sin embargo este primer grupo de recomendaciones pueden considerarse también como los hallazgos de la investigación y pueden repercutir o dar luces en toda el área latinoamericana.

---

15. Esta categoría surge a raíz de considerar el manejo de los recursos biológicos como mercancías, es así que existe un registro de patentes y se adquieren derechos sobre determinados productos bio-tecnológicos desarrollados por empresas agrícolas y farmacéuticas. Es por ello que existe la propiedad sobre una especie silvestre y se defiende la propiedad sobre uno de sus atributos, ésto se realiza por medio de patentes, derechos de propiedad y derechos de cultivadores en el caso de plantas. A raíz de esta mercantilización de los recursos biológicos comienza a existir un tipo de piratería que consiste en que personas extranjeras con conocimientos biológicos, utilizan los saberes comunitarios respecto de plantas medicinales y patentan el uso de un atributo de ésta para luego cobrar sus respectivos derechos.

16. Como por ejemplo el parche, el rescoldo, el cocido, el apagado, etc.

A lo largo de los capítulos, se ha demostrado las múltiples ocupaciones que las comadronas tienen en Rabinal, es por ello que el sector salud en Guatemala desperdicia algunos recursos que tiene a la mano. Se presentan tres temas o sugerencias sobre el aprovechamiento que se puede hacer del trabajo de las comadronas en las comunidades: a) Los contenidos de las capacitaciones para comadronas, b) La forma de heredar el cargo y c) El recurso de la familia extensa en la atención de padecimientos.

A. Las capacitaciones para comadronas: Lamentablemente los programas de capacitación dirigidos a comadronas ejecutados por el sector salud y por varias ong's en Guatemala aún tienen grandes deficiencias, pero principalmente porque éstos se planifican desde los parámetros de la educación formal, sabiendo que la comadrona en Guatemala es una mujer de la tercera edad, analfabeta y en algunos casos monolingües, las capacitaciones dirigidas a las comadronas deben responder a una metodología basada en la educación no formal. Los contenidos de casi todas las capacitaciones dirigidas a comadronas responden a los conocimientos y prácticas biomédicas y generalmente es un trabajador del sector salud el encargado de impartir los cursos. Muchos de los contenidos y de las prácticas van en contra de la identidad étnica de las comadronas, como por ejemplo, la postura del parto. Tampoco se incluyen contenidos sobre padecimientos propios de la cultura: el mal de ojo, el empacho, el alboroto de lombrices, la movida-caída de la matriz, etc. Se sugiere entonces una reforma total de la forma metodológica y del contenido de las capacitaciones que se imparten a las comadronas.

Según los datos recolectados en las entrevistas realizadas con el personal del centro de salud, en Rabinal hace ya más de 15 años que no se realiza una capacitación para la incorporación de comadronas tradicionales con carnet avalado por el MSPAS para ejercer el cargo de "parteras adiestradas", lo que se hace año con año es una re-capacitación y actualización a comadronas ya adiestradas o con carnet vigente. Sin embargo, en las boletas de nacimientos de la municipalidad existen muchos partos asistidos por mujeres que no tienen carnet y que se designan como empíricas asistiendo partos, algunas de estas mujeres atienden de 4 a 5 partos durante el mes. Este dato nos indica que existe una fuerte demanda en la población para la "capacitación" de nuevas parteras adiestradas, sin embargo la política del centro de salud se basa en re-adiestrar o recapacitar a las comadronas

con carnet vigente y excluyen a muchas otras mujeres. Se debe trabajar mejor en el proceso de selección de las candidatas a los cursos.

B. La forma de heredar el cargo es una tradición conocida por los profesionales de la salud que laboran en el centro de salud de Rabinal, como se demuestra en los testimonios.

Sin embargo, algunas de las estrategias en la implementación del SIAS, están dirigidas hacia la introducción de cambios radicales, que no toman en cuenta la tradición y los procesos de adscripción e identidad de los habitantes del lugar, como se explica en los últimos capítulos. De ponerse en ejecución dicha estrategia, sería una lamentable falta de visión del sector de salud estatal, ya que sus políticas se alejarían del cumplimiento de los Acuerdos de Paz, que persiguen la tolerancia hacia los sectores más discriminados y marginados de la sociedad guatemalteca.

C.- El recurso de la familia extensa: Cualquier padecimiento o enfermedad que se presenta en la familia es atendido primeramente por algún miembro, más aún en las comunidades que están aisladas e incomunicadas.

La unidad doméstica familiar, es el lugar en donde se realiza un primer diagnóstico de la enfermedad, por esa razón en el hogar se comienza a tratar la enfermedad y no en el consultorio público o del médico. No se han realizado muchos estudios respecto de la efectividad de las terapias domésticas aplicadas a los padecimientos; no se sabe sobre la efectividad de un remedio casero conformado por cinco plantas medicinales distintas y sobre su proceso de elaboración. Sin embargo, según los datos recolectados en el trabajo de campo la tercera parte de las enfermedades fueron resueltas por medio de la autoatención que se da en los hogares. Es por ello que el sector salud debe reconocer que la atención primaria no se ofrece en los puestos y centros de salud, sino en los hogares.

Se sabe que en una familia extensa pueden convivir hasta 4 generaciones distintas y el número total de miembros puede variar desde un total de 20 a 80 personas y si en esta familia extensa hay una mujer comadrona seguramente ésta será la encargada de atender los padecimientos y enfermedades de todos los miembros de la familia. Las familias extensas también crean una red de solidaridad y ayuda mutua que se vuelve interminable, varios estudios lo han demostrado<sup>17</sup>. Es por ello que se puede

concluir diciendo que las comadronas por medio de la familia extensa tienen muy bien armada una cobertura total de toda la población, que es mucho más eficiente que cualquier otra propuesta.

Finalmente se recomienda la aplicación de una conducta pluralística para la atención en salud, que tome como base la tolerancia hacia los otros conocimientos, saberes, prácticas y representaciones que no pertenecen a la esfera biomédica.

---

17. Consúltese en la bibliografía los estudios de Larisa Lombitz y Graciela Freyermuth Enciso.



## BIBLIOGRAFÍA

- Acevedo L., Joaquín Antonio, 1986, *Una aproximación a la antropología médica en Todos Santos Santos Cuchumatán*.
- Adams, R., 1955, *Un análisis de las creencias y prácticas médicas en un pueblo indígena de Guatemala. Con sugerencias relacionadas con la práctica de medicina en el área maya*, Guatemala, Instituto Indigenista Nacional.
- , 1964, *Encuesta sobre la cultura de los ladinos en Guatemala: consideraciones etnológicas sobre el componente ladino de la sociedad guatemalteca* , Guatemala, Seminario de Integración Social.
- Aguirre Batzán, Ángel (ed.), 1995, *Etnografía: metodología cualitativa en la investigación sociocultural*, Barcelona, Boixareu.
- Aguirre Beltrán, Gonzalo, 1992, *Medicina y magia: el proceso de aculturación en la estructura colonial*. México, FCE.
- , 1994, *Antropología médica: su desarrollo teórico en México* México, FCE.
- Asturias, Linda, 1980, *El estudio de la enfermedad folk en Guatemala* , Guatemala. Universidad del Valle.
- Asturias, Francisco, 1958, *Historia de la medicina en Guatemala* , Guatemala, Editorial Universitaria.
- Asociación Pies de Occidente, 2000, *El rol de la comadr ona en su contexto sociocultural*, Guatemala, Asociación Pies de Occidente.

- Barrios, Lina, 1996, *Pueblos e historia en la Baja Verapaz*, Guatemala, Universidad Rafael Landívar-Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales.
- Bravo Barrientos, Hiram, 1990, *Las parteras rurales en México: investigación operativa sobre los niveles de participación de las parteras rurales en programas de atención materno-infantil y planificación familiar*, México, Academia Mexicana de Investigación en Demografía Médica.
- Breton, Alain, 1999, *Rabinal achí: un drama dinástico maya del siglo XV*. México-Guatemala, Centro Francés de Estudios Mexicanos y Centroamericanos.
- (coordinador), 1993, *Representaciones del espacio político en las tierras altas de Guatemala*, Guatemala, Centro de estudios mexicanos y centroamericanos. (Cuadernos de Estudios Guatemaltecos 2)
- Bunzel, Ruth, 1981. *Chichicastenango: estudio etnológico sobre un importante centro de la cultura k'iché en Guatemala*, Guatemala, Seminario de Integración Social.
- Cabrera, Ma. Luisa, 1995, *Otra historia por contar: pr omotores de salud en Guatemala*, Guatemala, Asociación de Servicios Comunitarios de Salud (ASECSA).
- Cáceres, Armando, 1996. *Plantas de uso medicinal en Guatemala*, Guatemala, Universidad de San Carlos de Guatemala.
- Cáceres, A. y Sapper, D., 1977, "Estudios sobre la medicina popular en Guatemala" *Medicina Tradicional*, 1:59-68.
- Cáceres, A., Freire, Virginia y Alonso, Aída, 1988, *Estudio etnobotánico de la flora medicinal del área del Caribe de Guatemala*, Guatemala, informe final.
- Cáceres, A. y Girón, Lidia, 1994. *Situación y perspectivas de la articulación de la medicina tradicional y oficial en Guatemala*, Guatemala, ponencia presentada en la Reunión de Trabajo Internacional sobre Comerciali-

zación e Industrialización de las Plantas Medicinales y sobre la Vigencia de Conceptos e Ideas de la Medicina Tradicional.

Campos, Roberto, (comp.) 1992, *La antropología médica en México*, México, Universidad Autónoma Metropolitana. Tomos I y II.

—, 1996, *Legitimidad social y proceso de legalización de la medicina indígena en América Latina: estudios en México y Bolivia*. Tesis de Doctorado, Universidad Autónoma de México.

—, 2000, *Parteras indígenas de México y la medicalización del parto* Ponencia.

Cantón, Manuela, 1998, *Bautizados en fuego; pr otestantes, discursos de conversión y política en Guatemala 1989-1993*, Guatemala, Centro de Investigaciones Regionales de Mesoamérica (CIRMA).

Cazali, Augusto, 2001, *Historia de la Universidad de San Carlos de Guatemala época republicana: (1821-1994)*, Guatemala, Universidad de San Carlos de Gautemala.

Comité de los Cantones de Zacualpa (CCZ) et al., 1994, *Memoria, conclusiones y recomendaciones del primer encuentr o regional de comadr onas*, Guatemala, enfants du monde.

Cobián, Dora Luz, 1999, *Génesis y evolución de la figura femenina en el Popol Vuh*, México, Plaza y Valdés.

Comelles, Josep y Martínez, Ángel, 1993, *Enfermedad, cultura y sociedad*, Madrid, Eudema.

—, 1973, *Magia y curanderismo en la medicina popular*, Barcelona, A. Redondo.

Comisión Nacional Permanente de Espiritualidad (CNPE), 1999, *Propuesta para la definición de lugares sagrados de los pueblos indígenas*, Guatemala: s.e.



- Coppo, Piero *et al.*, 1992, *Rutzil awach; salud y enfermedad en la comunidad maya k'iche'*, Guatemala, Asociación Toto Integrado.
- Cosminsky, Sheila, 1975, "Changind food and medical beliefs and practices in Guatemalan community", *Ecology Food Nutrition*, Vol. 4, pp. 183-91.
- , 1977a, "The impact of methods on the analysis of illness concepts in a Guatemalan community". *Social Science and Medicine*, Vol.11, pp.325-32.
- , 1977b, "Alimento and fresco: nutritional concepts and their implications for health care", *Human Organization*, Vol. 36, Fas.2 pp. 203-7.
- , 1977c, "El papel de la comadrorna en Mesoamérica", *América Indígena* Vol. 37 No. 2 pp. 305-335.
- , 1978, "La atención del parto y la antropología médica" en Roberto Campos (comp.), *La antropología médica en México*, México, Universidad Autónoma Metropolitana, pp.139-160.
- , 1983, "El pluralismo médico en México", en *La herencia de la conquista; treinta años después*, México, FCE, pp. 172-185.
- Debus, Mary, 1988, *Manual para excelencia en la investigación mediante grupos focales*, s. l., HealthCom.
- Delgado, H. V., 1986, "Aceptabilidad de programas de salud en poblaciones rurales indígenas". *Tradiciones de Guatemala*, No. 25, pp. 109-111.
- Díez, Ismael, 1988, *El promotor rural de salud*, Guatemala, s e.
- Dispensario Bethania, 1982, *Manual del promotor*, Guatemala, s e.
- England, Nora C., 1988, *Introducción a la lingüística: idiomas mayas*, Guatemala, Proyecto Lingüístico Francisco Marroquín.

- Equipo de Antropología Forense de Guatemala (EAFG), 1997, *Las masacres en Rabinal: estudio histórico-antr opológico de las masacr es de Plan de Sánchez, Chichupac y Río Negro*, Guatemala, EAFG.
- Espinoza Villatoro, Erik, 1999, *Rejaqlem ri wa'ix; dimensión cer o, filosofía maya, etnomedicina y física moderna*, Guatemala, Cholsamaj.
- Favier, Annelise, 1984, "Parto y tradición" en *Capitalismo y vida rural en Yucatán*, Departamento de Estudios Económicos y Sociales, CIR, UADY, Mérida, Universidad Autónoma de Yucatán, págs. 245-252.
- Frazer, James George, 1994, *La rama dorada: magia y religión*, México, FCE.
- Freyermuth, Graciela, 1993, *Médicos tradicionales y médicos alópatas. Un encuentro difícil en los ritos de Chiapas*, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS) y el Instituto Chiapaneco de Cultura, Tuxtla Gutiérrez.
- 1999, *Matrimonio, violencia doméstica y redes de apoyo; factores constitutivos de los riesgos durante la maternidad* (Ponencia) Seminario de Sexualidad.
- 2003, *Las mujeres de humo, morir en Chenalhó: géner o, etnia y generación, factores constitutivos del riesgo durante la maternidad*. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS).
- Gaspar, Albina, 2000, *Prácticas y tratamientos médicos olvidados en los achí, Rabinal, Baja Verapaz, durante el período 1940-1999*, Guatemala, Tesis de Licenciatura en Antropología.
- Ghidinelli, Azzo, 1986, "El sistema de ideas sobre la enfermedad en Mesoamérica" en *Tradiciones de Guatemala*, No. 26, pp. 69-89.
- , 1981, "La investigación etnomédica y su sectorización" en *Guatemala Indígena*, 16: 1-2, pp. 1-46.
- Gillin, John, 1959, "El espanto mágico" en R. Adams *et al.*, *Cultura indígena de Guatemala*, Guatemala, Seminario de Integración Social, pp. 151-183.

