



Instituto de Estudios Interétnicos y de los Pueblos Indígenas

**IDEIPI**

Universidad de San Carlos de Guatemala

**DC** Dirección General  
de Investigación

Universidad de San Carlos de Guatemala

# Interculturalidad de la Salud en Guatemala

María Teresa Mosquera Saravia





# **Interculturalidad de la Salud en Guatemala**



**María Teresa Mosquera Saravia**



Instituto de Estudios Interétnicos y de los Pueblos Indígenas

**IDEIPI**  
Universidad de San Carlos de Guatemala

**DG**  
Dirección General de Investigación

361.87281  
M912

**Mosquera Saravia, María Teresa**

Interculturalidad de la salud en Guatemala / María Teresa  
Mosquera Saravia. – DIGI-IDEIPI. – Guatemala: Dirección General  
de Investigación, Instituto de Estudios Interétnicos y de los Pueblos  
Indígenas. Universidad de San Carlos de Guatemala, Cholsamaj. 2022

108p.: il; 21.5 cm

ISBN: 978-9929-739-04-8

CIENCIAS SOCIALES- ANTROPOLOGÍA DE LA SALUD – CULTURA-  
INTERCULTURALIDAD – SALUD – IT.

ISBN 978-9929-739-04-8

# ÍNDICE

Presentación -----	5
<b>Capítulo No.1</b>	
Políticas interculturales de salud en Guatemala -----	7
<b>Capítulo No.2</b>	
La concepción de la enfermedad y los conjuntos sociales guatemaltecos -----	31
<b>Capítulo No.3</b>	
Una Cartografía del Empoderamiento Comunitario de Salud -----	38
<b>Capítulo No.4</b>	
Un proyecto de investigación que intenta dar respuestas. Una sola terapia para varias formas de enfermar: kasilab' kipan / b'enaq pamaj / descompostura / caída de la matriz. -----	45
<b>Capítulo No. 5</b>	
El quehacer de las comadronas: los programas de "capacitación" y la mortalidad materna en Guatemala -----	63
<b>Capítulo No.6</b>	
Comadronas: Política Nacional y Ley de Dignificación -----	81
<b>Capítulo No.7</b>	
Juan José Hurtado, un pionero de la antropología de la medicina -----	91
Bibliografía -----	99



# Presentación

**E**l área de salud del IDEI<sup>1</sup>, comienza a funcionar en el año 1992, durante siete años se puede decir que sólo se publicaron un par de artículos con las siguientes temáticas: Modelos de la enfermedad tradicional en Mesoamérica y otro sobre las caries de Oscar E. Reyes P.

En el 1999 se comienza a trabajar en el área una visión diferenciada, tomando de base la escuela teórico-metodológica de la antropología médica crítica, de esa cuenta el primer evento que se realizara a nivel internacional fue el año 2000: Primera Reunión Internacional sobre la Medicalización del parto, se celebró del 26 al 28 de septiembre, en la cual participaron los siguientes conferencistas: Dr. Paolo Bartoli Universidad de Perugia Italia, Dra. Lilián González Chévez Universidad Autónoma del Estado de Morelos, Mstro. Francisco García Fajardo Universidad Autónoma del Estado de Morelos, Licda. Judith Guadrón Universidad de El Salvador, Dr. Robertos Campos Navarro Universidad Autónoma de México, Dra. Ma. Teresa Mosquera Saravia IDEI, USAC.

Ese mismo año el programa Maya Compete Building -MCB- de la Universidad de Tromso, Noruega apoya financieramente por siete años el área. La intención última del programa era apoyar a estudiantes mayas para la culminación de sus estudios universitarios, pero también financió varios proyectos de investigación.

Como resultado de ese apoyo se publicaron cuatro libros:

Antropología de la Medicina, que contiene cuatro pequeños artículos que van a plasmar la orientación teórica metodológica que a partir del año 2000 comienza a impulsar el área de salud del IDEI.

Conociendo la sabiduría achi: salud y enfermedad en Rabinal, éste libro es una compilación que contiene partes de las tesis a nivel de licenciatura de dos becarias indígenas del programa MCB, contiene otros capítulos con resultados de las investigaciones realizadas en Rabinal, Baja Verapaz, fue publicado en el 2001.

Lógicas y racionalidades entre comadronas y terapeutas tradicionales, es una tesis doctoral producto de una investigación que se financió por cuatro años por el MCB, publicada en el 2006.

La comunicación entre paciente y trabajadores de salud en una sociedad multiétnica, este es un libro que se realizó entre una investigadora guatemalteca y un investigador noruego, ya que el programa MCB, también tenía con fin último impulsar la investigación entre ambos países.

Pasado los años en los que hubo financiamiento del extranjero para el área de salud del IDEI, se comenzaron a gestionar proyectos de investigación para ser financiados por la Dirección General de Investigación de la USAC. En total son seis los proyectos que han tenido financiamiento para ser desarrollados dentro del área de salud, algunos de los capítulos de este libro contienen los resultados de dichas investigaciones.

Debido a que durante cuatro años, la persona que estaba a cargo del área de salud tuvo que ocupar el puesto de dirección del IDEI, las investigaciones se continuaron realizando pero estuvieron dirigidas al fortalecimiento administrativo de la institución. Uno de los impulsos que se hicieron durante ese período en la dirección fue la creación de diplomados.

1 El nombre de la institución se cambió en el año 2019.

Teniendo la premisa: investigación que no se da a conocer no sirve de nada, a partir del año 2014 en el IDEI comienzan a realizarse una serie de diplomados, en total a la fecha se han organizado e implementado un total de 13 diplomados, con la intención de dar a conocer los resultados de las investigaciones que se realizan en el área de salud del IDEI.

En este año 2022 el IDEIPI cumple 30 años de trabajo y durante 23 años he estado en el área de salud, durante ese tiempo se han publicado diversos libros, artículos y vídeos, también durante ese tiempo se han publicadoun total de 17 mesas en congresos nacionales e internacionales.

Considero que todo ese trabajo realizado en el área de salud del IDEIPI a fortalecido a la Universidad de San Carlos, poniéndola a la cabeza en materia de interculturalidad de la salud.

Este libro es producto de siete artículos que se han publicado en diversas revistas y son producto de las investigaciones realizadas en el área. Se han seleccionado estos porque todos

reflexionan sobre la necesaria relación entre pluralismos/interculturalidad y proceso salud/enfermedad/atención.

Al principio de cada capítulo se indica el nombre de la revista y demás datos de su publicación. El capítulo número cinco fue escrito conjuntamente con Cristina Chávez.

Todas las fotografías son autoría del equipo de investigación integrado en el área de salud en los proyectos de investigación que se han financiado por la Dirección General de Investigación o con los recursos propios del IDEI/IDEIPI.

En esta ocasión agradezco a mi alma mater la oportunidad que me ha dado de desarrollarme como investigadora, también esa oportunidad que me dio para dirigir por algunos años este centro de investigación y con ello poner en práctica algunos elementos necesarios para divulgar más el trabajo que se realiza en el área.

Finalmente quiero reconocer a esas mujeres que con sus testimonios, su paciencia, y su confianza me han transmitido esa sabiduría ancestral para convertirse en ese elemento primordial de este libro.

María Teresa de Jesús Mosquera Saravia,  
Octubre 2022

## Políticas interculturales de salud en Guatemala<sup>2</sup>

### La conformación multilingüe y pluricultural del estado guatemalteco

Guatemala está constituida por un total de 22 grupos con ascendencia maya, estos son: achi, akateko, awakateko, chalchiteko, ch'orti', chuj, itza', ixil, jakalteko, kaqchikel, k'iche', mam, mopán, poqomam, poqomchi', q'anjob'al'al, q'eqchi', sakapulteko, sipakapense, tektiteko, tz'utujil, uspanteko, sin embargo no se tienen datos oficiales sobre el total de hablantes de idiomas mayas, el dato que se ha venido utilizando es de un total de 4,471,000 hablantes.

#### Mapa No.1. Diversidad Lingüística de Guatemala



Dichos grupos de hablantes se caracterizan porque se originaron en la cultura maya, esta es la razón por la cual se dice que todos pertenecen al pueblo maya, porque son idiomas oriundos del territorio.

Se hablan otros tres idiomas que no son autóctonos. El idioma xinca<sup>3</sup> hablado por un grupo reducido en Santa Rosa es un idioma en vías de extinción. El idioma garífuna hablado por los afro-caribeños de Livingston y Puerto Barrios. Sin embargo, la mayoría de la población habla el idioma español<sup>4</sup>, por ello se utiliza como idioma oficial según la constitución.

La diversidad cultural es un tema recurrente que debe ser tomado en cuenta en el momento en que se hace una revisión de la legislación. Este es un eco que se presenta en los estados europeos, asiáticos, africanos y no sólo se visualiza en países latinoamericanos.

En Guatemala la diversidad cultural de sus habitantes tiene su origen en el área mesoamericana, pero en el momento histórico del proceso de conquista se incorpora el elemento hispánico de la colonia en el proyecto de nación de conservadores y liberales, para terminar de consolidarse en el proceso de paz y reconocimiento del movimiento indígena en la finalización del conflicto armado.

La diversidad cultural que se da en Guatemala debe entenderse como una riqueza porque "algunas personas decidirán adoptar una cierta forma de identidad, otras elegirán vivir

2 Este capítulo se ha realizado de la fusión de los siguientes artículos: "Lecturas necesarias para políticas multiculturales de salud en Guatemala" EN: Revista de Estudios Interétnicos No.24, Año 19, Diciembre 2013. Pp. 44-72. Autorización Carta IDEIPI214-2022. Y del artículo "La interculturalidad de la salud en Guatemala." EN: Revista de Análisis de la Realidad Nacional No.182. 2020. Pp. 127-150

3 El último censo ubica 16 hablantes, mientras que otras fuentes indican que hay entre 110 -250 hablantes.

4 Aproximadamente 9,482,907 hablantes.



de forma dual y habrá quienes opten por crear para sí mismas identidades híbridas.” UNESCO(2009:7).

La pluralidad cultural es un tema que obliga a los Estados a re-plantearse constantemente sus políticas públicas, porque es necesario la inclusión de los fenómenos del multiculturalismo, la interculturalidad, el racismo y otros como ejes transversales de dichas políticas. La mayoría de los países están obligados a revisar constantemente sus programas y estrategias de atención en materia de salud, educación y acceso a la justicia.

Ese carácter multicultural que existe en la mayoría de los Estados, provoca el surgimiento de diversos conflictos, motivo por el cual escuelas, hospitales, corporaciones municipales, juzgados, etc. se ha creado la figura del mediador intercultural en escuelas, hospitales entendiendo que éste actúa en donde hay dos o más culturas en contacto, y a veces en conflicto, intentando que las dos partes se entiendan e intenten tolerar sus posturas.