- 1958, *San Luis Jilotepeque, la seguridad del individuo y de la sociedad en la cultura de una comunidad guatemalteca de indígenas y ladinos*, Guatemala, Seminario de Integración Social.
- Girón, Manuel Antonio, 1966, *Medicina social*, Guatemala, Editorial Universitaria.
- Girón, Lidia, et al., 1985. *Estudio sobre la actividad anticáncida de algunas plantas usadas en el tratamiento de vaginitis*, Guatemala, s. ed.
- González Alcantud, José Antonio, et al., 1996, *Creer y curar: la medicina popular*, Granada, Diputación Provincial de Granada.
- González Alonso, Julia y Pansini, Jude, 1996, “El cuidado médico propio y los trabajadores de las fincas de Guatemala” en *Mesoamérica*, No. 32 pp. 315-138.
- Grajeda H., Aura V., 1993, *Causas de deserción del promotor rural de salud*, Tesis de Licenciatura en Trabajo Social, Universidad de San Carlos, Guatemala.
- Güémez Pineda, Miguel, 2000, “La concepción del cuerpo humano, la maternidad y el dolor entre mujeres mayas yucatecas” en *Mesoamérica*, No. 39 pp. 305-332.
- , 1997, “De comadronas a promotoras de salud y planificación familiar: el proceso de incorporación de las parteras empíricas yucatecas al sistema institucional de salud” en Esteban Krotz (coordinador) *Cambio cultural y resocialización en Yucatán*, Mérida, Universidad Autónoma de Yucatán, pp. 117-147.
- , 1989 “Las parteras empíricas: agentes tradicionales en la atención materno-infantil” en *Boletín de la Escuela de Ciencias Antropológicas de la Universidad de Yucatán*. Año 16, No. 91 julio-agosto, pp 3-14.

- Guzmán Medina, Ma. Guadalupe, 1997, "Dinámica social, salud y poder: Un análisis antropológico de las concepciones ideológicas de la salud y enfermedad en una comunidad maya de Yucatán" en *Identidades sociales en Yucatán*, Facultad de Ciencias Antropológicas, Mérida, Yucatán, México, pp.133-157.
- Hurtado, Elena 1998, *Evaluación de la capacitación de comadronas tradicionales*, Guatemala, Proyecto Mother Care / Guatemala, USAID.
- , 1998, *Desde la comunidad... ..percepción de las complicaciones maternas y perinatales y búsqueda de atención*, Guatemala, USAID, Mother CARE, (Publicación no corregida).
- Hurtado, Elena y Acevedo, D., 1998, "Midwives and formal providers in prenatal, delivery and post-partum care in four communities in rural Guatemala: Complementarity or Conflict" en *Demographic Diversity and Change in the Central American Isthmus*, Pebley, A. y L. Rosero-Bixby, RAND, pp.271-326.
- , et al. 1998, *Conocimientos y prácticas en mujeres embarazadas, comadronas y esposos sobre la anemia y suplementación con hierro durante el embarazo en Guatemala*, Guatemala, Instituto de Nutrición para Centro América y Panamá (INCAP).
- , et al. 1987, *Tres aspectos simplificados de atención primaria de salud y su efecto sobre la nutrición y la salud infantil*, Guatemala, INCAP.
- , y Villatoro, Elba, 1986, *Estudio sobre nutrición y salud en una comunidad de Huehuetenango, Informe final*, Guatemala, INCAP.
- , y Scrimshaw, Susan C. M., 1986, *Procedimientos de asesoría rápida para programas de nutrición y atención primaria de salud*, Estados Unidos, Universidad de las Naciones Unidas, Tokio.
- , y Scrimshaw, 1984, "Field guide for the study of health-seeking behaviour at the household level", en *Food nutrition*, pp.27-45.

- Hurtado, Juan J., 1968, "El ojo, creencias y prácticas médicas populares en Guatemala", en *Tradiciones de Guatemala*, No. 1 pp. 13-25.
- , 1979, "La mollera caída", en *Antropología americana*, Vol. XLI, No. 50.
- , 1973, "Algunas ideas para un modelo estructural de las creencias en relación con la enfermedad en el altiplano de Guatemala", en *Guatemala Indígena*, 1: 1-2, pp. 7-22.
- Ichon, Alain *et al.*, 1996, *La cuenca medio del río Chixoy (Guatemala)* Guatemala, Centro francés de estudios mexicanos y centroamericanos-Universidad de San Carlos de Guatemala, (Cuadernos de Estudios Guatemaltecos 3).
- Instituto de Nutrición para Centro América y Panamá INCAP, *et al.*, 1985, *Manual de estudios antropológicos aplicados a salud y nutrición*, Guatemala, INCAP.
- Instituto Indigenista Nacional, 1969, "Prácticas médicas tradicionales de los indígenas de Guatemala", en *Guatemala Indígena*, 4: 2, pp. 52-86.
- , 1971, "Aspectos de la medicina popular en el área rural de Guatemala", en *Guatemala Indígena*, 6:1, 330p.
- Instituto Nacional de Estadística (INE), 2002, *Encuesta nacional de salud materno-infantil 2002*, Guatemala, INE.
- , 1999, *Encuesta nacional de salud materno-infantil 1998-1999* Guatemala, INE.
- Instituto Nacional de la Salud (INS), 1987, *Introducción al trabajo de la matrona en atención primaria*, Madrid, Instituto Nacional de la Salud.
- Interamerican Development Advisory Services (IDEAS), 1995, *Evaluación del programa materno-infantil de CRS (Catholic Relief Services)*, Guatemala, s.e.

- Kendall, Carl *et al.*, 1986, *La herencia de la conquista: treinta años después*, México, FCE.
- Kenny, Michael *et al.* 1980, *La antropología médica en España*, Barcelona, Anagrama.
- Kroeger, Axel *et al.*, 1978, *Atención primaria de salud: principios y métodos*, México, Organización Panamericana de la Salud (OPS).
- Kuschick, Ingrid, 1995, *Medicina popular en España*, Madrid, Siglo Veintiuno.
- Llobera, Josep, 1990, *La identidad de la antropología*, Barcelona, Anagrama.
- Lomnitz, Larissa, 1989, *Cómo sobreviven los marginados*, México, Siglo Veintiuno.
- López, Santiago, 1979, *Promotores de salud*, Guatemala, Tesis de Licenciatura en Medicina, Universidad de San Carlos de Guatemala.
- Maglacas, Mangay, 1981, *La partera tradicional en siete países*, Ginebra, Organización Mundial de la Salud (OPS).
- Martín, José Antonio, 1990, *El curandero y su herbolario*, Salamanca, Centro de Cultura Tradicional.
- Martínez Durán, Carlos, 1945, *Las ciencias médicas en Guatemala: origen y evolución*, Guatemala, Tipografía Nacional.
- Martínez, Ángel, 1996, "Antropología de la salud", en *Ensayos de antropología cultural*, Barcelona, Ariel, pp. 369-381.
- , 1993, "Veinte años de antropología de la medicina en España", en Josep M. Comelles, *et al.*, *Antropología de la salud y de la medicina* Vol. II., Tenerrife, Actas del del VI Congreso de Antropología, pp. 13-33.

- McKeown, Thomas, 1981, *Introducción a la medicina social*, México, Siglo Veintiuno.
- Mellado, Virginia; C. Zolla; H. Castañeda y Tascón, A., 1989, *La atención al embarazo y el parto en el medio rural mexicano*, México, Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS).
- Méndez Domínguez, Alfredo, 1983, "La enfermedad y la teoría médica entre los indios de Guatemala", en Carl Kendall, *et al.*, *La herencia de la conquista: treinta años después*. México, FCE, pp. 273-304.
- 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.
- , 1987, "Medicina tradicional o sistemas práctico-ideológicos de los conjuntos sociales, como primer nivel de atención", *El futuro de la medicina tradicional en la atención a la salud de los países latinoamericanos*, México, Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS) pp. 39-62.
- , 1988, *Antropología médica: orientaciones, desigualdades y transacciones*, México, CIESAS, Cuadernos de la Casa Chata, No. 179.
- , 1990a, *Antropología médica: orientaciones, desigualdades y transacciones*, México, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Cuadernos de la casa Chata. No. 179.
- , 1990b, *Morir de alcohol: saber y hegemonía médica*, México, Editorial Alianza.
- , 1992, Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención: "caracteres estructurales" y "autoatención y automedicación; un sistema de transacciones sociales permanentes", en Roberto Campos, *La antropología médica en México*, México, Universidad Autónoma de México, pp 97-114 y 141-185.

- , 1992, “Autoatención y participación social: estrategias o instrumentos en las políticas de atención primaria”, en *Medicina tradicional, 500 años después*, República Dominicana, Instituto de Medicina Dominicana, pp 63-104.
- , y García de Alba, Javier (comps.). 1993, *Prácticas populares, ideología médica y participación social: Aportes sobre antropología médica en México*, México, CIESAS, Universidad de Guadalajara, México.
- , 1994, “Prácticas populares, grupos indígenas y sector salud”, en *Publicar*, año III, No. 4 pp. 7-32.
- , 1996, “El saber popular como proceso de transformación: tipos de articulación entre bio-medicina y la medicina popular”, en José Antonio González, et al., *Crear y currar; la medicina popular* Granada, Diputación Provincial, pp. 31-61.
- , 1997, “El punto de vista del actor: homogeneidad, diferencia e historicidad”, en *Relaciones*, No. 69, el Colegio de Michoacán, pp.239-270.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), 2003, *Programa Nacional de Medicina Popular Tradicional y Alternativa*. Guatemala: MSPAS.
- et al., 2002, *Encuesta Nacional de Salud Materno-Infantil 2002*, Guatemala, MSPAS.
- 1999, *Memoria Anual de Vigilancia Epidemiológica de Rabinal*, Guatemala, Baja Verapaz, s. e.
- , 2000, *Memoria Anual de Vigilancia Epidemiológica de Rabinal*, Guatemala, Baja Verapaz. s. e.
- , 1997, *Sistema Integral de Atención en Salud –SIAS– Lineamientos para el primer nivel de atención*, Guatemala, s. e.



- , 1989, *Guía del docente para la capacitación de comadronas*, Guatemala, MSPAS.
- Módena, María E., 1990, *Madres, médicos y curanderos*, México, Ediciones de la Casa Chata.
- Mosquera, Ma. Teresa. *et al.* 2001, *Conociendo la sabiduría achí: salud y enfermedad en Rabinal*. Guatemala: Serviprensa.
- Naciones Unidas en Guatemala, 1999, *Guatemala: el rostro rural del desarrollo humano*, Guatemala, ONU.
- Neuenswander, Helen *et al.*, 1980, “El síndrome caliente-frío húmedo-seco entre los quichés de Joyabaj: dos modelos cognitivos”, en *Guatemala Indígena*, 15: 1-2, pp. 137-169.
- Oficina Panamericana de la Salud (OPS), 1992. *Análisis de la situación de salud por regiones*, Guatemala, OPS.
- Organización Mundial de la Salud, 1984, *Glosario de términos empleados en la serie salud para todos*, Ginebra, OMS, números 1-8.
- , 1992, *Training of traditional birth attendants (TBAS); a guide for tba trainers*. Ginebra: OMS.
- , 1978, *Alma-ata 1978: atención primaria de salud*, Ginebra, OMS.
- , 1979, *Formulación de estrategias con el fin de alcanzar la salud para todos en el año 2000*, Ginebra, OMS.
- Ortiz, Bernardo, 1993, *Medicina, salud y nutrición aztecas*, México, Siglo Veintiuno.
- Osorio C., Rosa Ma., 2001, *Entender y atender la enfermedad: los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles*, México, CIESAS, INAH, INI.

- Padial Guerchoux, Anita y Vázquez-Bigi, Manuel, 1991, *Quiché vinak: tragedia*, México, FCE.
- Pansini, J. Jude y González Alonso, Julia, 1996, "El cuidado médico propio y los trabajadores de las fincas de Guatemala", en *Mesoamérica*, No. 32, pp. 315-338.
- Parra, Pilar, 1991, "La mujer rural, las comadronas y el sistema mexicano de salud", en *Estudios Demográficos y Urbanos* (16), Vol. 6, No. 1, El Colegio de México, México, pp. 69-88.
- Paul, Benjamín D. "El curandero de hueso maya como especialista sagrado", en <http://www.artemaya.com/bone-sp.html>
- Population Reports, 1981, *Programas de planificación familiar: las parteras tradicionales y la planificación familiar* Baltimore, Maryland, The Johns Hopkins University, Serie J. No. 22.
- Rasmuson, Mark R., et al., 1988, *Communication for child survival*, Estados Unidos, HEALTHCOM.
- Reyes Perdomo, Oscar, 1998, "Modelos conceptuales para la interpretación de la enfermedad tradicional en Mesoamérica", en *Estudios Interétnicos* No. 8, Año 6, pp. 61-90
- Richardson, Mary R., 1995, "Concebir, alumbrar, educar: algunos aspectos de la vida reproductiva de las mujeres del Yucatán rural", en Luis Ramírez Carrillo (ed.), *Género y cambio social en Yucatán, Yucatán*, Universidad Autónoma de Yucatán, pp. 183-234.
- Rosales, Lydia et. al., 1964, "Epidemiología popular de las enfermedades prevalentes en el medio rural de Guatemala: Operación Nimiquipalg", en *Guatemala Pediátrica*, Volumen 4, 1964 pp.59-64.
- Rodríguez R., Francisco, 1970, "El indígena guatemalteco: su cultura tradicional, complejos problemas y posibles soluciones" en *Guatemala Indígena*, Volumen 4, número 3, 133p.

- Rubel, Arthur J., 1989, *Susto: una enfermedad popular*, México, FCE.
- Ruiz, Amparo et al., 1997, *Vínculo docencia-investigación: para una formación integral*, México, Plaza y Valdés.
- Saéñz de Tejada, Sandra, 1997, *Investigación cualitativa: manual para su uso en programas de salud*, Guatemala, Instituto de Nutrición para Centro América y Panamá (INCAP).
- Seminario de Integración Social, 1959, *Cultura indígena de Guatemala: ensayos de antropología social*, Guatemala, Ministerio de Educación.
- Solien de González, Nancie. 1963, "Creencias médicas y nutricionales en un grupo socio económico bajo de la ciudad de Guatemala" en *Revista del Colegio de Médicos de Guatemala*, Vol. 14, Fas. 1, pp.1-3.
- , 1963, "Creencias médicas de la población urbana de Guatemala", en *Guatemala Indígena*, 6: 4 pp. 160-190.
- , 1966, "Costumbres sobre la crianza de niños y su relación con nutrición y salud", en *Milbank Memorial Fund Quaterly* Vol. 44 Fas. 2 1, pp.81-102.
- , 1963, "Breast-feeding, weaning, and acculturation", en *J. Pediat*, Vol. 62, pp.577-581.
- s. a. , 1996, *Acuerdos de Paz: los Acuerdos de Paz sustantivos firmados entre el gobierno de Guatemala y la URNG*, Guatemala, Presidencia de la República.
- Smith, Peter et al., 1998, *Ensayos de campo de intervenciones en salud en países en desarrollo*, Washigton, Organización Mundial de la Salud.
- Suárez López, Leticia. et al., 1999, *Participación de las parteras en actividades de salud reproductiva*, México, Instituto Mexicano del Seguro Social, Dirección de Prestaciones Médicas, Coordinación de Salud Reproductiva y Materno-Infantil.