Guatemala se caracteriza por ser una sociedad multicultural y plurilingüe, porque conviven muchos grupos de personas que tienen diferentes culturas e identidades<sup>5</sup>. “La Encuesta Nacional de Vida de 2006, 2011 y 2014 registran un 38.4%, 39.6% y 38.8% de población indígena a nivel nacional, respectivamente” (Romero, 2018:14)

Este documento intenta dar luces sobre los caminos que se tienen que seguir para la implementación de políticas interculturales de salud.

## **La problemática del uso “multiculturalismo” e “interculturalidad”**

No existe un consenso entre los profesionales de las ciencias sociales en el uso de algunos términos, porque los mismos son producto de grandes discusiones entre autores, escuelas de pensamiento, universidades y países. Este es el caso de las categorías multiculturalismo e interculturalidad.

Es necesario partir de una postura (teórica, escuela de pensamiento, marco conceptual) para entender el multiculturalismo. Esta palabra se utiliza para referirse a la diversidad cultural que hay en un país o en un Estado.

En ese sentido el fenómeno se vincula a dos hechos: el primero explica o da cuenta de una situación específica “la diversidad cultural” y el otro delimita esa diversidad a un país o Estado, esta segunda característica se remite a un concepto de carácter normativo que intenta dar respuesta a los problemas jurídicos y morales.

A partir de entender el multiculturalismo como una situación específica o como una ideología, diversos autores presentan y manejan distintos discursos sobre el tema, por ello existen varias escuelas de pensamiento<sup>6</sup>.

Las ciencias sociales discuten el fenómeno del multiculturalismo en base a tres ejes fundamentales:

A.- Los conflictos étnicos en sociedades que no han resuelto dicha problemática y en base a esa situación se sugieren políticas encaminadas a un trato diferente e incluyente.

B.- La reivindicación de grupos sociales que históricamente han sido invisibilizados

5 El total de hablantes de idiomas mayas son 4.471.000, se hablan otros tres idiomas: xinka, garífuna y castellano, pero según los expertos las cifras oficiales están subestimadas por las limitaciones metodológicas en el diseño y aplicación, por la vergüenza del entrevistado de identificarse como indígena, por el desconocimiento de los entrevistados de las categorías que usan para la autoidentificación. (PNUD, 2005)

6 Consúltese algunas obras y autores como: Dietz, Gunter “multiculturalismo, interculturalidad y educación J. Habermas, “Ciudadanía e identidad nacional”, Charles Taylor “El multiculturalismo y la política del reconocimiento”, Touraine “Crítica a la modernidad”, Kymkicka “El liberalismo y los límites de la justicia”, Jhon Gray “Liberalismo” y Sartoni “La sociedad multiculturalista”.

por el Estado y con ellos el afloramiento de su identidad.

C.- El multiculturalismo filosófico o doctrinario, que se podría decir es “un conjunto de enfoques y posturas éticas que entienden el multiculturalismo como una forma de comprensión y ordenamiento de la sociedad, en función de ciertos valores o principios políticos” Bello (2004:190)

Si el multiculturalismo es el fenómeno que señala la existencia y convivencia de varios grupos culturales en un territorio o en una situación dentro de un mismo Estado y tiene un sentido normativo que intenta la regulación de la convivencia entre culturas.

La interculturalidad debe entenderse como la relación que existe y se da entre diversas etnias en forma armónica y respetuosa. La postura

que tiene el Instituto de Estudios Interétnicos y de los Pueblos Indígenas IDEIPI respecto de la interculturalidad es que ésta:

“Persigue valorar y reconocer los conocimientos y culturas de los pueblos que componen el país, para construir una sociedad justa e incluyente, que respete las diferentes formas de gobierno, educación, idiomas, salud, justicia, territorialidad, producción agropecuaria, economía, alimentaria-nutricional, arte y vivienda.”

Es necesario definir desde una perspectiva crítica la interculturalidad como un proceso en construcción, que demanda una transformación profunda de las condiciones estructurales e institucionales que determinan relaciones desiguales de poder entre personas, grupos, comunidades, pueblos en situación de marginación, exclusión y desventaja histórica.

**Figura No.1.** Igualdad de condiciones



**Fuente:** vídeo ¿Qué es la interculturalidad? <https://www.youtube.com/watch?v=q2SQkA-YjCc&t=118s>

Es claro que los dos conceptos no se pueden entender si no se hace referencia a las diferencias, pero la interculturalidad se caracteriza por hacer referencia a la integración y convivencia, esta es la razón por la cual las políticas y estrategias dentro de un gobierno determinado se titulan como “programas o

políticas interculturales” porque persiguen esa igualdad de condiciones.

La mayoría de la población ha escuchado en diversos medios las categorías de interculturalidad y multiculturalismo las utiliza,

pero no entiende la diferencia que hay entre ambas, esto sucede en Guatemala.

Los representantes del movimiento maya no aceptan que el Estado de Guatemala utilice el término "políticas interculturales" porque ellos consideran que esta es una forma de "disfrazar" o "asimilar a los diferentes", sin que de verdad se den cambios, y tampoco se tome en cuenta la voluntad de reparar las injusticias históricas.

Por otro lado, otros sectores piensan que las políticas interculturales terminan por privilegiar a los mayas sobre los que no lo son. Dicha confusión se explica en el poco conocimiento que tiene la mayoría de la población respecto del manejo de lo que es el multiculturalismo y la interculturalidad.

En ese camino de proponer políticas interculturales y crear pluralismos verdaderos en Estados multiculturales es interesante mencionar el caso de Guatemala respecto a la inclusión de la interculturalidad en la atención de la salud de los pueblos indígenas.

## Las características de salud en Guatemala

La esperanza de vida al nacer en Guatemala es de 67.2<sup>7</sup> años, las causas principales de defunción en Guatemala son las infecciones en las vías respiratorias e intestinales. (Infecciones respiratorias 69.3%, parasitismo intestinal 40.7%, enfermedad diarreica 27.5%, neumonía y bronconeumonía 20.7%).

Los trabajadores del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala – MSPAS- pasan la quinta parte de su tiempo atendiendo resfriados, el segundo lugar corresponde a la atención de las enfermedades transmitidas por agua y alimentos, –como

las diarreas o parasitismo intestinal-. Las patologías anteriores son relativamente fáciles de ser prevenidas con acciones intersectoriales e integrales. (Flores, 2008)

La desnutrición que generalmente manifiesta un retardo del crecimiento y baja talla en los niños (desnutrición crónica), de acuerdo a los datos de la última encuesta sobre salud materno-infantil, dice: "A nivel nacional es de 49.8%, lo que indica que la mitad de los niños y niñas menores de 5 años están sufriendo condiciones adversas en su crecimiento, condiciones que generalmente están asociadas a una precaria situación social y económica." (Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil, 2010:310)

Los puestos y centros de salud tienen una cobertura del 82%<sup>8</sup> de la población a nivel nacional; si esa situación es analizada con los datos anteriores se puede concluir diciendo que un porcentaje importante del tiempo utilizado por los trabajadores de salud está referido a la atención de los padecimientos referidos al grupo materno-infantil.

Tomando en consideración que al menos la mitad de los partos que ocurren no son atendidos por los servicios de salud. De acuerdo a la ENSMI 2008 los nacimientos atendidos en casa de la embarazada o por comadronas<sup>9</sup> es del 48.3%, tomando en cuenta algunas características como la etnicidad, éste porcentaje aumenta al 70.1% de los nacimientos. De esta forma es claro que en Guatemala, al menos la mitad de los partos aún está en manos de terapeutas tradicionales más que el personal de oficial de salud (médicos y enfermeras).

7 Estos datos corresponden a proyecciones realizadas por el Instituto Nacional de Estadística -INE- y la Secretaría General de Planificación –SEGEPLAN-

8 Este dato corresponde al año 2007 y es un dato oficial del MSPAS, sin embargo si se hace un análisis minucioso de la cobertura efectiva de los servicios públicos se dice que: "En realidad, la segmentación de la población dentro del sistema indica que únicamente el 11% de la población en el país tiene acceso regular a los servicios de salud cuando lo necesita." Flores(2008:34)

9 Los demás datos corresponden al 35% de partos atendidos en la red de los servicios de salud del Ministerio de Salud, el 4.8% son atendidos por Instituto de Seguridad Social –IGSS-.

La atención de otras enfermedades que no se concentran en el grupo materno-infantil se concentra en los hospitales.

Otro condicionante importante de la atención hospitalaria en Guatemala está relacionado con el índice de violencia que hay en el país. Los hechos violentos repercuten y desbordan la atención en las emergencias de los hospitales, la atención de lesiones accidentales o auto-infringidas en años recientes se ha convertido en la segunda razón de muerte en el sistema de atención del Ministerio de Salud. Por cada 100 mil habitantes en Guatemala suceden 52 homicidios.

### **El desarrollo de la Interculturalidad de la Salud en Guatemala**

A lo largo de los últimos 15 años el Ministerio de Salud se ha preocupado de implementar algunas políticas con pertinencia cultural, entre ellas se pueden mencionar: el parto vertical, el uso de los idiomas mayas, construcciones de temazcales o tuj, etc.

Uno de los aportes más importantes fue la implementación del Modelo Incluyente de Salud –MIS-, este programa de atención en salud se ocupa de 4 ejes: género, medio ambiente, interculturalidad y derecho a la salud. Sin embargo, esta propuesta de atención

a la salud primaria no pudo prolongarse en el tiempo, debido a diversos problemas.

En una sociedad como la guatemalteca la falta de formación en el tema de la cosmovisión es lo que provoca un atropello, una falta de comprensión y de entendimiento del otro, razón por la que el tema de la interculturalidad de la salud es un factor indispensable en la recuperación de la salud del paciente y en la creación de una política con pertinencia cultural.

Después de 33 años de lucha armada en el país, en el año 1996 se firma la paz y el Estado se compromete al cumplimiento de los Acuerdos de Paz. Durante los años consecutivos, tanto el gobierno como las ONG'S reciben financiamiento para poner en marcha diversos proyectos que contemplan los derechos culturales de los pueblos indígenas, la promoción de los idiomas mayas en la atención de los servicios de salud, el reconocimiento de la espiritualidad maya, etc.

Antes del año 1996, son pocas las publicaciones que sobre el tema de la interculturalidad de la salud se localizan en el país, en la tabla número uno, se hace una recopilación bibliografía de documentos publicados sobre el tema que abarca el período del año 2000 hasta el 2018.

**Tabla No. 1. | Documentos generados por el MSPAS y ONG'S respecto de la salud intercultural.**

<b>MSPAS</b>		<b>ONG'S/USAC</b>
2002	Surge Programa Nacional de Medicina Popular Tradicional y Alternativa	<b>2002</b> Modelo de Med. Ind. Maya, ASECSA. <b>2002</b> Hacia un primer nivel de atención... INS
2007	Conociendo la medicina tradicional en Guatemala	<b>2005</b> , Herencia de las abuelo/as... ASECSA. <b>2005</b> Diagnóstico de la medicina maya... Asindi Rex we
2009	Surge UASPIIG. Normas de atención en Salud Integral...	<b>2007</b> El uso del Tuj. Pies descalzos.
2010	Normas con pertinencia cultural... hacia la interculturalidad PMTA	<b>2010</b> Sistematización de servicios de salud con pertinencia cultural. UNFPA

2011	Recomendaciones para la adecuación de los servicios de salud hacia la pertinencia cultural con enfoque intercultural. Carlos Lix, UASPIIG Manual de adecuación cultural del parto natural/ vertical.	<b>2011</b> Derecho a los servicios de salud interculturales. UNFPA, Population Council. <b>2011-2012</b> Primer diplomado en Epidemiología sociocultural, CUNORI, Médicos del Mundo <b>2012</b> Transformando el sistema público de... ISIS <b>2012</b> Yabil xane koqil, enfermedades o consecuencias, Medicos Descalzos
2014	Ruta crítica para la construcción de la Política Nacional de Comadronas	<b>2013</b> Compendio de investigaciones (Primer Diplomado en Epidemiología sociocultural) Médicos del Mundo.
2015	Política Nacional de Comadronas Guía para el registro de la auto identificación de las personas...	<b>2013</b> lecturas necesarias para políticas multiculturales de salud en Guatemala IDEI
2016	Perfil de salud de los Pueblos Indígenas. Implementación del MIS.MSPAS	<b>2016</b> Primer diplomado en salud intercultural IDEI <b>2017</b> Sistematización de experiencias de la pertinencia cultural en los servicios de salud. Nuevos Horizontes.
2018	Informe de avances sobre servicios de salud con pertinencia cultural UASPIIG	<b>2018</b> Diplomado en Epidemiología Sociocultural Médicos del mundo CUNORI

**Fuente:** Elaboración propia.

Según la información contenida en la tabla en el año 2002, aparecen tres publicaciones, las que se titulan así: a) Programa Nacional de Medicina Popular Tradicional y Alternativa, b) Hacia un primer nivel de atención en salud incluyente –bases y lineamientos- y c) Modelo de la medicina indígena maya en Guatemala<sup>10</sup>. Dichos documentos son el resultado de la puesta en escena de la implementación de proyectos que comienzan a dar cuenta de las prácticas y representaciones de los grupos sociales en el proceso salud/enfermedad/ atención.

En ese sentido, el primer paso que da el MSPAS es la creación de un Programa Nacional de Medicina Popular Tradicional y Alternativa –PMTA- que tiene como tarea: “promover políticas, normativas, estrategias y líneas de acción para el reconocimiento y respeto de los conocimientos, recursos, métodos y prácticas entre el sistema oficial de salud y otros modelos

alternativos de atención integral, esto con la intensión de promover la incorporación de elementos sociales, espirituales, psicológicos y biológicos en la atención brindada para que sean culturalmente accesibles y aceptados”. (MSPAS, 2002:7).

Esta acción en concreto dentro del Ministerio de Salud vuelca la mirada hacia el trabajo que en Guatemala están haciendo los terapeutas tradicionales (comadronas, ajq’ija’, curanderos/as, compone huesos, etc.), se interesa también por algunos proyectos de salud que están desarrollando algunas ONG’S en el área rural de Guatemala.

El trabajo realizado por los ONG’S, a raíz de la firma de los Acuerdos de Paz, comienza por la atención de programas específicos de salud, entre éstas ONG’S se puede mencionar: Asociación de Servicios Comunitarios de Salud –ASECSA-, Pies de Occidente, Asociación Médicos Descalzos, Asindi Rex We, etc. Todas

<sup>10</sup> En el año 2005 se publica la segunda parte de la investigación con el título: La herencia de las abuelas y los abuelos en la medicina indígena maya.

ellas comienzan con diversos proyectos y en algunos de los mismos convergen, se puede observar en las publicaciones que los nombres de los equipos de trabajo coinciden.

No es coincidencia que en el año 2002 aparecieran en Guatemala tres publicaciones en torno al tema de una atención en salud diferenciada, se puede decir que es la puesta en escena, de años de trabajo de unos actores que por años habían estado invisibles por el ministerio de salud.

Algunas de ellas se aglutinan en lo que se llamó la Instancia Nacional de Salud –INS-. Ellos lanzan una propuesta de atención a la salud primaria que toma de base el medio ambiente, la salud de las mujeres, la atención de las enfermedades de la cultura maya<sup>11</sup>.

Muy brevemente se hará un comentario de las publicaciones producto de las investigaciones o intervenciones desarrolladas por ellos.

### **ASCESA:**

Es la ONG más antigua que viene trabajando en Guatemala en el tema de salud. En el año 1978 comienza con las capacitaciones de los promotores de salud. A partir de la firma de los acuerdos de Paz, esta ONG logra ampliar sus operaciones hacia otros ámbitos de la salud.

Al desaparecer la figura del promotor de salud rural en el sistema de salud de Guatemala, esta asociación comienza con otra experiencia de capacitación en esa ocasión se dedica al adiestramiento de las comadronas para ello publican diversos textos interesantes sobre el tema.

Al inicio de la década del año 2000, y con financiamiento del Servicio Alemán de Cooperación Técnica, dan otro giro a sus actividades y comienzan con la fase de investigación<sup>12</sup>. Más adelante a partir del año 2015 comienzan otras dos nuevas investigaciones: Principios, conocimientos y prácticas del pueblo kaqchikel para el Buen Vivir (2015) y Prácticas ancestrales de comadronas y terapeutas mayas para la salud integral desde el buen vivir (2018).<sup>13</sup>

### **Pies de Occidente**

Es una de las ONG que más publicaciones tiene sobre el tema<sup>14</sup>. En el año 2008 conjuntamente con ASECSA lanzan una propuesta de relacionamiento entre la Medicina Maya y la Medicina Oficial, sin embargo la propuesta de estas dos asociaciones no repercute dentro del Ministerio de Salud en comparación con la propuesta de la INS.

Se han dedicado a capacitar a personal del área de salud de Quetzaltenango y Totonicapán sobre diversos temas entre ellos se puede mencionar: “Pertinencia cultural en los servicios de Salud”. En los últimos años se han dedicado al tema de la violencia hacia la mujer y la igualdad de condiciones entre hombres y mujeres

Es importante el trabajo que ha venido haciendo con los estudiantes de medicina y enfermería referente a las representaciones y prácticas de los grupos étnicos en el tema del proceso salud/enfermedad/atención. También brinda apoyo a la red de terapeutas tradicionales de Quetzaltenango, Totonicapán y San Marcos.<sup>15</sup>

11 La publicación se titula: Hacia un primer nivel de atención en salud incluyente. En esta publicación del año 2002, no tienen claros aún los 4 ejes de la propuesta que es presentada en el año 2012, los cuales abarca: género, interculturalidad, derecho a la salud y medio ambiente.

12 Las investigaciones desarrolladas en esa ocasión fueron: Modelo de medicina indígena maya en Guatemala: Investigación participativa en Sipacapa, San Marcos, San Martín Jilotepeque Chimaltenango y San Juan Ixcay Huehuetenango (2002). Modelo de 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).

13 Para más detalle sobre las acciones de esta ONG se puede consultar su página web.

14 Algunas de sus publicaciones son: Lineamientos para un modelo de servicios de salud culturalmente adecuados en el altiplano occidental de Guatemala: encuentro de dos sistemas médicos: maya y occidental, Conociendo la medicina maya en Guatemala, etc.

15 Para más detalles sobre sus actividades se puede consultar su página web.

## **ASINDI REX WE:**

Dicha asociación trabaja en el municipio de San Cristóbal Verapaz, Alta Verapaz y tiene una sede en la ciudad de Quetzaltenango. Su tarea se ha concentrado en el apoyo a la red de terapeutas tradicionales. Tienen diversas publicaciones; una de ellas presenta la red de terapeutas tradicionales que trabaja en dicho el municipio de San Cristóbal Verapaz. La otra publicación presenta algunos de los pilares de la cosmovisión maya.<sup>16</sup>

## **MEDES:**

En el municipio de Chinique, departamento de Quiché, se encuentran las instalaciones de la Asociación Médicos Descalzos sus actividades están orientadas en proporcionar una atención a la salud con elementos propios de la cultura, es por ello que sus instalaciones cuentan con herbarios, laboratorios para el procesamiento de plantas medicinales, clínicas, temazcal, etc. En dichas instalaciones los usuarios pueden atenderse desde las lógicas de la cosmovisión maya.

Los años de trabajo en dicho lugar les ha llevado organizar a dos importantes conglomerados: las comadronas y los Ajq'íja'. Respecto al grupo de mujeres que son comadronas es importante señalar que debido a los talleres y otras acciones se ha conformado el Consejo Departamental de Comadronas Tradicionales de El Quiché.

En un principio la orientación de esta asociación se enfocó sobre el uso y manejo de plantas medicinales, sobre este tema tienen varias publicaciones<sup>17</sup>. Desde hace por lo menos diez años, mes a mes la comadronas se vienen reuniendo en las instalaciones de MEDES, dicha actividad la continúan haciendo a pesar de la pandemia de COVID.

Cuentan con varios trabajos de investigación entre ellos se pueden mencionar: el uso del Tuj<sup>18</sup>, la identificación y proceso de plantas medicinales, la atención de enfermedades a partir del conflicto armado interno, manuales sobre los saberes ancestrales de las comadronas, etc.

## **INS / ISIS:**

En un principio surge la ONG llamada Instancia Nacional de Salud -INS-, con el correr de los años se convierte en el Instituto de Salud Incluyente -ISIS-. Esta asociación se ha encargado de poner en escena en el ámbito nacional una nueva propuesta de atención a la salud primaria. Ésta se publica en el año 2,002, con el título: Hacia un primer nivel de atención en salud incluyente: bases y lineamientos.

La propuesta se maneja como un proyecto piloto apoyado en parte por el Ministerio de Salud de Guatemala. A la fecha lleva 20 años de su implementación. El proyecto se comienza a trabajar dentro de la infra-estructura implementada por la Clínica Maxeña en la Boca costa de Sololá y Mazatenango, ubicada en sur de Guatemala y para el área del altiplano Occidental cuenta con la infraestructura creada por la Asociación de Investigación, Desarrollo y Educación Integral -IDEI-, implementada en el departamento de Quetzaltenango.

Por ser éste el único proyecto que integra los ejes de etnicidad y género en la atención a la salud, es el referente obligatorio que existe en el país; cuando se aborda el tema de la pertinencia cultural en la salud.

No se puede negar el éxito que ha tenido el proyecto, sin embargo su éxito es medido oficialmente por el propio personal del Ministerio de Salud. A pesar de los 20 años de implementación del proyecto piloto, los trabajadores de salud estatales no están

16 Para los interesados en el tema se puede consultar la reseña bibliográfica del libro Cultura Milenaria Maya Vigencia y aplicación. Guatemala en la revista Problemas Nacionales No. 198 del IPNUSAC de la USAC.