- Sucuquí Mejía, Isabel, 2000, *Concepción religiosa de la medicina practicada por los guías espirituales entre los achi de Rabinal, Baja Verapaz, en la década de los años '90.*, Guatemala, USAC, Tesis de Licenciatura en Antropología.
- Tate Lanning, John, 1997, *El real protomedicato: la reglamentación de la profesión médica en el imperio español*, México: UNAM.
- Torres-Rivas, Edelberto, et. al., 1999, *Las particularidades del desarrollo humano*. Guatemala, Llerena, Vol. II.
- Trilla, Jaume, 1993, *La educación fuera de la escuela: ámbitos no formales y educación social*, Barcelona, Ariel.
- Uribe Oyarbide, José María, 1992, *Educar y curar: el diálogo cultural en atención primaria*, España, Ministerio de Cultura.
- Velasco, Horacio, et al., 1997, *La lógica de la investigación etnográfica*, Madrid, Trotta.
- Verdugo, Juan Carlos, 1995, *Neoliberalismo y política de salud en Guatemala*, México, Universidad Autónoma Metropolitana, Tesis para optar el grado en Maestría Social.
- , et al., 2002. *Hacia un primer nivel de atención en salud incluyente: bases y lineamientos*, Guatemala, Instancia Nacional de Salud.
- Viesca, Carlos, 1997, *Ticiotl: conceptos médicos de los antiguos mexicanos*, México, Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de México.
- Villatoro, Elba, 1982, *Estudio histórico-etnográfico de la medicina tradicional en Guatemala: cuatro enfermedades populares*, Guatemala, Universidad de San Carlos de Guatemala, tesis de Licenciatura.
- , 1983, "La medicina tradicional y los problemas de salud en Guatemala", en *Boletín La tradición popular*, No. 42-43, 16p.

- , (comp.) 1984, *Etnomedicina en Guatemala*, Guatemala, Editorial Universitaria.
- , 1986, “El baño de vapor tradicional, un recurso terapéutico en el altiplano guatemalteco”, en *Boletín La tradición popular*, No. 59, p 16.
- , 1987, “Prácticas y creencias médicas en una comunidad indígena de Guatemala”, en *Tradiciones de Guatemala*, No. 28, pp. 31-39.
- , 1988, “La comunicación popular y salud materno-infantil”, en *Tradiciones de Guatemala*, No. 30, pp. 31-39.
- , y Acevedo, Joaquín, 1989, “Vida y obra de los curanderos de Todos Santos Cuchumatán, Huehuetenango”, en *Boletín La tradición popular*, No. 73, 12p.
- , 1990, “Concepción y simbolismo en la medicina tradicional de Guatemala”, *Tradiciones de Guatemala*, No. 34, pp. 27-37.
- , y Reyes, Oscar, 1992, “Mesoamérica y occidente, 500 años de simbolismos y prácticas médicas”, en *Tradiciones de Guatemala*, No. 37-38, pp. 47-59.
- , 1994, “La comadrona a través de la historia en las prácticas obstétrico pediátricas: una experiencia en el área ixil, quiché”, en *Boletín La tradición popular*, No. 97. 20p.
- , 1996, “La medicina tradicional en Guatemala: Un acercamiento histórico”, en *Tradiciones de Guatemala*, No. 45, pp.9-58.
- , 1996, “Las plantas: recurso terapéutico a través de la historia”, en *Tradiciones de Guatemala*, No. 45, pp. 61-66.
- , 1996, “El papel de la mujer en la atención obstétrica-pediátrica en Guatemala”, en *Tradiciones de Guatemala*, No. 45, pp. 69-83.

- , 1996, “El suicidio en los pueblos mayas: un acercamiento sociocultural”, en *Tradiciones de Guatemala*, No. 45, pp. 143-155.
- , 1996, “Salud-enfermedad: diversos enfoques teóricos metodológicos”, en *Tradiciones de Guatemala*, No. 45, pp. 159-171.
- , 1997, “Los terapeutas tradicionales de Totonicapán, su quehacer en el campo de salud-enfermedad”, en *Tradiciones de Guatemala*, No.47, pp. 59-93.
- Ward, Victoria M., 1991, *La utilización de los servicios de salud materno-infantil en la población mayense de Guatemala; una revisión de literatura multidisciplinaria*, Guatemala, Agencia para el Desarrollo Internacional.
- Widson, Charles, 1961, *Los chortís de Guatemala: estudio etnográfico de una región guatemalteca*, Guatemala, Seminario de Integración Social.
- Zolla, Carlos, 1986, *La medicina invisible: introducción al estudio de la medicina tradicional de México*, México, Folios.
- , et al., 1988, *Medicina tradicional y enfermedad*, México, Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS).
- , y Carrillo, Ana María, 1988, “Mujeres, saberes médicos e institucionalización”, en Juan Guillermo Figueroa Perea (comp.), *La condición de la mujer en el espacio de la salud* México, El Colegio de México.
- , 1986, “Terapeutas, enfermedades y recursos vegetales”, en *México Indígena*, No. 9 marzo-abril.

## Revistas

Fundación G&T, Revista Galería: LAS VERAPACES. Guatemala: Fundación G&T, Año 2, No. 6.

## Datos de publicaciones del INCAP

Hurtado, Elena y Delgado, Hernán, Crecimiento físico, nutrición e infección en los primeros años de vida, 1984.

— y Scrimshaw, S., Field guide for the study of health-seeking behaviour at the household level, 1984.

— *et al.*, Informe final del estudio de caso del centro de salud de la colonia Primero de Julio. Guatemala: INCAP, 1985.

— *et al.*, Informe final de la investigación etnográfica sobre algunos aspectos de salud y nutrición realizado en la colonia Juárez, Guanagazapa, Zacapa. Guatemala: INCAP, 1986.

— y Villatoro, Elba, Informe final de la investigación etnográfica sobre algunos aspectos de salud y nutrición en una comunidad de Huehuetenango. Guatemala: INCAP, 1986.

— *et al.*, Health-seeking behavior at the household level in a highland community in Guatemala. Guatemala: INCAP, 1986.

— *et al.*, Producción y pretestado de mensajes educativos a transmitirse durante el período de post-parto en el departamento de obstetricia del hospital Roosevelt de Guatemala, Guatemala: INCAP, 1986.

— y Srimshaw, S., Procedimientos de asesoría rápida para programas de nutrición y atención primaria de Salud, 1987.

— y Delgado, Hernán, Tres aspectos simplificados de atención primaria de salud y su efecto sobre la nutrición y la salud infantil, Guatemala: INCAP, 1987.

- 
- *et al.*, Lo que toda mamá debe saber sobre los asientos. Guatemala: INCAP, 1987.
- *et al.*, Lo que todo trabajador de salud debe saber sobre los asientos y su tratamiento: una sesión de preguntas y respuestas, Guatemala: INCAP, 1987.
- La lactancia materna en la etiología de la diarrea, 1989.
- *et al.*, Estudio de factores que influyen en el manejo alimentario del niño con diarrea. Guatemala: INCAP, 1988.
- *et al.*, Anthropological involvement in the Central America diarrheal disease control project, 1988.
- Delgado, Hermán, Nutritional improvement without better health: Santa María Cauqué 15 years later. Guatemala: INCAP, 1988.
- *et al.*, Lo que toda mamá debe saber sobre el crecimiento de su hijo: una historia de vida real de Rosa, Juan y su hija Rosita. Guatemala: INCAP, 1988.
- Aspectos socio-culturales relacionados con el consumo de alimentos, 1989.
- Hurtado, Elena, Evaluación formativa de un componente del programa del patronato pro-nutrición infantil en la colonia Maya, zona 18. Guatemala: INCAP, 1990.
- *et al.*, Lo que todo trabajador de salud debe averiguar sobre su comunidad donde trabaja: una guía para el diagnóstico comunitario rápido en salud y nutrición. Guatemala: INCAP, 1991.
- *et al.*, Investigando creencias: cómo recolectar información, 1991.
- *et al.*, Técnicas para evaluar y validar materiales educativos, Guatemala: INCAP, 1992.



- y Delgado, *Nutrición y reproducción humana*, 1992.
- *et al.*, *Guía para capacitar en el uso del material sobre vitamina A como complemento del manual: El diseño de actividades contra la deficiencia de la vitamina A en Guatemala*, Guatemala: INCAP, 1995.
- *et al.*, *A handwashing communication intervention in Guatemala Waterlines*, 1995.
- *et al.*, *El diseño de actividades contra la deficiencia de la vitamina "A" en Guatemala*, 1995.
- Hurtado, Elena, *Desde la comunidad... percepción de las complicaciones maternas y perinatales y búsqueda de atención*. USAID, Mother CARE: Guatemala, 1998 (Publicación no corregida). Que corresponde a la siguiente investigación: *Los conocimientos de comadronas tradicionales de Guatemala sobre complicaciones en el embarazo, parto y post-parto*. Informe preparado para el Proyecto Mother Care (Sub-contrato No. 5024-37).
- Hurtado, Elena y Acevedo, D., "Midwives and formal providers in prenatal, delivery and post-partum care in four communities in rural Guatemala: Complementarity or Conflict." En: *Demographic Diversity and Change in the Central American Isthmus*. Pebley, A. y L. Rosero-Bixby. RAND, 271-326.
- *et al.*, *Conocimientos y prácticas en mujeres embarazadas, comadronas y esposos sobre la anemia y suplementación con hierro durante el embarazo en Guatemala*. Guatemala: INCAP, 1998.
- *et al.*, *Mejorando las prácticas de alimentación de niños de 6 a 24 meses de edad a través de un programa de comunicación y educación*, Guatemala: INCAP, 1998.
- *et al.*, *Diseño y evaluación de un programa educativo para mejorar la productividad de alimentación en niños de 6 a 24 meses de edad en comunidades rurales de Guatemala*, Guatemala: INCAP, 1998.

## ANEXO 1 GENEALOGÍAS

### SIMBOLOGÍA DE GENEALOGÍAS

● = MUJER

▲ = HOMBRE

↔ = UNIÓN O CASAMIENTO

★ = COMADRONA

✱ = ENFERMERA

1ra. Generación    ▲ ↔ ●

Lazo matrilineal: Aparecen abuelos maternos de la comadrona.

2da. Generación    ● ▲ ● ▲

Lazo matrilineal: Aparecen los tíos de comadrona sin indicación de unión o casamiento y sin hijos.

Lazo patrilineal: Padres del esposo de la comadrona

3ra. Generación    ▲ ↔ ● ● ↔ ▲ ●

Lazo matrilineal: Aparecen hermanos que viven cerca de la residencia de la comadrona con su pareja y descendencia.

Lazo patrilineal: Mismos datos para el esposo de la comadrona.

4ta. Generación: ● ▲ ● ▲

Aparecen en los renglones 4to. y 5to.

4to. renglón, lazo matrilineal: aparecen exclusivamente los sobrinos que viven cerca la comadrona sin indicación de unión o casamiento, sin hijos.

4to. renglón, lazo patrilineal: los mismos datos para los sobrinos del esposo de la comadrona.

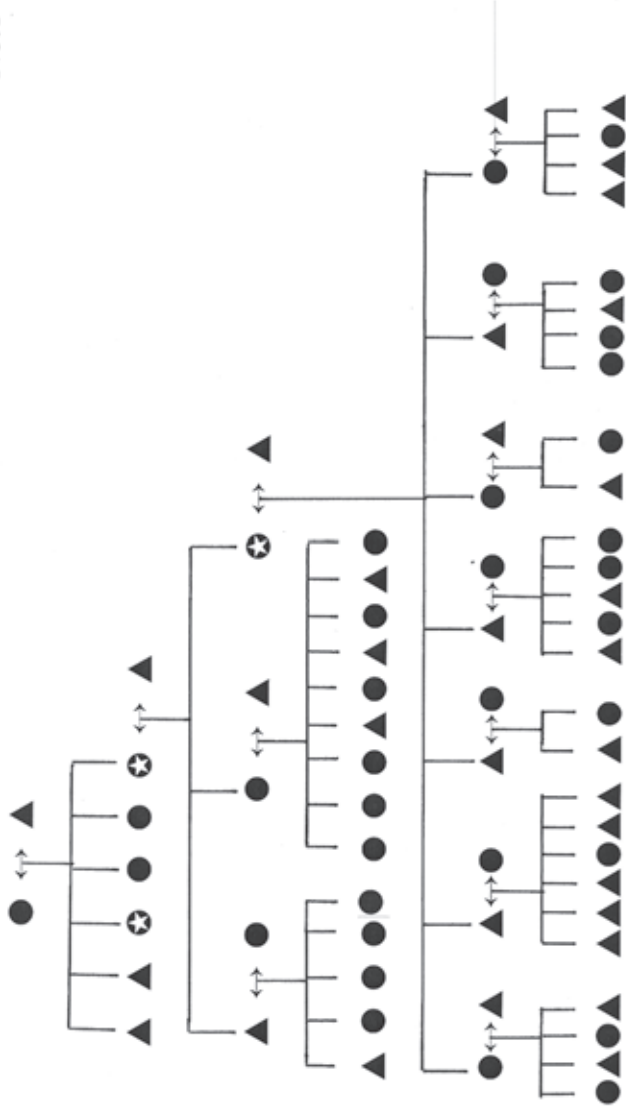
5to. renglón: aparecen los hijos de la comadrona con indicación de unión o soltería.

5ta. Generación: ▲ ▲ ●

Aparecen los nietos de la comadrona.