17 Para más detalles sobre las mismas se puede consultar su página web.

18 En la cultura maya es un baño de vapor que se realiza en un pequeño cuarto hecho de adobes de barro.

motivados en llevar las estadísticas de las actividades que realizan los terapeutas tradicionales que trabajan en dicha zona, porque no encuentran una lógica y una relación con su trabajo, sin embargo están atentos a realizar los reportes y estadísticas referidas a la cobertura de vacunación.

Después de presentar los logros de estas cinco ONG'S, por medio de la revisión bibliográfica de sus publicaciones se puede concluir diciendo que: Las ONG'S siguientes: ISIS, ASECSA y pies de occidente, han publicado propuestas sobre la posibilidad de articular el modelo de atención occidental con el modelo de atención maya<sup>19</sup>. Sin embargo a la fecha, la única que lo ha logrado es ISIS. Respecto del trabajo de Médicos descalzos en Chinique es conocido sólo a nivel comunitario y es escasamente impulsado por el centro de salud de dicha localidad.

Ese camino recorrido por las ONG'S no se puede comparar al seguido por las instituciones del Estado, porque éste no ha sido tan rápido, sin embargo hay un trabajo y lineamientos que deben conocerse.

En el año 2007, Asindi Rex We preocupada por el incumplimiento de la estrategia del Programa Nacional de Medicina Tradicional y Alternativa, -PNMTA- organiza un seminario que tenía como objetivo principal: revisar y analizar los logros en la ejecución del PNMTA del MSPAS, ya que varios sectores de la sociedad civil no estaban contentos con la ejecución de las actividades de dicho programa, se tenía la percepción de que el programa fue creado como una imposición y no como una necesidad real.

Desde dicha fecha la población civil tiene la percepción de que las instituciones del Estado aún tienen pendiente y retrasada la readecuación de los servicios de salud con pertinencia cultural.

Se hace un pequeño repaso de las ONG'S con proyectos de salud más importantes en Guatemala ya que son éstas las pioneras que comienzan a hablar de un modelo maya de medicina que contribuye con la atención de la salud.

### **Programa de Medicina Popular Tradicional y Alternativa -PNMTA- del MSPAS:**

En el año 2002 se implementa en Guatemala como política de Estado un plan estratégico y como resultado del mismo surge dentro del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social -MPSAS- y concretamente en el Departamento de Regulación de los Programas de Atención a las Personas -DRPAP<sup>20</sup>-, surge el Programa Nacional de Medicina Popular Tradicional y Alternativa<sup>21</sup> -PNMTA- y publica un documento en el cual se presenta: objetivos, plazos, metas e indicadores que se perseguían en la implementación del programa proyectada para el quinquenio 2002-2007<sup>22</sup>. El documento asumía compromisos para crear actividades y se concentraba en explicar cómo se sensibilizaría y capacitaría a los trabajadores de salud sobre el tema de la medicina tradicional y alternativa.

Con esta acción, se esperaba la inclusión del componente de la interculturalidad en el Ministerio de Salud de Guatemala, se esperaba que en el año 2007 existiera una plena implementación del programa y con ello toda una política de parte del Ministerio de Salud que brindara una atención en salud con pertinencia cultural.

Sin embargo, esto no ocurrió debido a que la sensibilización y capacitación del personal de salud no se hizo en todo el territorio nacional, el proceso solamente abordó a los directores de área de los distritos de salud, la sensibilización no llegó directamente a las

19 Los nombres de las publicaciones pueden consultarse en la bibliografía.

20 Departamento que tiene a su cargo la creación de toda la normativa para la atención de la salud.

21 Durante el año 2010 se retira del título del programa la palabra popular.

22 El título de la publicación es: Programa Nacional de Medicina Popular Tradicional y Alternativa. Presentado en agosto del 2002.



enfermeras, auxiliares de enfermería y médicos que atienden en los puestos y centros de salud.

Para este tipo de estrategias no funciona lo que se conoce como conocimiento en cascada, porque la estrategia no se puede conseguir únicamente con la capacitación y sensibilización.

En el año 2007 este programa publica el primer manual de sensibilización de Medicina Tradicional<sup>23</sup>, para capacitar al personal de salud sobre el tema, dicho manual es elaborado por un consultor que a su vez trabajó en ASECSA. Esto demuestra que el trabajo realizado en las ONG'S orienta a la vez el trabajo de interculturalidad de la salud que se realiza dentro del Ministerio de Salud.

Uno de los grandes obstáculos que ha tenido el mismo es que éste es creado dentro DRPAP del MSPAS, pero sin presupuesto propio que le permita investigar para poder proporcionar las normas adecuadas. Sumando a ello también una política incorrecta de la selección de su personal. Dichas acciones han provocado que no se pueda cumplir con las metas, objetivos e indicadores que originariamente se habían planificado en el año de su creación.

Sin embargo, es importante mencionar que en el año 2010, en el PMTPA, comienza con la adecuación intercultural del parto en los servicios de salud estatales, partiendo del descubrimiento del agua azucarada, "el parto vertical", porque se toman los lineamientos de la OMS-OPS respecto del parto y no se reivindica los mil años de historia mesoamericana en los cuales las comadronas han venido atendiendo los partos en cuclillas.

Se hace toda una implementación en centros de salud para que las madres de familia puedan decidir dónde y cómo pueden ser atendidas en sus partos. Se reforma el espacio en los Centros de Atención Permanente –CAP- y en los Centros de Atención Integral Materno Infantil –CAIMI-<sup>24</sup>.

### **Unidad de Atención de los Pueblos Indígenas e Interculturalidad de la Salud -UASPIIG-**

Durante el año 2009, dentro del Ministerio de Salud Pública se dan una serie de acontecimientos, que comienzan con el nombramiento de un nuevo ministro de Salud, con esas medidas se establecen toda una serie de contactos en el seno de las instituciones estatales para crear y promover la Unidad de Atención de la Salud de los Pueblos Indígenas e Interculturalidad –UASPI- ubicándola directamente en el despacho ministerial<sup>25</sup>.

Es así como a finales del año 2009 se crea la UASPIIG como un paso importante en los avances que el Estado ha elaborado respecto de políticas de inclusión de los pueblos indígenas. En su creación se formaliza a dos entes rectores: El Despacho Ministerial y la Asamblea de los pueblos indígenas con 13 representantes, ambos están a cargo del funcionamiento de la UASPIIG.

En el MSPAS existen dos formas de prestar el servicio, uno enfocado en lo que es la curación que corresponde a la atención brindada en todos los hospitales departamentales que hay en el país, se le conoce como la atención del tercer nivel, o "de hospitales" y otro llamado

23 El título de la publicación se puede consultar en la bibliografía y se titula Conociendo la medicina tradicional en Guatemala. Llama la atención que en el año 2018 Pies de Occidente publique el mismo manual con el mismo contenido, lo único que lo diferencia es que se agregan algunas definiciones y leyes. Parecería que los derechos de autor pertenecen a la ONG. Ese manual realizado por Pies de Occidente no toma en cuenta lo publicado e investigado en Guatemala sobre el tema, por ejemplo no hace referencia en ningún momento a dos importantes investigaciones: Raxnaq'il nuk'aslema!, Medicina Maya' en Guatemala 2015 y ¿Yab'il xane K'oqil? ¿Enfermedades o consecuencias? 2012, tampoco a las diversas investigaciones realizadas en el área de salud del IDEI de la USAC.

24 Para más detalles sobre lo implementación de dicha estrategia puede consultarse el libro: MSPAS, UNFPA, et. al. 2010 Sistematización de servicios de salud con pertinencia cultural. Guatemala:MSPAS. 30 Dr. Ludwig Ovalle

25 Aprovecho estas líneas para hacer un reconocimiento público del trabajo elaborado por licda. Lourdes Xitumul y por CODISRA para la creación de dicha unidad.

el Sistema Integral de Atención en Salud – SIAS- éste se encarga de ejecutar y prestar la atención primaria de la salud.

En el año 2010 comienzan diversos estudios y normas, para la implementación de los estándares e indicadores de calidad de atención con enfoque intercultural, con la intención de impulsar una política de fortalecimiento de la interculturalidad, tomando de base la adecuación intercultural del parto, “el parto vertical” que ya se venía impulsando en el Programa de Medicina Tradicional y Alternativa del propio Ministerio de Salud.

La posición actual del Ministerio de Salud, se centra en una política dirigida a atender los grupos más vulnerables como lo son: madres de familia, recién nacidos, menores de cinco años. Sectores en los que se concentran los indígenas ya son los grupos con peores condiciones, lamentablemente no se ha visualizado la necesidad de aplicar una estrategia o política que tome en parte la etnicidad de dichos grupos, es necesario trabajar en estos temas y considero que son las ONG’S tienen experiencias importantes para ser tomadas en cuenta en dicha temática. De esa cuenta y a partir de esa fecha, tanto el PMTA y la UASPIIG comienzan a trabajar conjuntamente en la implementación de la salud intercultural en el Ministerio de Salud en Guatemala.

Como resultado de ese trabajo se publican los siguientes documentos: Normas con pertinencia cultural ...hacia la interculturalidad (2010), Recomendaciones para la adecuación de los servicios de salud hacia la pertinencia cultural con enfoque intercultural (2011). Manual de adecuación cultural del parto natural/vertical. (2010)

El documento del año 2010 presenta los lineamientos generales de las normas de atención y establece 3 grandes ejes: los proveedores de salud, los usuarios y la infraestructura<sup>26</sup>. Mientras que el otro documento<sup>27</sup> que es más completo presenta 6 ejes: infraestructura, recurso humano, investigación, epidemiología sociocultural, normas de atención e integración entre el MPSAS y medicina indígena.

A la vez en los documentos se establecen algunas normas para la atención con pertinencia cultural en los Centros de Atención Permanente (CAP)<sup>28</sup>, en los Centros de Atención Integral con énfasis Materno Infantil (CAIMI)<sup>29</sup> y en algunos hospitales. Debido a que el contenido que aparece en los dos documentos es amplio, solo se mencionarán algunas de las actividades que se han implementado y se harán algunos comentarios respecto a la falta de criterios antropológicos en la puesta en marcha de dichas acciones.

#### **A.- Implementación del parto vertical:**

En el año 2010 y 2011 aparecen dos documentos que hacen referencia sobre el parto vertical (ver tabla No.1). Se puede decir, que es la estrategia que más ha publicitado el ministerio de salud como política que responde a la pertinencia cultural, de esa cuenta se comienza un proceso de habilitación de los espacios en los CAP y CAIMI para la atención vertical del parto.

26 Este documento fue realizado por la médica María Calán, quien en ese momento estaba contratada en el PMTA.

27 Este documento fue elaborado por medio de una consultoría a Carlos Lix, quien trabajó en ASECSA. No es de extrañar que uno de los ejes es la relación entre medicina maya y medicina oficial, documento que ya había sido trabajado en el año 2008, tanto en ASECSA como en Pies de Occidente y que puede consultarse en la bibliografía.

28 Un CAP es un centro que atiende un parto no complicado, pero primordialmente sirve para la referencia de las urgencias hacia los hospitales.

29 Un CAIMI es un establecimientos de salud que se destina principalmente para la atención materno infantil, presta servicios de consulta externa de medicina en general, pero tiene la especialidad de ginecología y pediatría.

FOTOGRAFÍA No. 1

**Sala de parto Jocotán, Chiquimula**



FOTOGRAFÍA No. 2

**Sala de parto Distrito Guineales, Sololá**



La mayoría de los espacios acondicionados, están ubicados en lugares en donde la mayoría de la población es maya, es importante mencionar que para la habilitación de los lugares el financiamiento proviene de fondos de ONG'S. Este es el caso de las dos salas de parto vertical que aparecen en las fotografías. En la primera es Médicos del Mundo quien acondicionó el lugar, mientras que en la segunda es Médicos del Mundo Navarra.

Una vez que el ministerio de salud, establece la norma, comienza todo un proceso de capacitación, implementación de espacios, contabilización de partos atendidos en vertical, y la aplicación de otras normas que veremos en los siguientes apartados. Se puede decir que existe una importante bibliografía generada por el ministerio de salud<sup>30</sup>, que da cuenta de ello.

En la tabla No.2, se puede observar como la UASPIIG tiene toda la intención de visibilizar esta norma de atención desde un punto de vista cuantitativo.

**Tabla No. 2. | Cantidad de partos verticales atendidos en los CAP y CAIMI.<sup>31</sup>**

Lugar	2011 <sup>32</sup>	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Total
Alta Verapaz	370	260	512	724	686	741	1052	539 <sup>33</sup>	4884
Quiché	--	1152	--	--	--	--	869	--	2021
Huehuetenango	--	42	25	30	53	50	34	15	249
Quetzaltenango	--	--	--	--	--	--	--	--	158
San Marcos	--	--	--	--	--	--	--	--	111
Totonicapán	--	--	--	--	--	--	--	--	17
TOTAL	370	1,454	537	754	739	791	1955	554	7,440

**Fuente:** Elaboración propia a partir de dos fuentes, Xitumul y UASPIIG (ver bibliografía)

Los partos en el área mesoamericana se han atendido en cuclillas desde hace más de mil años, de acuerdo a la evidencia arqueológica, (Villatoro, 1994:7). Un recurso vinculado con

esa actividad es el uso del temascal o tuj, para calentar el cuerpo después del parto, también se le da de tomar a las parturientas algunos remedios caseros preparados a base de plantas

30 Las referencias a consultarse son el estudio de UNFPA, la tesis de Xitumul, y los manuales elaborados por el MSPAS.

31 Información proporcionada por las Direcciones de Área de Salud –DAS-

32 Este dato existe solamente para 3 lugares de Alta Verapaz y se obtuvo de Xitumul.

33 Este dato corresponde de enero a mayo de dicho año, se obtuvo de la UASPIIG.

medicinales para calentar su cuerpo y para que la mujer pueda producir leche.

La atención de un parto en casa por una comadrona implica muchos elementos de las representaciones sociales que tienen su origen en la cosmovisión maya<sup>34</sup>. La preferencia de la atención de un parto con comadrona se refleja en la atención que las madres indígenas buscaron en sus partos, de acuerdo a los datos de la última EMSMI 2014-2015, el 49.7 de las madres indígenas tuvieron su parto en casa, probablemente atendido por una comadrona.

Las acciones implementadas por el ministerio de salud respecto del parto vertical, han tenido poca repercusión, un ejemplo de ello se puede observar en la tabla No.2. en el año 2013, el ministerio tiene un total de 537 partos atendidos en forma vertical con pertinencia cultural, total que corresponden a un 0.14% de todos los partos atendidos en el país, cifra poco comparable con el 32.2% de partos atendidos por comadronas para ese año. Para concluir este apartado sobre la atención del parto vertical, es conveniente contestar la pregunta ¿Por qué en más de 9 años de implementación del parto vertical por el ministerio de salud, los resultados de su impacto son tan bajos? La respuesta debe buscarse en las usuarias de los servicios, y éstas no ven funcionales todas las adaptaciones realizadas en los CAP y CAIMI, porque no responden a los parámetros que ellas consiguen en la atención del parto en su casa por comadrona.

Una iyom como se le llama en idioma k'iche' quiere decir: "la mujer que cuida, vigila, controla y trata a otras mujeres y niños, también se le llama Rāti't Ak'al o abuela de los niños, ya que normalmente atiende a varias generaciones en una misma familia y por ello adquiere la autoridad de una abuela" (Asociación Médicos Descalzos, 2012:17), ese rol que tiene la comadrona en la sociedad guatemalteca se ve permeado por otros factores; es una mujer que tiene permitido su desplazamiento a

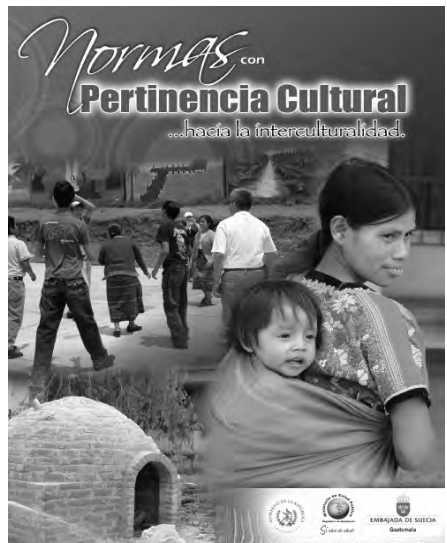
altas horas de la noche en las comunidades, es una mujer a la que se le permite dictar recomendaciones de abstinencia sexual entre parejas preferentemente en el período postparto, etc. Se mencionan algunas, para demostrar no solo la confianza que existe hacia ellas, sino señalar la importancia de ese rol, muchos trabajadores de salud, algunas enfermeras, quisieran tener esa confianza para con sus usuarias, sin embargo es un claro ejemplo de cómo la comunicación tiene que ver en ese relacionamiento.

## **B.- Implementación de normas con pertinencia cultural:**

En el año 2010 se publica el documento que aparece en la Fotografía No. 3, motivo por el cual en este apartado se comentaran algunas de ellas como: el uso de los idiomas mayas en la señalización de los espacios, huertos con plantas medicinales en los CAP y CAIMI, permitir el acompañamiento de familiares/comadronas dentro de los espacios del hospital.

FOTOGRAFÍA NO. 3

### **Portada del Manual Normas con pertinencia cultural**



34 Para más detalle sobre el tema puede consultarse libro Con Comadronas de médicos descalzos.

En Guatemala se tiene que el porcentaje de hablantes de los idiomas mayas es de 41.66%, que equivale a 6,207,503 personas<sup>35</sup>. Sin embargo, esto no quiere decir que ese número de personas puedan leer en su idioma. Hace 15 años el ministerio de educación comenzó con programas de educación bilingüe intercultural en los cuales a los niños se les enseñar a leer y escribir en sus idiomas mayas.

Motivo por el cual la mayoría de la población que habla un idioma maya no puede leerlo, los

trabajadores de salud en su mayoría tampoco hablan ni leen los idiomas mayas, por ello habría que plantearse de qué sirve esa norma de rotular los servicios en los idiomas mayas, muy probablemente si sea útil para dentro de unos 20 años cuando la mayoría de la población maya pueda leer sus idiomas.

Otra de las normas que se ha establecido es la creación de huertos de plantas medicinales y nutritivas en CAP y CAIMI, con la intención de que las usuarias puedan tener a mano ese recurso.

**FOTOGRAFÍA No. 4 Y 5**  
**Huerto Distrito Güineales, Sololá**



**FOTOGRAFÍA No.6 Y No.7**  
**Huerto aldea San Miguelito, Sololá**



En las fotografías se observa que algunos de los huertos están bien cuidados y tienen una rotulación en las que se identifica cada una de las plantas, mientras que otros huertos están

abandonados y con maleza. El mantenimiento de los huertos depende de la forma en cómo los directores de los CAP y CAIMI establecen vínculos con las comunidades y con su propio

<sup>35</sup> Según datos del último Censo de Población.

personal para dar el sostenimiento adecuado a sus huertos, en ese sentido habría que evaluar si la instalación de esos huertos podría generar más trabajo y poco aprovechamiento real de las plantas sembradas.

Durante los años 2012 y 2013 se realizó una investigación con la intención de visualizar

la pertinencia cultural en el tercer nivel de atención<sup>36</sup>, dicha investigación se realizó tanto en los CAP, CAIMI y los datos que nos proporciona respecto de los hospitales, son valiosos. En la tabla No.3, aparece el listado de hospitales que fueron incluidos.

**Tabla No. 3. | Hospitales seleccionados para hacer investigación Xitumul 2012-2013**

Departamentos	Hospitales
Alta Verapaz	Hospital Nacional de Cobán
	Hospital Distrital de Santa Catalina, La Tinta
	Hospital de Fray Bartolomé de las Casas
Baja Verapaz	Hospital Nacional de Salamá
Chimaltenango	Hospital Nacional de Chimaltenango
Chiquimutera	Hospital Nacional de Chiquimula
El Quiché	Hospital Distrital de San María Nebaj
	Hospital Distrital de Uspantán
Huehuetenango	Hospital Nacional de Huehuetenango
Quetzaltenango	Hospital Regional de Occidente
Sololá	Hospital Nacional de Sololá
Totonicapán	Hospital Nacional de Totonicapán
San Marcos	Hospital Nacional de San Marcos

**Fuente:** Elaboración a partir de los datos de tesis de Xitumul.

Lourdes explica que la pertinencia cultural: “se vincula a contar con una atención en salud con calidad, humanismo y en el idioma indígena; a contar con personal que hable el idioma local, respetar las creencias y prácticas de salud comunitaria, a valorar sus elementos terapéuticos; y a poner especial atención a las actitudes y comportamientos del personal de salud hacia la diversidad étnico-cultural del público que debe atender.” (Xitumul, 2015:92).

En el tercer nivel de atención se ha hecho poco, pero algunas de las normas que se han establecido son: la contratación de facilitadores interculturales, uso de la vestimenta indígena dentro del hospital, presencia de comadronas

dentro del hospital, capacitación a los trabajadores de salud del hospital.

En el Hospital de Cobán se implementó el programa piloto llamado: Modelo de Atención Intercultural -MAI-, una de las características principales es que el hospital permitió el ingreso de las comadronas en sus instalaciones, algunas comadronas pudieron incorporarse como personal del hospital pagándoles turnos de 24 horas, con la idea de que ellas pudieran facilitar el uso del idioma y pudieran acompañar a las mujeres en su trabajo de parto. (Xitumul, 2015:95-96).

Con esa vivencia, algunas comadronas pudieron visualizar en los hospitales, algunas técnicas

36 Ver documento de Xitumul.

que se implementan en los nosocomios como el uso de la occitocina, la maniobra Kristeller, etc. Esa práctica de puertas abiertas en los hospitales se comenzó a replicar en otros hospitales, por ejemplo en Chiquimula, la Dirección de área por algunos años pudo financiar que algunas comadronas pudieran hacer turnos en el hospital, sin embargo por falta de financiamiento ya no se pudo continuar pagando a las comadronas.