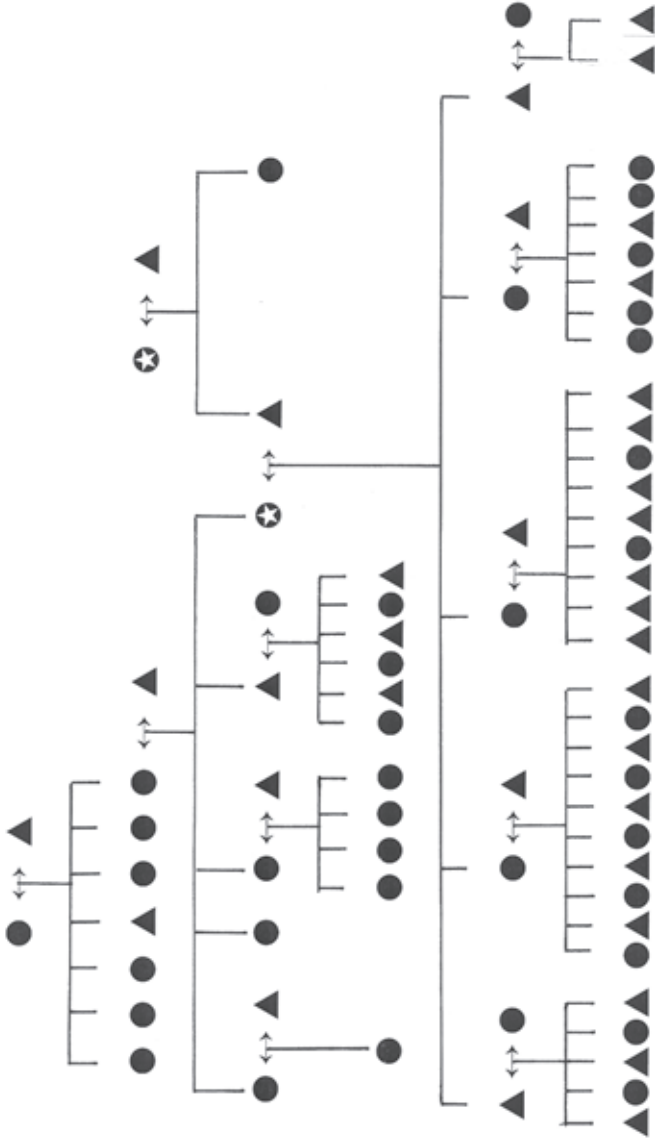
Deliberadamente a partir de la tercera generación en las genealogías solamente se presentan los datos de los familiares que viven cerca para proporcionar una idea del número de personas que pueden ser atendidos por la comadrona en el caso en que se presente alguna enfermedad.

No.1



Nota: La persona entrevistada no recordó a los familiares del esposo.  
Una hija de la comadrona vive cerca de ella.

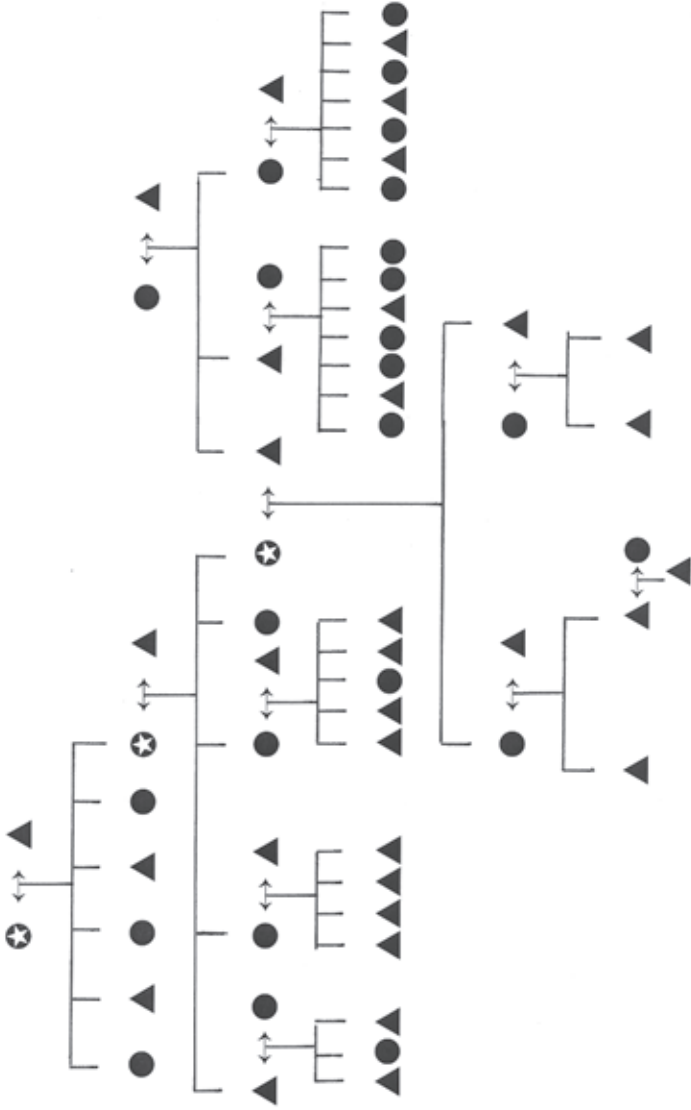
No.2



Nota: Una hija de la comadrona no vive cerca de ella.

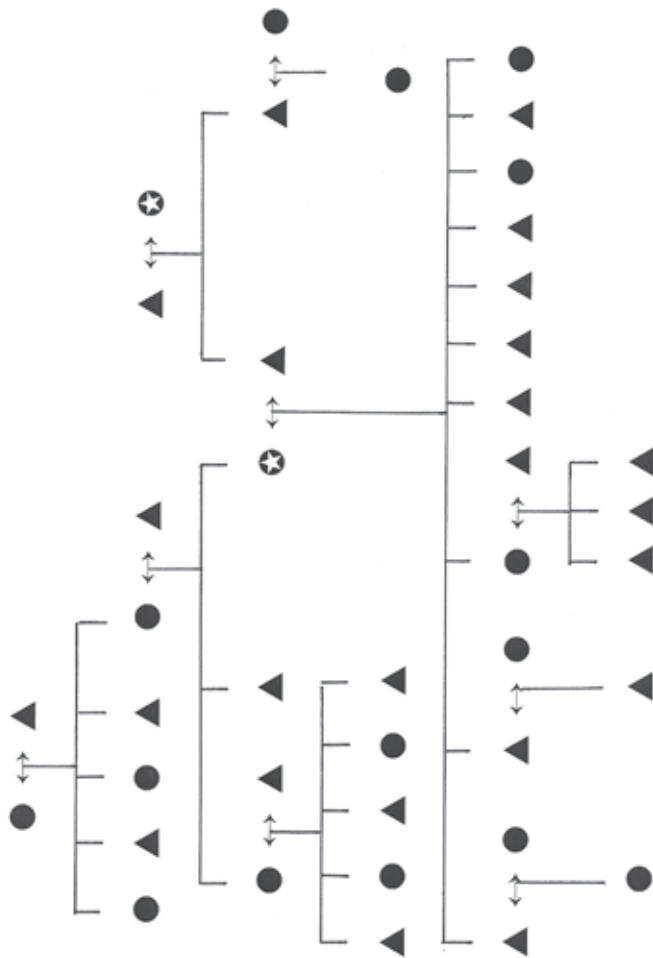


No.4



Nota: Dos hermanos del esposo de la comadrona viven lejos.

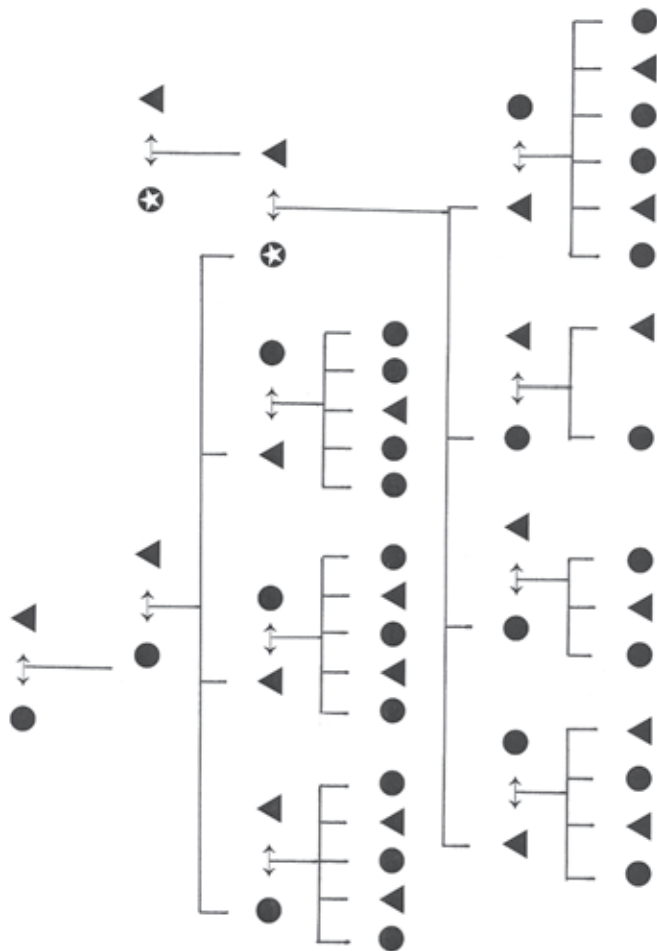
No.5



Nota: 4 hermanos de la comadrona no viven cerca , y dos hijos que tienen un total de 7 nietos tampoco viven cerca.

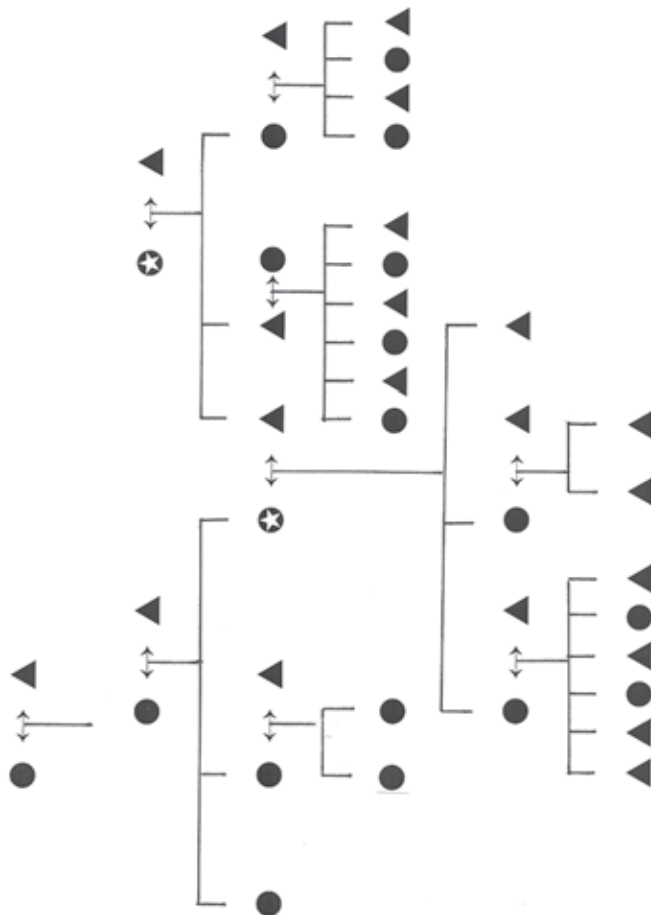


No.6



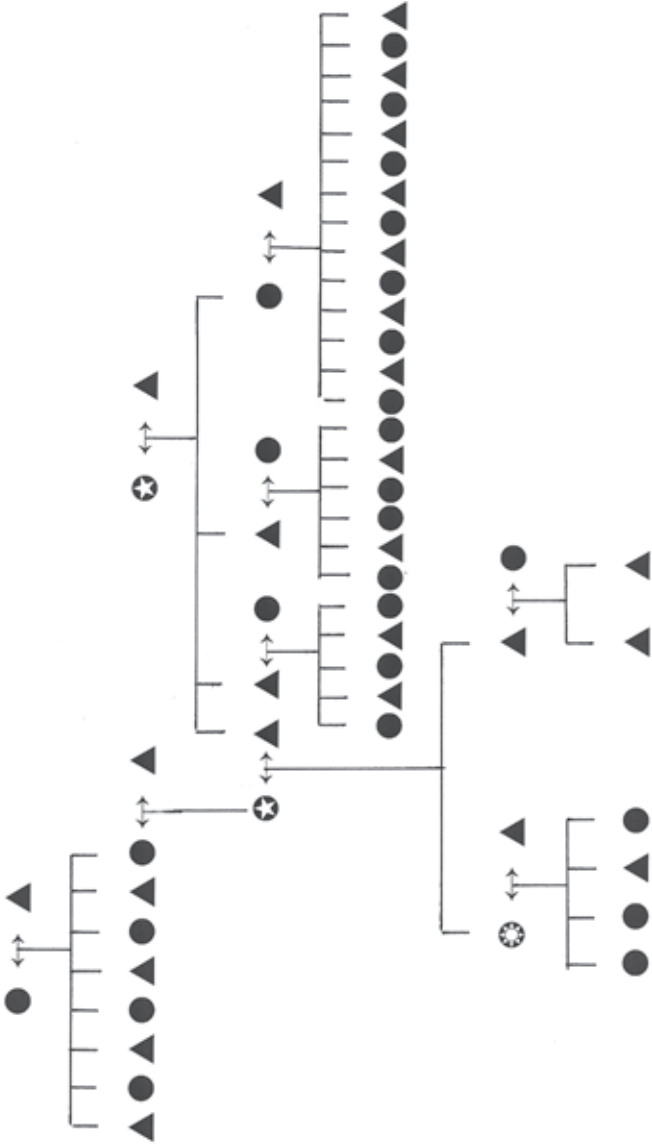
Nota: Un hermano de la comadrona no vive cerca y dos hermanos del esposo de la comadrona tampoco viven cerca.  
 Solamente un hijo de la comadrona no vive cerca.