En esa experiencia ellas observaron para qué servía la occitocina y la técnica de Kristeller, pero no fueron capacitadas, algunas enfermeras que trabajan en la sala de partos dicen que las comadronas están inyectando occitocina sin conocer la dosificación y practican la maniobra de Kristeller sin conocerla a la perfección. Este es un claro ejemplo de cómo no deben implementarse algunas normas y de cómo debería de haberse continuado una comunicación entre comadronas y personal sanitario del hospital.

Brevemente se han presentado algunas de las normas, por ello es necesaria la conformación de equipos multidisciplinarios, que puedan orientar mejor la aplicación de las normas. Ya que probablemente el MAI aún hoy en día sea un programa exitoso del Hospital de Cobán, pero no forzosamente su réplica sea igual de exitosa en otro departamento.

### **C.- Implementación de normas con pertinencia cultural onerosas:**

En este apartado comentaré dos normas: la construcción de casas maternas<sup>37</sup> y la compra de sillas para parto vertical.

A la fecha en Guatemala, es difícil localizar información respecto de esas casas maternas,

en una rápida consulta de internet, se pueden localizar nueve de esas casas, de las cuales solamente dos fueron construidas con fondos del gobierno, mientras que las otras siete casas son iniciativas de ONG'S, iglesias, municipalidades y otros entes internacionales como Cruz Roja. En ese sentido la crítica no va destinada a la iniciativa de la construcción de las casas maternas, sino que el Estado deja esa responsabilidad en manos de otros entes institucionales.

Algunos CAP y CAIMI, se han equipado con la compra de sillas de parto vertical, en el año 2010<sup>38</sup> el Banco Mundial le otorga al gobierno de Guatemala un préstamo para la compra de un total de 84 sillones de parto vertical. Transcurridos 12 años de esa adquisición, y observando las cifras de atención del parto en forma vertical que ha generado el ministerio<sup>39</sup>, se puede decir que las cifras de atención son bajas para la inversión económica tan onerosa que hizo el gobierno, ese dinero probablemente se hubiera podido invertir en el acondicionamiento de todas las salas de parto vertical de todos los CAP y CAIMI, con un mobiliario con pertinencia cultural, (ver fotografías 1 y 2), probablemente también con esa inversión se hubiera podido construir temazcales en los CAP y CAIMI en donde la población hace uso de ellos, también se hubiera podido construir algunas casas maternas. Las decisiones que se toman en la compra de equipo médico deberían incorporar también elementos de la pertinencia cultural.

En los apartados A, B y C, se han presentado y abordado algunas de las normas con pertinencia cultural que el ministerio de salud en Guatemala ha implementado, se han comentado las que más ha publicitado la UASPIIG, como el PMTA.

37 Artículo 13. Casas maternas con pertinencia cultural. Se establecerán casas maternas cercanas a los hospitales CAIMI y CAP. Estas casas deberán diseñarse basadas en la pertinencia cultural, para permitir a las mujeres embarazadas hospedarse en fechas cercanas a su parto y tener acceso inmediato a los servicios de salud. Pag. 14 Ley para la maternidad saludable Decreto No. 32-2010

38 Todos los detalles de la licitación pueden consultarse en el siguiente enlace: <https://www.google.com/search?q=silla+de+parto+vertical+guatemala+licitacion&oq=silla+de+parto+vertical+guatemala+licitacion&aqs=chrome..69i57j33.12560j0j8&sourceid=chrome&ie=UTF-8>

39 Consultar tabla No.2

En Guatemala existe una experiencia única que aplicó el ministerio de salud durante un año, cuando la médica Lucrecia Hernández fue ministra de salud. Hoy en día Guatemala sería un importante referente para toda Latinoamérica sobre la atención de salud intercultural, en el apartado siguiente se explica en detalle la propuesta del modelo.

### **Modelo Incluyente de Salud -MIS-, acuerdo ministerial 261-2016:**

En el año 2016 fueron noticia en los matutinos guatemaltecos lo siguiente:

Prensa Libre 23/08/16: **“Centros de salud atenderían el mal de ojo**: La ministra de salud, Lucrecia Hernández, explicó que se busca incluir males ancestrales en los servicios de atención primaria”.

El periódico 17/10/16: **“Se dijo que se iba a hacer brujería dentro de los Puestos de Salud y que yo era una chamana**. Lucrecia Hernández Mack asumió como ministra de Salud el 1 de agosto del 2016. Con 11 semanas en el desempeño de su cargo, la funcionaria señala que analizando la inestabilidad política, ello impide a las autoridades de los distintos niveles, incluido el Despacho Central, promover políticas integrales y de larga duración”.

Esas noticias y otras estuvieron resonando en los medios de comunicación guatemaltecos. La propuesta de atención a la salud era simplemente un resultado de la firma del acuerdo ministerial 261-2016, en donde se proponía que la atención primaria en salud comenzara a implementarse como un Modelo Incluyente de Salud -MIS-.

Dicho modelo proponía cuatro ejes que debían ser fundamentales en la atención: interculturalidad, género, medio ambiente y el derecho a la salud. A partir de esos ejes y de tres programas: individual, familiar y comunitario se

debía comenzar a dar la atención primaria de salud<sup>40</sup>.

Esa propuesta de atención primaria en salud, es resultado de un trabajo realizado desde el año 2002, en el conglomerado de ONG'S, llamado Instancia Nacional de Salud -INS-. La primera versión del modelo se publicó con el nombre: Hacia un primer nacional de atención: -bases y lineamientos-. Para el año 2012, la INS, había desaparecido y la ONG llamada Instituto de Salud Incluyente -ISIS-, fue la responsable de la implementación de dicho modelo en dos lugares: el distrito Guineales en la boca costa del departamento de Sololá y en el municipio de San Juan Ostuncalco del Departamento de Quetzaltenango.

Como resultado de ese trabajo en el año 2012 aparece la publicación titulada: Transformando el Sistema Público de Salud desde el Primer Nivel de Atención, en la cual se presentan algunos de los resultados, también en esa misma publicación se dice que el ministerio de salud había autorizado la asignación de fondos públicos para continuar con un modelo piloto en otros diez distritos de salud.

De esa cuenta, desde el año 2005 se comienza a implementar el modelo en algunas comunidades, pero no es sino hasta el año 2016 en que el MIS se implementa de forma oficial y en la página web del ministerio de salud aparece una pestaña en la cual se podían descargar todos los documentos referentes a dicho modelo.

A continuación se comentarán algunas reflexiones sobre el eje interculturalidad de dicha estrategia. La mayor preocupación de la temática fue la comprensión de los otros modelos de salud, entender cómo las personas explican sus propios problemas de salud, ello llevó a identificar los perfiles epidemiológicos socioculturales, estos no son más que contabilizar cuáles son las

40 Este artículo no tiene como finalidad explicar dicho modelo, los interesados en el tema pueden encontrar el siguiente link <https://www.mspas.gob.gt/images/files/modeloincluyente/ModeloIncluyenteSalud.pdf> el cual proporciona algunos elementos del mismo.



enfermedades atendidas en el modelo de salud maya, (empacho, mollera caída, aires o calambres, sustos, ojeado, caída de la matriz, etc.), se trabajó en una serie de formularios en los cuales los trabajadores de salud eran responsables de reportar las enfermedades atendidas por los terapeutas mayas.

La propuesta también incluyó otros formularios para recolectar información sobre cada uno de los programas; individual, familiar y comunitario, ello creó la necesidad de contratar digitadores, para que éstos pudieran ingresar esa información generada en cada uno de los centros de salud. A partir de la generación de nuevas plazas de trabajo en los centros de salud, el modelo requería de un financiamiento extra para su correcto funcionamiento.

Desde la óptica de los trabajadores de salud estatales, opinan que esta fue la razón por la cual el modelo fracasó, sin embargo, es interesante observar que en muchos centros de salud en los cuales se generaron las plazas, aún están trabajando esos digitadores, con lo que habría que evaluar cuáles son las actividades que ahora realizan estos digitadores que fueron contratados.

La necesidad de visualizar el trabajo que hace cada uno de los diferentes terapeutas en Guatemala, permite evaluar la eficacia y uso que tiene la población de ese recurso. En un estudio que se realizó en la asociación Médicos Descalzos de Chinique, El Quiché, se contabiliza que las comadronas que participaron en el estudio atendieron un total de 6,835 consultas, con un promedio de 488 atenciones para cada una, lo que hace un promedio de 61 atenciones para cada comadrona en un mes.

En Chinique, se tiene registrado a un total de 62 comadronas, lo que equivale a una comadrona por cada 184 habitantes, y a una comadrona por cada kilómetro cuadrado. Esta forma de organización comunitaria que es propia de la

mayoría de la población rural en Guatemala, tiene una existencia de más de 500 años de antigüedad, y hoy en día está vigente, pero su trabajo es prácticamente imperceptible para el Estado.

La preocupación de llevar una epidemiología sociocultural sobre las enfermedades que atiende el modelo médico maya, no debe ser competencia del ministerio de salud, principalmente porque las atenciones se hacen en las casas de las mujeres, niños/as y también porque en su mayoría son personas que no saben leer, ni escribir.<sup>41</sup> Una forma de visualizar ese trabajo, será motivación de los propios terapeutas considero que el empoderamiento comunitario puede desarrollar sus propias herramientas para llevar un control, si es que así lo desean ellos/as, porque la credibilidad de su trabajo es para beneficio propio de toda la comunidad. Como antropóloga considero que las comunidades pueden organizarse y decidir las estrategias que pueden utilizar para visualizar el trabajo que hacen.

Hago esa reflexión porque a pesar de las buenas intenciones que ha tenido el MIS, la propuesta no fue capaz de crear equipos multidisciplinarios y ningún antropólogo formó parte de su equipo, de allí que en los formularios que realizaron para la epidemiología sociocultural, se recolecte información sobre la movida de la matriz en varones y mujeres, este resultado se debe a una pésima traducción realizada por un médico del padecimiento llamado descompostura, estudios realizados por antropólogos<sup>42</sup> sobre dicho padecimiento nunca lo traducirían como movida de la matriz en varones y mujeres.

Uno de los aciertos que ha tenido el componente de la interculturalidad del MIS ha sido la propuesta de llamar: "intercambio de experiencias entre comadronas y personal de salud", a las mal definidas como capacitaciones

41 El siguiente apartado explica a detalle el tema.

42 Uno de los capítulos de este libro titulado: una sola terapia para varias formas de enfermar: kasilab' kipan, b'enaq pamaj, descompostura, caída de la matriz, expone el tema.

o adiestramiento de comadronas. Ya que los saberes que tienen éstas mujeres sobre enfermedades, plantas medicinales, recursos energéticos y demás, hace que estén en igualdad de condiciones con otros trabajadores de salud estatales.

El MIS continúa funcionando en algunas comunidades, ya sea porque las plazas de digitadores están vigentes o porque el personal de salud de los CAP y CAIMI ya lo habían implementado y habían conseguido mantenerlo. Es lamentable que en Guatemala debido a la discriminación hacia los otros modelos de atención a la salud y por los prejuicios que tiene la población, no se haya podido mantener el MIS.