No.7



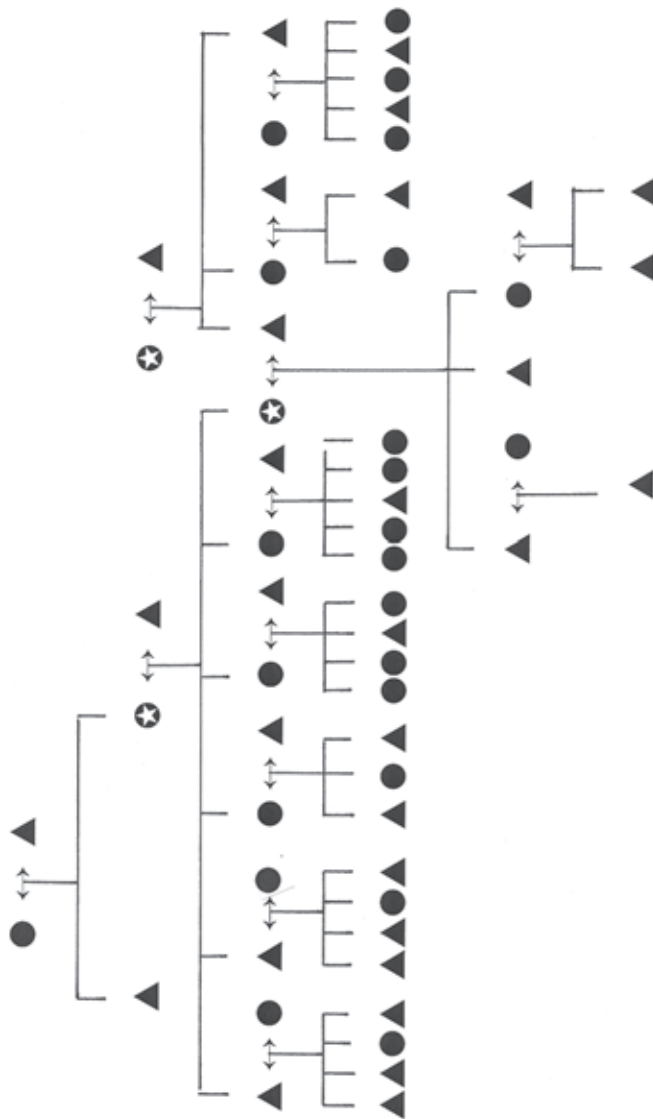
Nota: dos hermanas de la comadrona viven lejos y seis hermanos del esposo de la comadrona dos hijos de la comadrona viven lejos.

No.8



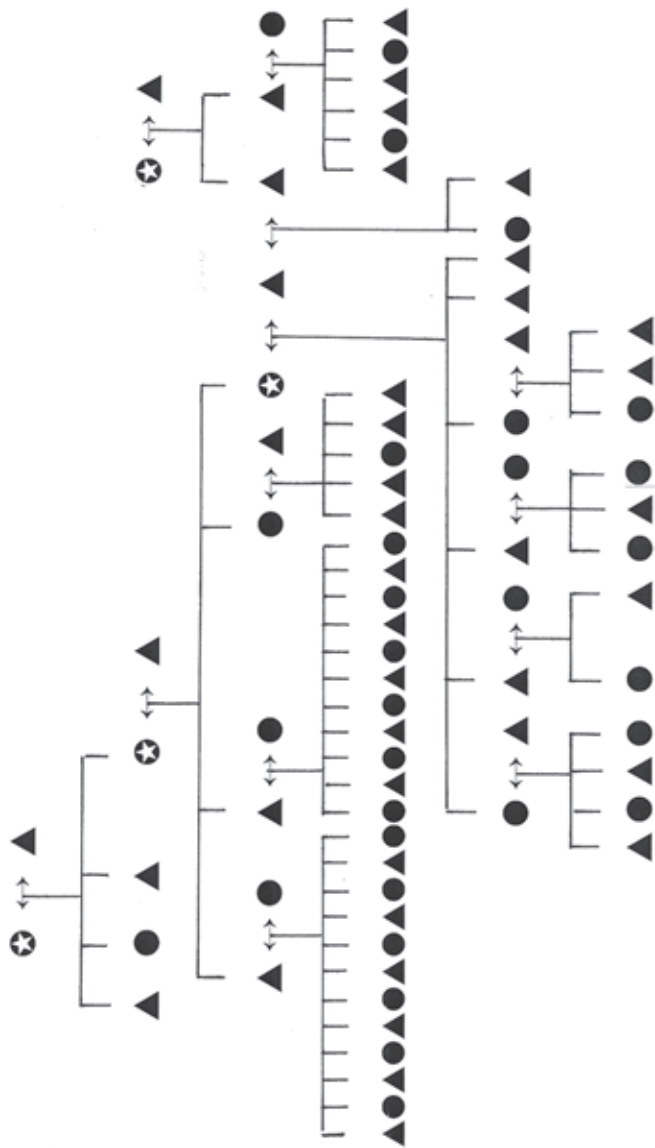
Nota: cinco hermanos de la comadrona no viven cerca y una hija.

No.9



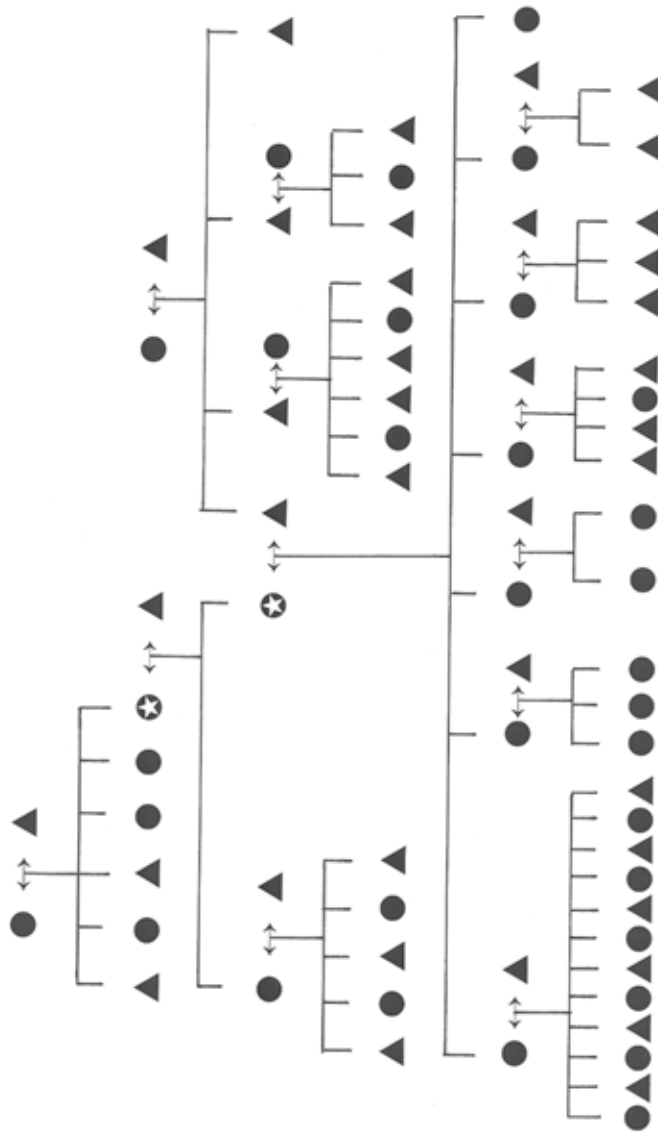
Nota: Tres hermanos de la comadrona no viven cerca y un hermano del esposo de la comadrona tampoco vive cerca.  
 Una hija de la comadrona no vive cerca.

No.10



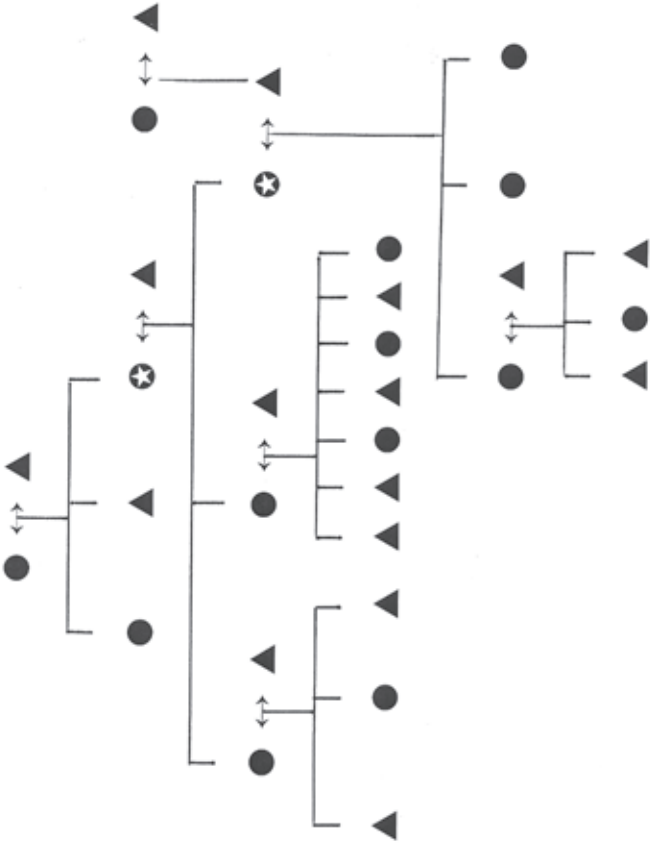
Nota: Dos hermanas de la comadrona no viven cerca. la esposa fue casada dos veces, el primer marido ya está muerto.

No. 11



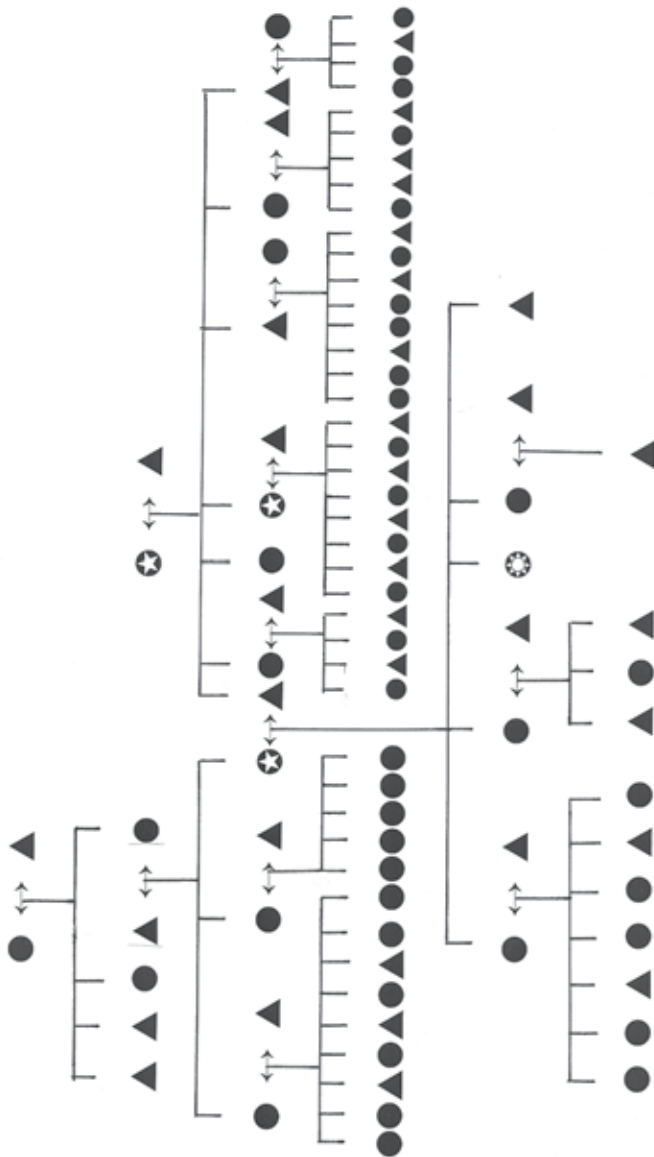
Nota: Dos hermanas de la comadrona no viven cerca de ella y dos hermanas del esposo.  
 Dos hijos de la comadrona no viven cerca de ella.  
 La comadrona tiene un total 16 bisnietos que no aparecen en la genealogía por falta de espacio

No.12



Nota: Dos hermanas de la comadrona no viven cerca  
dos hijos de la comadrona tampoco viven cerca

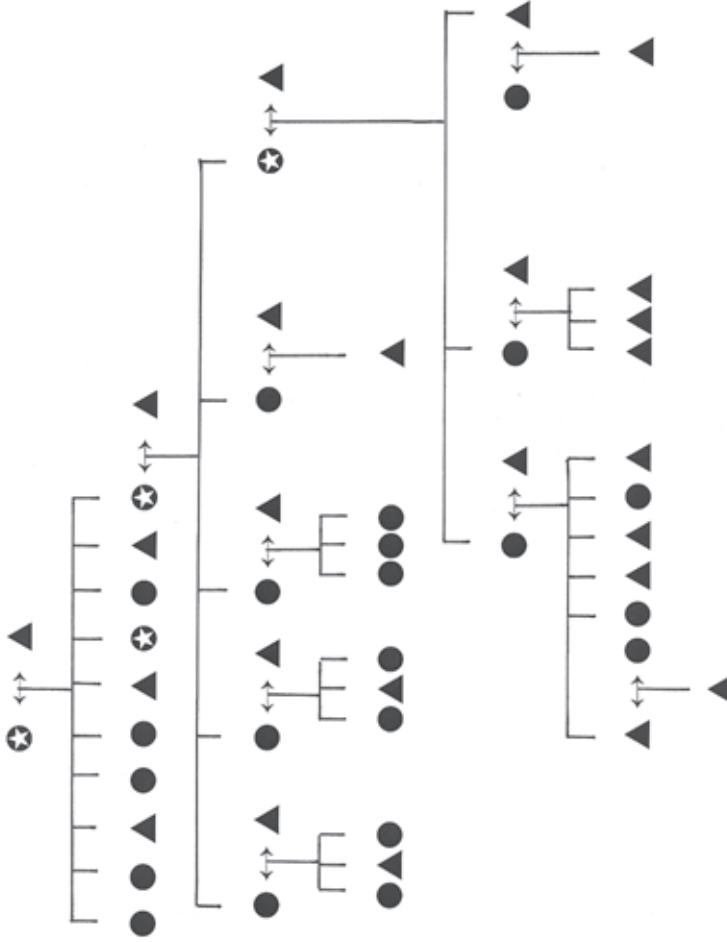
No.13



Nota: cuatro hermanos de la comadrona no viven cerca.  
 Dos hijos de la comadrona tampoco viven cerca.



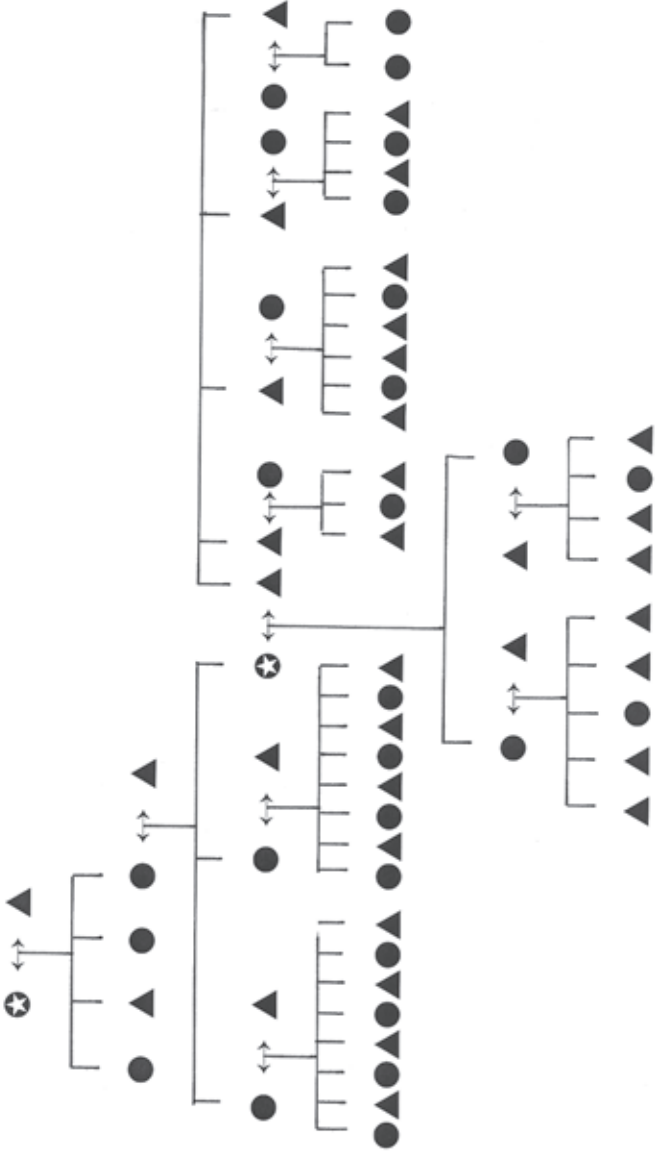
No.14



Nota: La persona entrevistada no recordó a los familiares del esposo.  
 Tres hijas de la comadrona no viven cerca de ella.

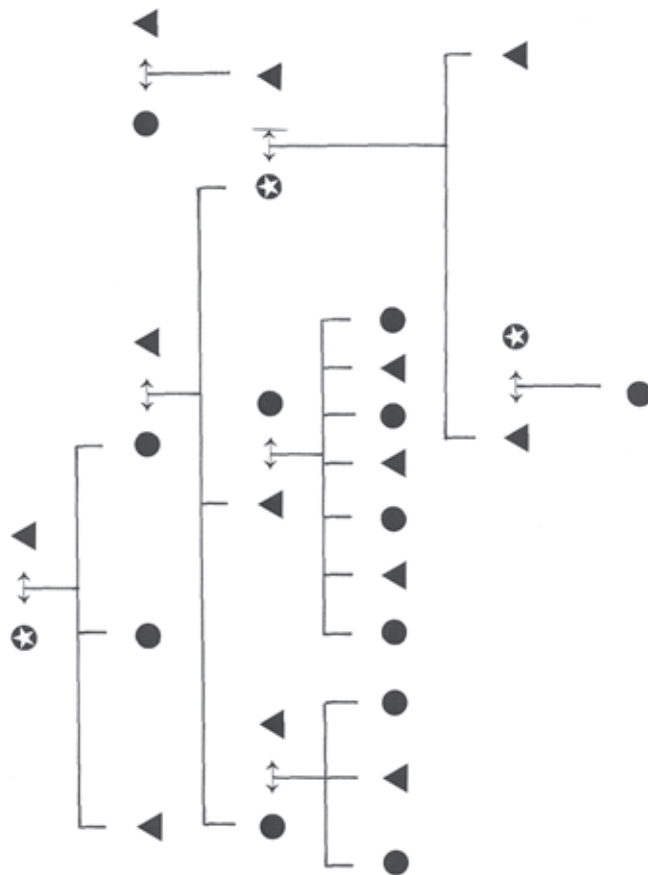


No.16



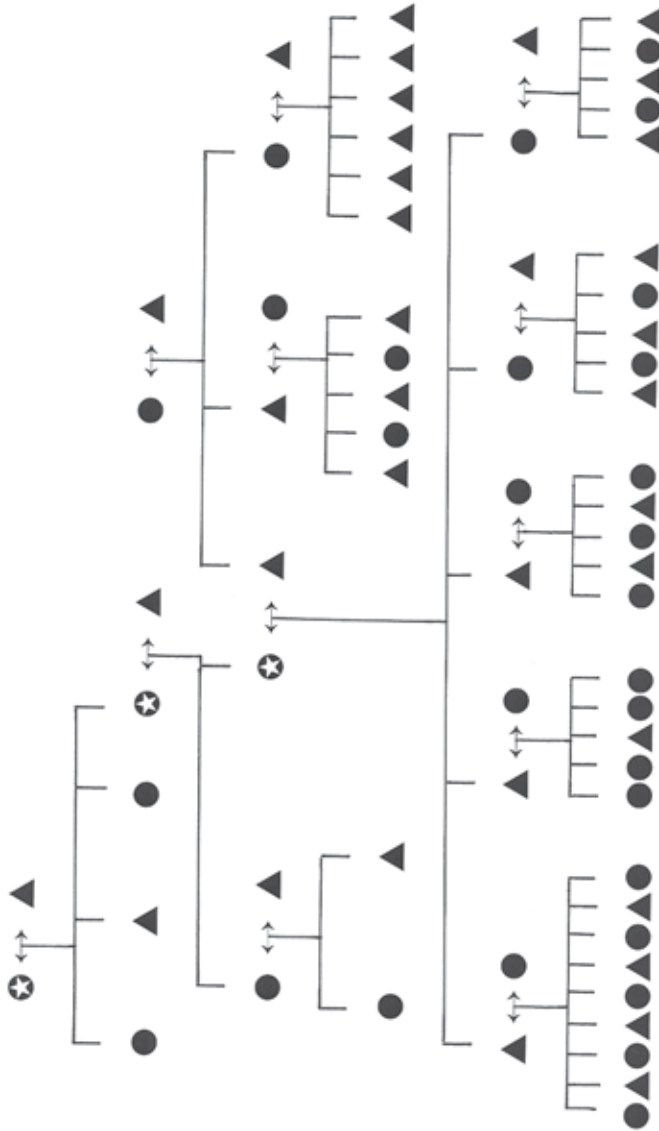
Nota: La comadrona tiene tres hermanos que no viven cerca y tres hijos también.

No.17



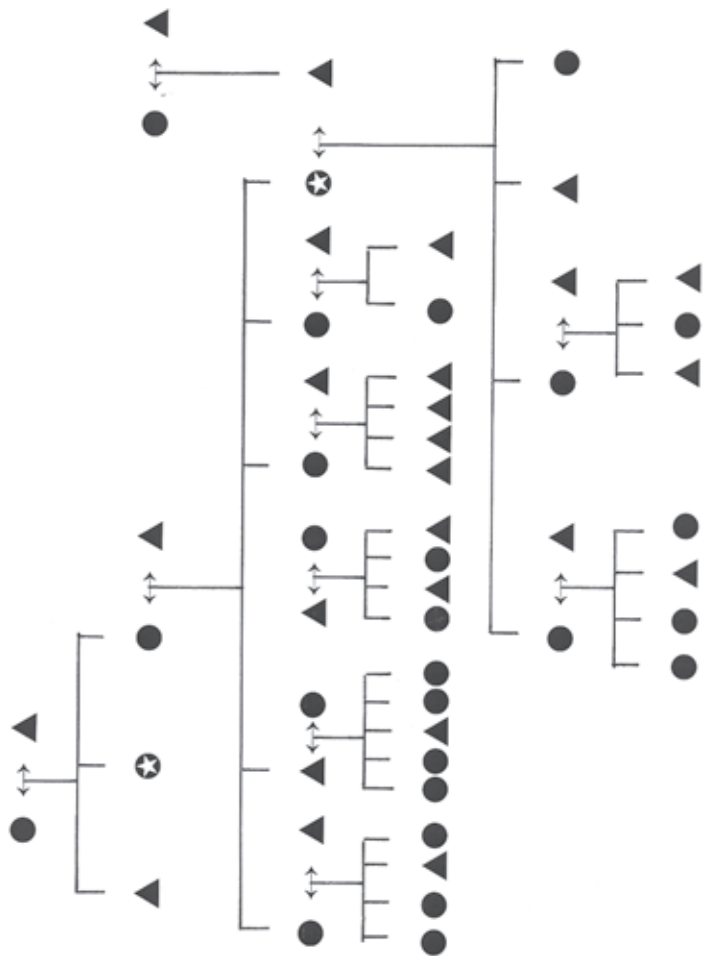
Nota: una hermana del esposo de la comadrona no vive cerca y seis hijos de la comadrona tampoco viven cerca.

No.18



Nota: Una hermana de la comadrona no vive cerca y dos hermanos del esposo de la comadrona.

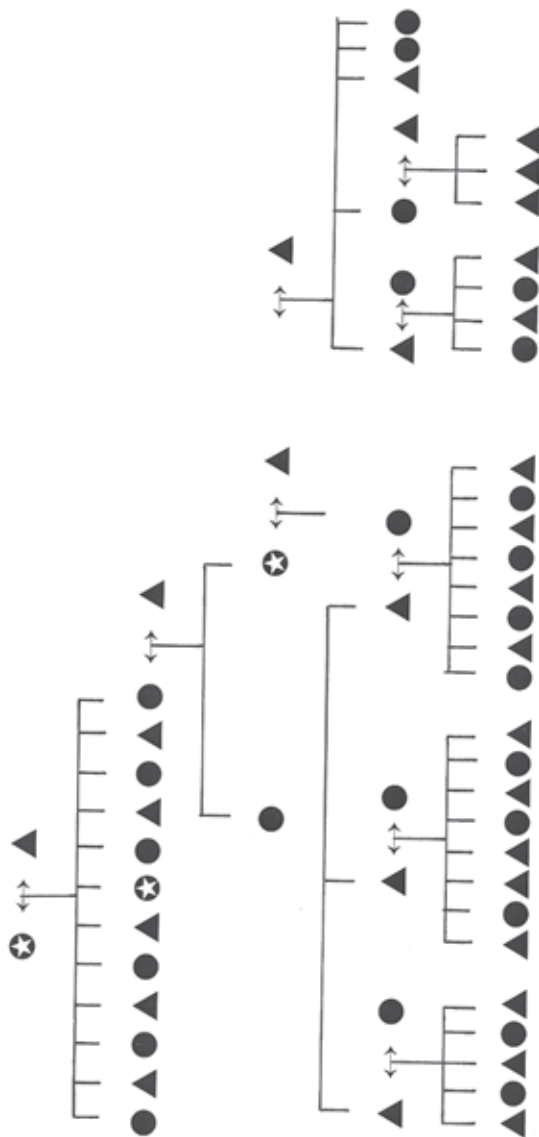
No.19



Nota: Un hermano de la comadrona no vive cerca y tres hermanos del esposo de la comadrona tampoco viven cerca.  
Una hija de la comadrona no vive cerca.



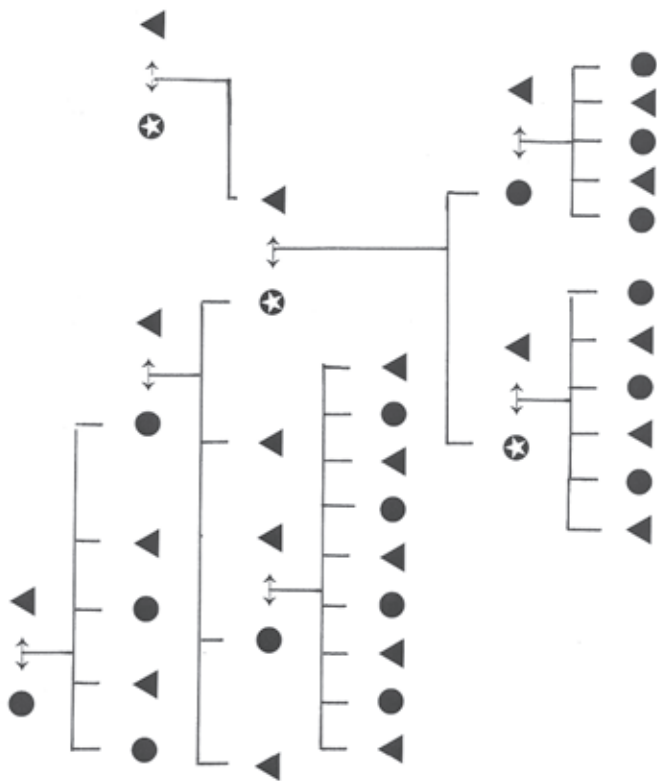
No.21



Nota: La comadrone es casada dos veces. No recuerda los familiares del esposo muerto y a los familiares del esposo vivo no los conoció. Tiene un hijo que no vive cerca. La comadrone tiene un total de 23 bisnietos, 8 de ellos no viven cerca. Como la comadrone solo tiene una hermana sin hijos en esta genealogía está anulada la fila número cuatro.

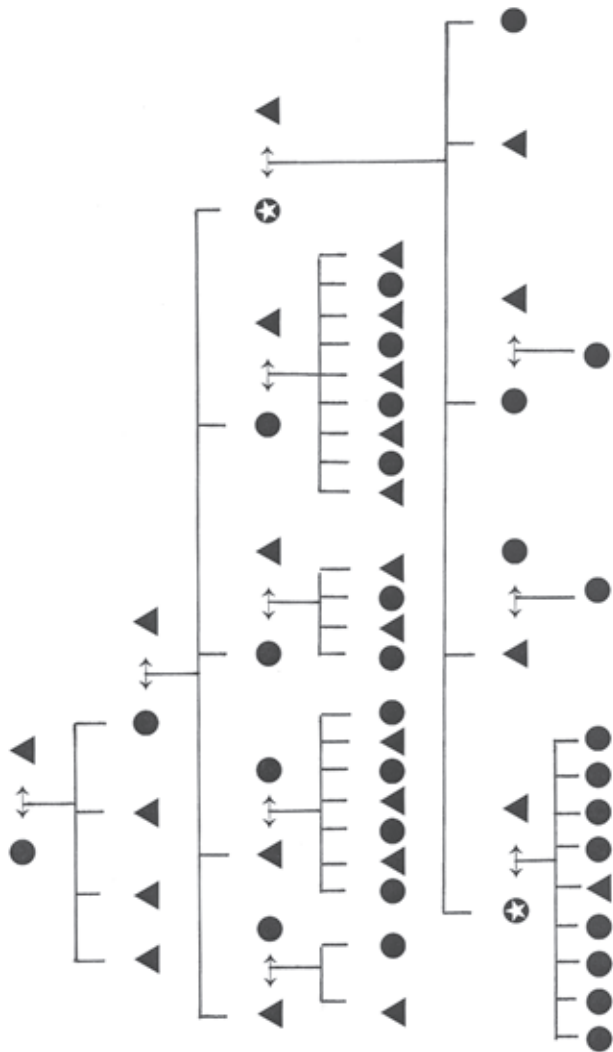


No.22



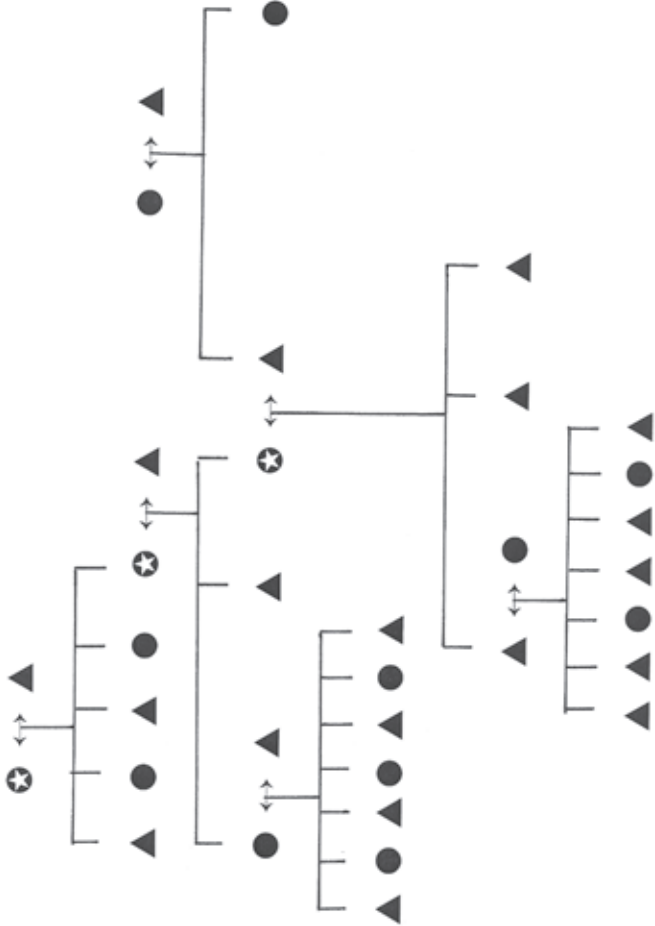
Nota: Seis hermanos del esposo de la comadrona no viven cerca y un hijo de la comadrona no vive cerca