### Visualización del trabajo realizado por los terapeutas tradicionales:

Por ejemplo el Instituto de Salud Incluyente y la Asociación Médicos Descalzos se han caracterizado porque trabajan desde hace años en la prestación de servicios de salud tomando en cuenta el componente étnico.

El trabajo más importante de estas dos ONG'S está referido a las acciones que han realizado para visualizar el trabajo de los terapeutas tradicionales porque se han ocupado de tomar datos sobre la epidemiología socio-cultural de las atenciones que dan los terapeutas tradicionales.

ISIS<sup>43</sup> es la primera ONG en Guatemala que presenta una estadística sobre padecimientos no bio-médicos, atendidos en su mayoría por terapeutas tradicionales, como se observa en las tablas siguiente:

**Tabla No. 4. | Primeras 10 enfermedades atendidas por terapeuta maya de mayor o menor. Boca Costa, 2010**

<b>Enfermedad / Caso</b>	<b>♂</b>	<b>♀</b>	<b>Total</b>
Caída de mollera - niño	1393	1271	2664
Ojeado	1378	1055	2433
Embarazo, control	627	-	629
Parasitismo/alboroto lombriz	141	236	377
Caída de matriz	250	21	271
Caída de mollera - adulto	117	130	247
Trabajo para retirar enfermedad o daño	96	116	212
Dolor de estomago	118	86	204
Ha referido	131	64	195

**Fuente:** BINS, 01/01/2010 - 31/12/2010, tomada de informe generado por ISIS. **NOTA:** La enfermedad llamada caída de la matriz no tiene sentido que esté reportada dentro de la casilla ♂ no tiene lógica en términos bio-médicos, que a los varones se les caiga la matriz.

43 Es importante explicar que desde el año 2,002 la Instancia Nacional de Salud -INS- comenzó con un programa piloto que se tituló: Hacia un primer nivel de atención en salud incluyente: bases y lineamientos, este programa funcionó en el área de la boca-costa de Sta. Catarina Ixtahuacán, Sololá y en el municipio de San Juan Ostuncalco del departamento de Quetzaltenango. Pasados unos años cuando el Ministerio de Salud se comienza a interesar por el mismo, se dan dos cambios, el primero es que desaparece la INS y se convierte en la ONG ISIS y el programa piloto cambia de nombre: "Modelo Incluyente de Salud" MIS. En el año 2012 el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social e ISIS hacen una presentación de su nueva estrategia para el modelo de atención en salud primaria llamado MIS "Modelo Incluyente de Salud", en esa ocasión también informan que el programa se ampliará para su inclusión en otros 10 lugares.

En la siguiente tabla se presenta otra forma en como MEDES recolectó información sobre la atención que las comadronas proporcionaron a sus pacientes.

**Tabla No. 5. Registro de atención reportado por comadronas de Chinique, El Quiché. Resultados de 8 meses entre 2012 y 2013<sup>44</sup>**

Tipo de atención	Total	Observaciones
Control del embarazo	1.624	Se realizan 7 controles por cada una (el total 1624 representan a 232 mujeres atendidas)
Complicación de embarazo	67	
Atención de parto normal	288	Cada comadrona atendió un promedio de 20 partos anuales
Referencia de parto de alto riesgo	48	14% fueron referidos a los servicios de salud
Atención del puerperio normal	1.727	Por cada una el promedio es de 5.13 (total de 336)
Complicación de la mujer en el puerperio	41	
Atención de problemas del recién nacido	29	
Atención post aborto	73	
Descompostura o caída de la matriz	944	promedio de 5 masajes por paciente (total 188)
Enfermedades del aparato reproductor	98	
Problemas menstruales	118	
Infección urinaria	79	
Fiebre	188	
Enfermedades digestivas	185	
Enfermedades respiratorias	127	
Empacho	241	3 atenciones, se curaron (total 80)
Ojeado	359	3 atenciones por paciente (total 119)
Susto	189	3 atenciones, se curaron (total 63)
Caída de mollera	244	promedio de 2 atenciones (total 122)
Problemas psicológicos	166	71% de mujeres embarazadas
Total de atenciones	6.835	Promedio de 488 atenciones por cada una.

**Fuente:** Informe de avances relativos a los indicadores del proyecto: "Mejora de los servicios de atención en salud sexual y reproductiva y medicamentos esenciales" Médicos Descalzos. Agosto 2013

<sup>44</sup> Los datos corresponden a un total de 14 comadronas pertenecientes a la Asociación de Comadronas del Quiché.

En Guatemala esta tipo de información solamente se tiene disponible en el distrito Guineales de Santa María Ixtahuacán, Sololá que es atendidos por ISIS. Los otros datos corresponden a algunos municipios del Quiché, trabajo recopilado por Médicos Descalzos.

La forma de presentar los datos en las tablas es diversa, eso se debe a la diferente forma de trabajo que tiene cada una de estas dos instituciones.

ISIS formó parte de un proyecto piloto del Ministerio de Salud de Guatemala, esto quiere decir que los propios trabajadores de salud estatales fueron quienes se ocuparon de recoger este tipo de información, los criterios utilizados para hacer la tabla de los datos parten de una lógica bio-médica, muy distante de la realidad cotidiana recopilada por MEDES.

Los datos presentados en la tabla de Médicos Descalzos responden a los padecimientos que atienden las comadronas y parten de las representaciones sociales de la cosmovisión maya. Debido a que fueron las propias comadronas las que se encargaron de dar cuenta de todas las atenciones que ellas proporcionaban a lo largo de un mes, la forma de recolectar esa información también se adaptó para que una mujer analfabeta entregara mes a mes dicha información.

La forma de recolectar los datos en Chinique fue la siguiente: Se validaron una serie de dibujos correspondientes a los padecimientos, de esa cuenta cada comadrona tenía un moral con los dibujos, cuando la comadrona terminaba su consulta depositaba un frijol rojo en el dibujo que correspondía a la atención que ella proporcionaba.

#### FOTOGRAFÍA No.8

**Cristina Chávez recordando a comadronas el uso del Moral con dibujos para contabilizar las atenciones que hacen las comadronas**



Esta fue una estrategia para que personas analfabetas pudieran hacer ese tipo de registro.

Posteriormente en la reunión mensual que las comadronas tenían en médicos descaltos, el moral era entregado a la persona encargada para así poder tabular los datos electrónicamente.

La metodología utilizada en Médicos Descalzos fue indispensable para obtener los datos que se presentaron en la tabla No.2. Ese trabajo puede entenderse por la cantidad de años y por el trabajo comunitario que MEDES lleva gestionando en Chinique.

## Capacitaciones sobre interculturalidad de la salud:

En Guatemala se han realizado 3 diplomados que han tenido como temática principal la interculturalidad de la salud. Dos de éstos se han llamado: Diplomado en Epidemiología Sociocultural y lo ha diseñado la ONG médicos del mundo, con el apoyo de 2 centros de la Universidad de San Carlos de Guatemala, realizados en Cobán durante 2011 y 2012<sup>45</sup>, el segundo se realizó en Chiquimula en el año 2018.

El tercero de estos fue el primer diplomado en Interculturalidad de la salud, que se dictó en el año 2016 y fue diseñado por el Instituto de Estudios Interétnicos de la Universidad de San Carlos con el apoyo de 3 instituciones (la Secretaria de la Presidencia de la Mujer, la Unidad de Atención a la Salud de los Pueblos Indígenas e Interculturalidad del MSPAS y la Asociación Médicos Descalzos de Chinique).

**Tabla No. 6. | Diplomado Médicos del Mundo**

Contenido/Sesiones
Epidemiología Sociocultural
Estructura socioeconómica y derecho a la salud
Género y salud
Interculturalidad
Medio ambiente y salud
Salud Materno Infantil
<b>Fuente:</b> Elaboración propia.

**Tabla No. 7. | Diplomado IDEI-USAC**

Contenido / Sesiones
Relaciones interétnicas, Pueblos indígenas
Cosmovisión mesoamericana
La interculturalidad de la salud
Modelos explicativos enf. tradicionales
La representación del cuerpo humano
La atención primaria y la pertinencia cultural
<b>Fuente:</b> Elaboración propia.

Los tres diplomados han sido diseñados por instituciones totalmente ajenas al Ministerio de Salud, sin embargo la mayoría de los asistentes han sido trabajadores de salud estatales.

La UASPIIG ha realizado diversas capacitaciones al personal de ministerio de salud, éstas capacitaciones no tienen la severidad que se acredita en los tres diplomados que se han impartido.

Finalmente quisiera terminar este apartado rindiéndole tributo a Juan José Hurtado Vega, por ser el pionero de la antropología de la medicina en Guatemala.<sup>46</sup>

## ¿Quiénes han sido los protagonistas de la implementación de la Salud Intercultural en Guatemala?:

La interculturalidad de la salud es un tema que se ha implementado muy lentamente en Guatemala, las ONG'S han sido las instituciones pioneras en la implementación de programas con pertinencia cultural, es por ello que uno de los aportes más importantes del artículo ha sido la elaboración de la tabla número uno, ya que en ella se puede visualizar el camino que el tema ha tenido en Guatemala.

45 Existe una publicación de las investigaciones cualitativas realizadas por los asistentes de éste primer diplomado, la misma puede consultarse en la bibliografía.

46 Dicho homenaje se localiza en el último capítulo del libro.

El inicio corresponde a la década de los años setenta<sup>47</sup>, y se fortalece en el momento en que se firman los Acuerdos de Paz en Guatemala, no sólo por la ayuda financiera que entra al país, sino también por el fortalecimiento que se comienza a impulsar respecto de las políticas de interculturalidad dentro del Estado.

Posteriormente en el año 2012, con la celebración de la Campaña Continental 500 Años de Resistencia Indígena y Popular. Y en el año 2014 cuando finaliza el decenio de los pueblos indígenas. Son fechas clave porque las ONG'S tienen un nuevo aporte económico destinado a financiar proyectos que se relacionaban con la salud y la interculturalidad.

De esa cuenta se puede decir que en Guatemala hubo un aporte financiamiento destinado a diversas ONG'S, que va del 2000 al 2012, durante ese tiempo un puñado de ONG'S, dirigieron no solo la agenda, sino proporcionaron al personal idóneo para realizar consultorías sobre el tema<sup>48</sup>, dejando fuera, los aportes de las investigaciones que se venían realizando dentro de algunas de las universidades.

El resultado de ese largo camino es la propuesta del Modelo Incluyente de Salud -MIS-, se puede afirmar, que es uno de los mejores logros que Guatemala ha proporcionado para toda Latinoamérica. Sin embargo, queda por analizar, si su fracaso se debe a su alto costo económico como explica la mayoría del personal de salud, o se debe a la intolerancia y discriminación

que aún persiste en la formación de médicos, enfermeras y demás personal de salud.