No.23



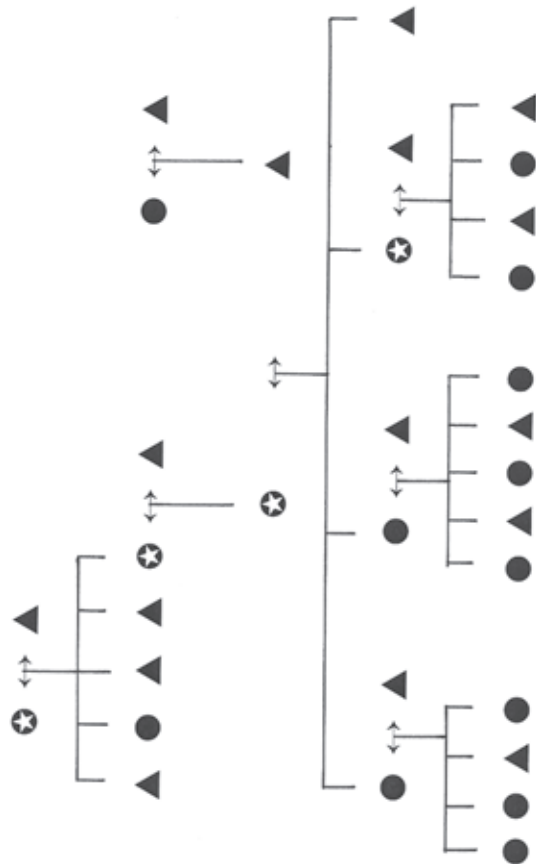
Nota: La comadrona no recuerda a los familiares de su esposo, cuatro hermanos de la comadrona no viven cerca y tres hijos de la comadrona tampoco viven cerca. La comadrona tiene un bisnieto.

No.24



Nota: Tres hermanos de la comadrona no viven cerca y seis hijos de la comadrona tampoco.  
 Los padres del esposo y tres hermanos no viven cerca.

No. 25



Nota: Seis hermanos de la comadrona no viven cerca, tampoco los padres del esposo y dos hermanos del esposo.  
 Ocho hijos de la comadrona no viven cerca.  
 En esta genealogía no aparece la fila 4ta. ya que los hermanos de la comadrona y del esposo de la comadrona no viven cerca.



**ANEXO 2**

**LISTADO DE REMEDIOS CASEROS  
PROPORCIONADOS POR LAS COMADRONAS  
DURANTE EL TRABAJO DE CAMPO**

**ABORTO**

Para sanar un aborto:

“Vino y le dio, mandó hacer cerveza con chocolate y le dio a la señora y lo batió, dicen que con eso se le curó.” (Grupo Focal No. 2)

“Una señora entonces compraba chocolate, canela, lo calenté y le dí y se le quitó el dolor, pero hay que calentar, hay que sobar, tal era aborto.” (Grupo Focal No. 2)

**AIRES**

“La espina del puercoespín, el bigote del chompipe, el poropox y los corales. La espina y el bigote se ponen a tostar y se muelen. El poropox y los corales raspados y tomado en agua todo junto.” (Comadrona No. 7)

“Entonces se pone el agua a hervir y se hecha la ruda, hoja de naranja, se despedaza bien, bien lavada y se echa en el traste, tortilla dorada, canela, se le echa el agua hirviendo y se tapa, cuando ya está el agua se cuele y que se la tome.” (Comadrona No. 26)

**ALBOROTO DE LOMBRICES**

“Yo tenía en la casa ajo, agarré 3 ajos los quemé, y 3 cogollitos de hierba buena, 3 de apazote y 3 de flor de muerto, no muy grandes, pequeños, lavé la piedra, bien lavada con agua hervida, no caliente, y molí todo eso y le dí la horchatía coladita y dándole, algo picaba, pero ese fue su remedio, amaneció durmiendo y después ya no se me enfermó.” (Grupo Focal No. 2)

“...el apazote cura, pero hay que moler y hay que hacer horchata con una clara de huevo y hay que poner en un trapo entonces se le pone aquí y se le pone aquí, para que se le junten las lombrices allí se salen y si usted ya no, ya no, si se reventó eso mejor que lo lleven al centro de salud o sea en el hospital.” (Entrevista No. 11)

“Como están alborotadas entonces hacen buya y uno se siente molesto, uno come bien y todo molesto, no está tranquilo y al rato un su panito con café hacen ruido y como que ya quiere ir otra vez en el baño, por eso yo les cuezo hierbabuena, ajo, apazote, le doy ese remedio, tapa de una vez y con eso ya estuvo.” (Comadrona No. 13)

“Cocí un poco de agua de canela, manzanilla, un poco de monte que le dicen quebrajunta y se lo dí.” (Comadrona No. 2)

### **AMAMANTAR**

Para bajar la leche:

“Yo vine al pueblo y compré pericón al llegar a la casa lo eché al fuego cuando se coció le dí un vaso, después lo sobé, al siguiente día se bajó la leche”. (Grupo Focal No. 3)

“De primero hacen el chocolate en una jarrilla y después va a hervir en la estufa, se compra el chocolate, le echa un poquito de agua para hervir y cuando ya empieza a hervir el chocolate y cuando ya está hirviendo el chocolate entonces se le echa la mitad de la cerveza, entonces uno no se lo toma uno, sino que en dos tiempos, así lo hacen. Se enfría un poquito y se toma tibio.” (Comadrona No. 24)

### **AMENAZA DE ABORTO**

*Remedio para lograr detener una hemorragia en una mujer embarazada*

“Aquí lo que le damos esos panalitos que hay en la pared así de barro y un puño de pelo de maíz, y un poco de raíz de miltomate lo llamamos nosotros aquí, entonces son 7 granitos. Primero se ponen las raíces de tomatito, entonces le echa un poquito de pelo de maíz, después se le echan las casitas de avispa y como si tiene dolor hay que echarle 3 ramitas de manzanilla para el dolor y 7 granitos de maíz, eso es lo que se le da unas 3 tomas nada más, se le da temprano a medio día y en la tarde, si no mejora entonces se refiere al centro de salud o con la señora la enfermera, la auxiliar, eso es lo

que hacemos aquí, pero no siempre cae bien, porque los cuerpos no son iguales." (Comadrona No.12)

"...así me dice mi madre, se cuece un poco de frijol negro cuando hay seña de hemorragia y se le echa cebolla roja, se le da un poco del agua a la seña y con eso se le quita la hemorragia." (Comadrona No.14)

"...eso le hice yo un su yema con café y con canela, hice punche, bien batido el huevo, bien batido, entonces bien le herví el café, le eche y con eso le hice su punche, entonces se lo tomo, hice yo dos veces, al otro día, le dije que tenía que reposar para que sane, para que llegue su día para nacer su muchachito, con eso se le quito y llegó su día y nació su muchachito que es un varón." (Comadrona No. 16)

### **CAÍDA DE LA MATRIZ**

"La tomada se toma un manojito de pericón y traer 8 tabletas de chocolate para el dolor de su corazón, entonces hay que echar en el fuego un poquito de ese pericón y un su chocolate, se le puede dar a esa seña, cuando está caída la matriz. Yo le digo que compre un octavo anisado y compre un manojito de ese pericón, hay que cocer y hay que dar un poquito el guarito de anís, eso no más." (Comadrona No. 11)

### **CALAMBRES**

"Porque como tenía calambres y tenía asientos y tenía vómitos, no le paraba nada, entonces yo solo fui a traer un octavo de anís, y bien quemado, bien quemado, y le sobé su canilla, le calenté un trapo y le envolví sus patas, porque le daba calambres en todo el cuerpo y en el estómago." (Comadrona No. 2)

### **CALENTURA**

"La mejorana para bajar la fiebre, cocida y tomada" (Comadrona No. 2)

"Yo lo hago sola, porque si hay una calentura qué hace uno, aunque sea una mi jarrilla en el fuego con un poco de agua y le destripé unos limones grandes y le eché un poco de sal, le eche un poco de café en polvo, un poco de bicarbonato y lo tomé y con eso se me quitó, al otro día ya no tuve necesidad porque se me quitó" (Comadrona No. 23)

"La pura cáscara de palo, cáscara de palo esa está buena para unos que tienen fiebre, si un grande tiene fiebre, la cáscara de quina que es pura amarga, pero



hay que machucar, machucar y hay que moler, hay que tomar un trago así, caliente, con agua caliente y hay que bañarse, con eso si luego se va a ir, si tiene fiebre o está enfiestrada, aunque sea grande o aunque sea chiquito, eso es bueno y lo que lo voy a comprar yo esa es.” (Comadrona No.7)

## **DIARREA**

“Para los asientos les damos uno que se llama anís, pero puro olor de anís, eso que es buenísimo. Ya después si con eso no tiene entonces si ya se le da de químico.” (Comadrona No. 12)

### *Asientos en personas mayores*

“...yo le cocí monte para que le pare el asiento así como el apazote, hierba buena, ajo y voy a comprar a la farmacia estolmágina, estomalito, yodoclorina un pedacito de cada cosa así mezclada y lo doy tomado con dos veces ya estuvo.” (Comadrona No. 13)

“Entonces lo que coso yo es tres hojas de hierbabuena, y una rajita de canela y este una ramita de apazote y un diente de ajo, lo coso yo y lo voy a colar, y al colar ya está preparado el remedio yodoclorina, furaltamicina y santamicina así mezclado lo pongo, entonces solo le doy por cucharadita cada hora o cada dos horas no le doy mucho porque eso también le puede salir, entonces le doy, si tiene bastante diarrea, entonces eso le doy y ya en la tarde ya no tiene asientos. Eso hago yo.” (Comadrona No.17)

“Para los asientos es bueno flor de muerto apagado con yodoclorina, de una vez se le quita.” (Comadrona No. 9)

### *Para la diarrea de los niños*

“Yo con un poco de cogollo de siquinay y un poco de cogollo de guayaba cocido y un poco de canela y un poco de manzanilla eso lo cocí. Pero yo también les doy horchata de yuquía bien batido, y bien frío.” (Comadrona No. 2)

“Yo lo curé con hierbabuena y un poco de alka-seltzer se echa también nauseol, mejoralito porque el nauseol es un gran remedio, también se echa agromicina para la diarrea.” (Comadrona No. 19)

*Usar el aceite como purgante*

“Un grande también puede tomar aceite, toma el aceite temprano y en la noche, hay que sobar para que lo lave su estómago y siempre le hace asiento y los lava de las lombrices” (Comadrona No. 19)

“Conozco uno que sirve para la diarrea, y el más eficaz es pericón y la hoja de guayaba, canela, la hoja de mango, llantén, banano maduro, es para guardar el mango porque chupa agua por dentro de los asientos, cuando se está bien mala y está perdiendo mucho líquido con ese cocimiento de todos esos montes que le mencioné, son 3 ramitas por cada vaso de agua, se hace eso, se prepara, se le da a la paciente o al paciente, si es niño, si es adulto, es muy bueno y excelente para esa enfermedad” (Comadrona No. 25)

**DOLOR DE CUERPO Y CABEZA**

“Le dí tomar un poco de quina con pericón y manzanilla, se le calmó el dolor” (Comadrona No. 2)

**DOLORES MENSTRUALES***Remedio para dolor de cintura cuando hay menstruación y flujo anormal*

“O sea cuando les duele la cintura y siempre les viene su hemorragia ya no normal, siempre les hacemos una sobada y les damos montecitos, para que esté caliente otra vez su cuerpo. Yo les doy pericón con hoja de granada.” (Comadrona No. 6)

“Con esa flor de muerto para la menstruación, para que baje solo y a mí mismo me tocó, se lava la flor de muerto y se cuecen apagadas, pero que fresco sentí todo el cuerpo, pasé 4 días y solo me bajaba, me bajaba y sin ninguna molestia.” (Comadrona No. 9)

“Lo que le cocían era altamiza, según el color de la hemorragia verdad, la altamiza, suquinay, ciguatape, y unas 7 pimentías de esa, unos le dicen pimienta gorda, otras le dicen ....de canela y un poco de esencia, o sea que le daban unas gotitas y la deban su vasito y la dejaban cubridas y ya de unos 8-15 días, ya no sentían ellas nada, ya sanaban, engordaban esa es mi forma mía.” (Comadrona No. 26)

## **ESTÓMAGO (DOLOR, HINCHAZÓN Y OTROS)**

### *Hinchazón de estómago y dolor*

“Cuando cortamos el nixtamal, de donde pela el maicito, entonces nosotros sacamos un vasito y le echamos el jugo de dos limones y le damos unos granitos de sal y se lo toma, eso es santo remedio, eso les quita la hinchazón de estómago y como a veces les agarra asientos” (Comadrona No. 12)

“Le dí pericón y altamiza con un puño de café y un pedazo de canela lo cocí bien hervido. Solo eso le dí.” (Comadrona No. 16)

“Y la esencia del monte, allí está la esencia del monte, ya solo un poquito tengo, esa mire que es como blanquita, es la esencia del monte. Entonces la pericón, de manzanilla, un poco de esencia del monte y un poco de hierbabuena, y el siquinay, un siquinay grande y un siquinay chiquito, son como 5 clases; porque son el pericón, la manzanilla, la esencia del monte, la hierbabuena y el siquinay grande y el siquinay chiquito. Son 6 clases. Esos van cocidos y son para el dolor estómago” (Comadrona No. 24)

“Esencia del monte, eso es bueno también, si hay un dolor de estómago por las lombrices, se tiene que cocer un diente de ajo, con un poquito de mango, eso, así como un vasito.” (Comadrona No. 26)

### *Para el aire en el estómago*

“...entonces cocí un poco de pericón y altamís se lo tomó y con eso se alivió y me dijo que es aire lo que yo tengo.” Grupo Focal No.3)

“La orina cura o sea el dolor de estómago, alguna persona que tiene un dolor de estómago que no se le quita pedir la orina, pero que se lo tomen bien caliente, si muchos médicos dicen que es algo que es cosa desechable, que ya no tiene ninguna función, pero sí es bueno.” (Comadrona No.6)

“La albahaca y la escobilla y la sábila, la cola de caballo que es monte también y que sirve para la infección, pero ese sirve para tomar” (Comadrona No.25)

## **EMPACHO**

“Se purgan con el monte de suquinay que se encuentra en las orillas de los ríos, es lo mejor para el empacho, cocido, en una sola toma, se soba a la persona con aceite francés de primero.” (Comadrona No.19)

“La leche materna con aceite de oliva, 3 veces al día y sobado, por dos días, dependiendo la edad es la cantidad que se da.” (Comadrona No.7)

“Entonces yo antes lo que hacía, era que iba a buscar unos cogollitos que se llama el anono, por aquí, allí está mire, ese palito es anono. Esos cogollitos tiernitos, esas hojitas que relumbran, se cortan 7 cogollitos, 7 hojitas y eso se pone en un vasito en un pocillo y allí se le echa unos granitos de sal y unas gotitas de limón, antes de echarle esas cositas, ya está hirviendo un poco de agua, hervida, entonces ya cuando ya se cortaron esos montes, se le pone al vaso allí, al pocillo y allí se le pone la sal, un poco de bicarbonato y unas gotas de limón y después se sacan unas brasas del fuego, pero mejor si es roble. Entonces se le echa apagado entre las hojas y se le vacía el agua caliente a la hoja, entre el pocillo, se le vacía un tanto así, y se pone el monte allí que se remoje entre el agua hirviendo apagado, y hierve aquello pues, con la brasa encima viene la agua pues borbotlea, allí es donde se cuece el monte, no se va cocer entre el jarro, sino que solamente apagadito con el hervor de las brasas y el agua hervida un tanto, allí se cuece, apagado y allí se tapa. Y ya está bueno para que se lo tome ese niño.” (Comadrona No. 20)

“Con aceite, con limón y con otros sobrecitos, lo primero le hago un su masaje bien duro, le hago su masaje, su masaje y después lo amarro y de allí le doy su remedio, pongamos que viene a tomar a las 6 de la mañana, a las 8 y la 1, depende de cómo sigue el niño.” (Comadrona No. 13)

### **HAMBRE**

“Hay otro que como usted dice que se muele, la canela, el anís, la alhucema, esos son de aquellas matas, esas se muele la canela, el anís, la alhucema, hay que moler. ¿Para qué es ese remedio? Ese es para que le llame el hambre, cuando uno ya no tiene hambre, se le agarra un poco se le echa al café, o con sea con el agua hervida, se le hecha, eso sí.” (Comadrona No. 11)

### **HEMORRAGIA NASAL:**

“Bien, el azúcar con la teja, así hay que echarla en el fuego, bien colorada se va a poner, se echa agua encima y después se echa el azúcar, y se va humo encima para que se suba, eso han hecho mis padres antes. Yo sí todo eso lo vi con mi madre.” (Comadrona No. 26)

**HERIDAS PEQUEÑAS**

“Cocer el apazote y con el agua se lava 3 veces al día, cuando no son heridas muy grandes, también el ollín se muele muy finamente y después del lavado se espolvorea encima de la herida, también el vaho de apazote es para evitar la inflamación y evitar el cáncer” (Comadrona No.48)

**HINCHAZONES**

“Se pone apagada con siquinay y con punta de guayaba, apagada y se baña en eso, el que está hinchado.” (Comadrona No. 23)

**LOMBRICES**

“Esa sobada de aceite francés o aceite, tenemos un aceite para las lombrices, que con ese siempre las sobamos, es especialmente para las lombrices y les damos hierva buena con la raíz del apazote y les damos, y a veces les hacemos parche.” (Comadrona No.6)

*Parche de apazote para lombrices*

“Nosotros parche le decimos cuando arreglamos, molemos la raíz del apazote, la hierbabuena, flor de muerto, lo molemos y le echamos aceite y lo ponemos en un trapito bien caliente y lo ponemos en el estómago” (Comadrona No.3)

“Eso se cura con apazote, se machaca con la mano y se hace un masaje con aceite francés en el estómago, se puede así combinando y se puede solo con apazote y con eso se cura”. (Comadrona No. 11)

“Hice una tortilla con apazote haciendo como tamalito envuelto en hoja, lo metí en el fuego estando medio cocido lo saqué y lo hicimos parche en el ombligo se le hecha un poco de aceite francés con la tortilla para que se ponga suave.” (Comadrona No. 15)

“Le doy pero solo agua de ruda, apagadita, pongamos está hirviendo el agua y se tiran las 3 ramitas de ruda y se le da de tomar, agua de ruda para las lombrices.”(Comadrona No. 3)

“Hay que cocer la punta de macuy bien picado y se hecha hierbabuena.” (Comadrona No. 19)

“Yo curo con apazote, los hago sobar con apazote y ajo para que se caliente y toma hierva buena con alka-seltzer y con eso se cura.” (Grupo Focal No.3)

## MAL DE OJO

“Alka-seltzer sí, bebetina sí, y este mejorcito ese también, hay que echar un poquito de agua en el fuego un pedacito de cada cosa, pero hay que ver la enfermedad del chiquito, hay que ver, que enfermedad tiene, hay que darle, o sea que si tiene mucho calor, mucho calor, el estómago está caliente entonces hay que dar una sal andrews o sea una sal de uvas, sí, eso porque es fresco.” (Comadrona No. 11)

*Remedio cuando el ojo es recurrente*

“Yo sé otro remedio también, cuando se ojea a cada rato, hago otro tipo de remedio eso sí comprado con los mercedieros, siete machos, ajos, puro, cigarros, cigarros de esos chiquitos un montón, bastante voy a comprar, por frasco, se va alcohol, se va bastante ruda, se va ajo, y se va un cuarto de ese guaro puro de cantina. Es con mercediero, el monte solo la ruda nada más, solo con los mercedieros, yo preparo y con eso se cura, cuando se bañe se echa en la cara todo frasco todo, todo es un remedio, pero arrecho. Solo nada más como loción, ya le eché en toda su cara.” (Comadrona No. 1)

*Remedio para el ojo seco*

“Entonces lo que nosotros hacemos es comprar la linaza, la pomada de linaza hacemos una sobada bien sobado y cocemos un poco de hierbabuena y le damos con aceite francés con la mitad de hiedromicina y santamicina en polvo” (Comadrona No.6)

## MAL DE ORÍN

“El mal de orín hay que curar con 4 limones, y 4 tomates y dos cucharadas de azúcar y media cucharada de sal y un granito de cal con eso se quita. Le da a cualquiera.” (Comadrona No.10)

## OMBLIGO

*Para el ombligo hinchado*

“...llevé dos leños de ixcanal y al llegar a la casa lo metí en el fuego cuando la leña se ardió se le salió como saliva es pura espuma, entonces yo agarré la espuma con mi dedo y lo eché en el ombligo del niño y lo amarré con un pañuelo, lo hice 3 veces al día porque el niño es aire el que afectó su ombligo”. (Grupo Focal No.3.)

## **PURGANTES**

“Yo tengo 3 clases de purgante, ese purgante que le dije ahorita, de allí también acostumbro para los niños para más fino, la rosa purgante, es una rosa blanca, pongo a hervirla, entonces cuando ya está hervida la cuelo y le deshago una purga de sal de uvas picot y se las doy, con eso hago un purgante muy lindo y suave y sanan los angelitos.” (Comadrona No.26)

## **PUJIDO**

“Con montes y espina de puercoespín bien tostado y molido y con el agua de los montes se les da a tomar.” (Comadrona No.7)

## **RETORTIJONES**

*Para los retortijones y dolor de estómago*

“Esto que se llama madrepuerto es bueno para los retorcigones, se lava y se pone a cocer y cuando les duele mucho el estómago esto se les da.” (Comadrona No. 12)

## **RONQUERA**

“Y al otro rato ya estaba malo, ya se iba a morir, va la arrojadera, entonces se toma un poco de flor de altamisa, voy a traer 3, pero la pura flor, voy a machucarlos, y se lo llevé, y al rato se le quitó, ese es muy buen remedio, solo mascando se le quitó, ya estuvo, ya no hay más remedio.” (Comadrona No. 24)

## **TOS**

“Se cuece un poco de eucalipto con té de limón y un poco de florecita de lo que está en las monjas (buganvilia), se le hecha un poco dulce y se le da al niño y se cura”. (Comadrona No.14)

“Entonces la tos que está algo ronco así, que como aire le pegó, entonces le maduro la tos, medio octavo para remedio con canela, bien cocido con su café, su canela y un poquito de ese monte oresucio, le dicen, pero es montecito, pero como huele como chicle, ese es muy bueno, orosus. Eso es lo que yo cocí y se tomó un poquito de guaro, pero guaro.” (Comadrona No.16)

“Ahora ya con tos, para eso yo hago un remedio también, eso sí solo monte, eso que le dicen té de limón, un remedio así como sacate así, dos ramas de

eso, entonces eso se agarra unas 3 ramitas y dos ramitas de eso enele noj que tengo por allí y eso de naranja y de jocote, pero no mucho solo un poquito de jocote nada más y un poco de canela y un poco de ruda y eso es bastante clase de remedio, de limón y de naranja y de esos que le digo que parece monte, de enele noj, le echo eso, entonces al cocer eso es para tos y he echo con mis hijos, se lo toman y poco a poco se corta un poco la tos, eso sí solo plantas pues.” (Comadrona No. 17)

“Cuezo la manzanilla, canela, té de limón, rosa de jamaica y rosa de castilla, ciruela, flor de sabuco. Tomado 3 veces diarias, mata el microbio y la picazón de la garganta y cuando se les tapa la nariz se les frota un poquito de cebo caliente”. (Comadrona No. 2)

“Si un niño tiene mucha tos, si un niño va de toser y tiene tos, cada día se toma un su soda frescante, cada día se lo toma, soda frescante, con un tirarosa se le da, ya se quita, se quita la tos, pero poquito se le va a dar si el niño es chiquito el niño, no de un solo, sino por poquitos, cucharada por cucharada, después le dan otro y así se quita.” (Comadrona No. 24)

“La tos, hay que cortar un poco de este, este... rosa de jamaica, rosa de castilla, el sabuco, porque ese es para la tos. Ese va cocido, porque la rosa de jamaica es dura, por la cáscara, es un fruta que tiene pepitas adentro, dicen que como que es ojo, entonces se corta ese, se cuece también, se le echa un poco de sabuco, igual también la manzanilla. Y el sebo porque el sebo se le unta aquí, se le unta este, aquí en los pechos así, sebo de los animales.” (Comadrona No. 11)

## **VOMITIVOS**

“El enele noj (hineldo) cocido con puro para sacar la flema o sea vomitar.” (Comadrona No. 2)

## **GENERALIDADES SOBRE LOS REMEDIOS**

### *Importancia de lo frío caliente en los remedios*

“... el vapor que le sale siempre le echamos un poco y le damos al niño cuando ya está frío, se enfría solo que no le de el aire y eso se le da al niño y se le quitó”.(Comadrona No. 2)



*Características de los remedios*

“...tomó un vaso y me dijo mamá es muy amargo lo que me dio, si es cierto y ¿qué querés vos? El remedio de por sí es amargo para que cure, si es dulce no cura”. (Grupo Focal No. 3)

*Una pariente lo sabe hacer*

“Sí, pero ese dice que es de la brea del pino, entonces lo hacen canoita, pero yo no lo he hecho eso, mi tía sí lo ha hecho, porque ella lo hace con unas tapas sí, entonces se pega en la cintura, cuando ya se sale se pone tieso allí, eso jala la enfermedad que es aire dicen, pues yo si no aprendí hacer eso porque ellas si lo hacen, pero ella ya se murió”. (Comadrona No.11)



Este libro fue impreso en los talleres gráficos de Serviprensa S.A. en agosto de 2006. La edición consta de 500 ejemplares en papel bond 80 gramos.



María Teresa de Jesús Mosquera es Doctora en Antropología Social y Cultural por la Universidad Rovira i Virgili de Tarragona, España, actualmente coordinadora del área de salud y género del Instituto de Estudios Interétnicos de la Universidad de San Carlos de Guatemala.



Desde el año 1992, momento de su egreso de la Universidad de San Carlos como licenciada en antropología ha trabajado en investigación en las áreas de salud, antropología y género en las siguientes instituciones: Instituto de Nutrición para Centroamérica y Panamá (INCAP), Dirección General de Investigación, Instituto de Estudios Interétnicos, ambas instituciones pertenecientes a la Universidad de San Carlos de Guatemala.

También se ha desarrollado en el campo de las consultorías a nivel nacional para las siguientes instituciones: Data-pro S. A. ECODESA, y otras instituciones internacionales como el Instituto Interamericano de Derechos Humanos (IIDH), Instituto Libertad y Democracia de Lima, el Instituto Panamericano de Estudios sobre el Alcohol y Prevención del Alcoholismo (IPESA).

Sus estudios de doctorado como también su Master en Antropología de la Medicina la han llevado a vincularse con diversas instituciones que trabajan en el sector salud de Guatemala, de esta cuenta ha organizado varias mesas sobre las temáticas salud y antropología en los congresos centroamericanos de antropología (2004, 2006), y en el congreso de estudios mayas (2003, 2005).

Se ha desarrollado como docente en estudios de grado en la Escuela de Historia de la Universidad de San Carlos de Guatemala y en los últimos años se ha desarrollado como docente a nivel de postgrado (cursos de doctorado) en la Universidad Panamericana.



Instituto de Estudios Interétnicos  
Universidad de San Carlos



Universidad de  
Tromsø, Noruega