Ese camino de la implementación de la interculturalidad de la salud en Guatemala ha ido de la mano entre ONG'S y Ministerio de Salud (concretamente en el PMTA y la UASPIIG). Ello se evidencia en las publicaciones, muchas de éstas en primera instancia realizada por una ONG, y posteriormente publicada como Ministerio de Salud.

La mayoría de ellas provienen de investigaciones realizadas en el tiempo en que hubo financiamiento para el país. A la fecha en Guatemala, muchas ONG'S que tienen programas de salud, ven cada vez más difícil encontrar financiamiento para funcionar. Sin embargo, las universidades guatemaltecas han realizado investigaciones valiosas respecto de la interculturalidad de la salud, motivo por el cual, muchas ONG'S han comenzado a utilizar ese recurso, para invitar a los investigadores a sus diversas capacitaciones<sup>49</sup>, de esa cuenta existe una importante comunicación que el área de salud del IDEIPI<sup>50</sup> ha mantenido con dichas instituciones en Guatemala.

El área de salud del IDEIPI, a lo largo de quince años, ha logrado establecer una comunicación con el PMTA<sup>51</sup> y con la UASPIIG<sup>52</sup>, ese vínculo que se ha establecido entre ONG'S, ministerio de salud y universidad de San Carlos ha servido para implementar y fortalecer el trabajo que sobre interculturalidad de la salud se ha venido trabajando en Guatemala.

47 El trabajo de la primera ONG se concretó en las capacitaciones a los promotores de salud rural.

48 En ese momento lo requirieron no sólo el PMTA, sino también la UASPIIG del MPSAS.

49 Durante los últimos años (2018 -2020) algunas ONG'S como Médicos del Mundo y Pies de Occidente han invitado al área de salud del IDEI-USAC a dictar algunos módulos o conferencias para sus capacitaciones a personal de salud o se han incorporado como docentes en el Diplomado en Epidemiología Sociocultural.

50 A la fecha el IDEI, ahora IDEIPI se encuentra en un proceso de re-estructura, en dicho proceso se intenta desplazar el área de salud, no se ha tomado en cuenta esa estrecha relación que el área ha venido desarrollando tanto con las ONG'S como con el Ministerio de Salud.

51 Cuando la médica María Calán estuvo a cargo de dicha instancia, se invitó al área de salud a dar algunas conferencias en las capacitaciones que se impartieron.

52 La comunicación que se ha mantenido con esta institución ha sido larga, desde el año 2011 en el cual se comenzó asesorando la tesis a nivel de doctorado de Lourdes Xitumul, luego en el año 2016 cuando se realizó conjuntamente el Diplomado en Interculturalidad de la Salud y en los últimos años, se ha colaborado haciendo comentarios a la política de comadronas, también se han dictado algunas conferencias en las distintas actividades que ha programado dicha institución.

Ese camino que se ha seguido ha tenido muchos avances para el país, existen algunas comunidades en las cuales se ha logrado disminuir la mortalidad materna, con la sola organización comunitaria, el empoderamiento de las comadronas y la estrecha relación con el centro de salud y hospital. Estos casos dan evidencia que la pertinencia cultural ya está implementada en Guatemala, lo que hace falta es la réplica en las demás regiones, la tarea no es sencilla, se necesita cambiar las mentes,

fortalecer primordialmente la educación de médicos, enfermeras y demás personal de salud.

La conformación de equipos multidisciplinarios es necesaria en ámbitos claves del país, a la fecha en el país ya se han implementado diplomados que están capacitando al personal de salud sobre la pertinencia cultural, este es un paso importante que se ha dado.

## La concepción de la enfermedad y los conjuntos sociales guatemaltecos<sup>53</sup>

### La percepción de la enfermedad en el marco de la interculturalidad de la salud:

Durante un año en Guatemala, estuvo en vigencia el acuerdo del Ministerio de Salud 261-2016. Este modelo proponía cuatro ejes que debían ser fundamentales en la atención: interculturalidad, género, medio ambiente y el derecho a la salud.

El eje de interculturalidad se ocupó de la comprensión de los otros modelos de salud, entender cómo las personas explican sus propios problemas de salud. En ese sentido este modelo se ocupó de: "los conocimientos, sabidurías, formas de comprender o entender y prácticas que provienen de diferentes matrices culturales" (Hernández, L., Sánchez, C., Verdugo, J., Morales, L., 2012:43), por ello un componente importante de la propuesta fue profundizar los conocimientos que los trabajadores de salud tenían sobre el empacho, la mollera caída, aire o calambres, el susto, la caída de la matriz, el jejeado y el hechizo o mal hecho.

FOTOGRAFÍA No.9

Firma del Acuerdo ministerial 261-2016 del 19 de agosto del 2016.



La fotografía anterior fue tomada de: 1er. Informe de gobierno 2016-2017, Gobierno de Guatemala (foto acuerdo ministerial)

El MIS continúa funcionando en algunas comunidades y es conveniente que todos los trabajadores de salud se interesen por la implementación de sus cuatro ejes.

### El equilibrio perfecto es el bienestar:

Existen diversas investigaciones que se han publicado y han tenido como temática central la enfermedad dentro de la cosmovisión maya, algunas de ellas son: Harris (2018:41), Ivic (2015:26), López Austin (2004:301), Neuenswander (1980:143), Adams (1952:17). El tema también se abordado con publicaciones que se caracterizan por ser producto de investigaciones participativas, en ese sentido se puede mencionar las publicaciones de la Asociación de Servicios Comunitarios de

53 El presente artículo fue publicado en la revista: Revista Análisis de la Realidad Nacional, Instituto de Problemas Nacionales, Universidad de San Carlos de Guatemala. No. No. 184, 2020. Pp16-28.



Salud –ASECSA- (2002), Médicos Descalzos (2012), Consejo Mayor de Médicos Maya'ob' por Nacimiento (2015).

Ambas posturas explican que la enfermedad entre población maya acótese por un desequilibrio, según Harris: "Yab'il se refiere a una clase de síntomas que todos experimentan en la vida diaria. Sus causas están en la naturaleza y en el mundo a nuestro alrededor." (Harris, 2018:42); los Médicos Mayas explican: "se debe vivir en equilibrio, porque las enfermedades se dan por el desequilibrio de uno mismo, por su carácter negativo e impulsivo" (Consejo Mayor de Médicos Mayas, 2015:76).

Otra publicación explica que: "desde su niñez los quichés de Joyabaj empiezan el aprendizaje de cómo calificar de caliente o frío los estados del cuerpo, el medio ambiente, los alimentos y plantas ingeribles y ciertos implementos de trabajo, todo con el fin de prevenir la enfermedad." (Neuenswander 1980:142-143).

Esa forma de entender la enfermedad, genera que los tratamientos que se aplican desde esa lógica tiendan a restaurar el equilibrio perdido, si hay dolor de estómago por tomar bebidas calientes y comidas con chile, el tratamiento es a base de plantas medicinales que se consideran frescas o frías.

Si un niño tiene alboroto de lombrices, porque las lombrices que viven en el cuerpo se salen de su bolsa y empiezan a caminar por todo el cuerpo, el remedio consiste en un parche que se hace a base de apazote y cebolla que se coloca cerca del ombligo, el olor que emite el emplastro provoca calma a las lombrices.

#### FOTOGRAFÍA No.10

### Madre de familia aplicando plantas medicinales frescas en una curación de mal de ojo.



La clasificación de frío/caliente de las enfermedades, no es exclusiva del área mesoamericana, la teoría Hipocrática de los Humores de Occidente se basaba en que el cuerpo humano se componía de cuatro sustancias básicas; de esa cuenta el equilibrio entre éstos mantenía al cuerpo sano. Existía una relación entre los cuatro humores y los cuatro elementos (fuego, aire, agua y tierra) a la vez también se daba una relación de éstos con las cualidades caliente, frío, seco y húmedo.

Respecto a la teoría de los cuatro humores y la dualidad frío/caliente existe una polémica entre académicos, el estadounidense George Foster, explica que el modelo frío/caliente fue importado desde Europa hacia América en el momento de la conquista, sin embargo, otros académicos como Isabel Kelly, R. Redfield y Villa Rojas, se oponen. Alfredo López Austin

da varios argumentos para evidenciar la falsedad del enunciado. Explica que el sistema clasificatorio de frío/caliente no se reduce a las enfermedades existen diversas categorías como plantas, animales, minerales, astros y seres sobrenaturales.

La actual definición de la OMS, sobre enfermedad se basa en el bienestar del cuerpo y del alma, es decir un equilibrio como lo explicaban los mayas y los griegos.

### La dualidad frío caliente:

En la cosmovisión maya el universo está formado por tres espacios<sup>54</sup>: El supramundo<sup>55</sup>, La tierra<sup>56</sup> y el inframundo<sup>57</sup>. El tiempo es representado por el movimiento del sol por esos tres espacios, que da origen a los días. Esa forma de percibir el espacio, conjuntamente con el movimiento del sol, da pauta para explicar la representación de clasificar alimentos, plantas, animales, medio ambiente, clima, etc. en frío y en caliente.

Se dice que le Sol es fuente de calor; en ese sentido durante los días soleados, la sola presencia del mismo, da "calor" a plantas, animales, seres humanos, piedras, etc. Una mujer explica:

*"Se calienta el cuerpo porque las personas que trabajan en el campo dando allí todo el trabajo y entonces el calor encima de ellos, entonces hay veces hasta los... los cómo se llama?, se pone bien caliente el cuerpo, entonces uno cuando ellos vienen que están así y vienen a bañarse, entonces eso hace mal porque está bien acalorado" (Madre de familia de Rabinal).*

El agua de los ríos, los nacimientos de agua, las cuevas, etc. son lugares relacionados con el inframundo, una región que se considera que es fría. En Santa Rosa explica una mujer:

*"Esos son frescos es como por ejemplo los animales acuáticos, esos son frescos porque esos están en el agua por ejemplo el pescado es fresco, los cangrejos son frescos, todo eso de acuáticas son frescas." (curandera de Jumaytepeque, Santa Rosa de Lima, Santa Rosa)*

En esa concepción del espacio, el efecto del paso del sol puede provocar ambivalencia, porque una piedra puede ser fría o caliente, dependiendo dónde se encuentra, si ésta debajo del sol se considera que es caliente, mientras que si ha estado expuesta al frío de la noche se considera que es fría.

Las condiciones climáticas también afectan el estado de animales, plantas y hombres, ya que los días lluviosos y con neblina, debido a la ausencia de sol, son días que se les considera fríos y nocivos para la salud de los hombres que trabajan en el campo. La enfermedad se da:

*"Al adquirir un exceso de frío, cuando alguien se moja mientras camina: Es que mire..., muchas veces pasa que se mojan, tal vez van en un camino y les agarra el agua [lluvia] y ya de eso no se salvan, por eso hay que prevenir ya, y si uno es propenso. Como uno, cuando se moja, tiene que bañarse en ese momento para que no le haga daño a uno, para no enfermarse. Se baña en agua fría, porque usted recibió agua helada, entonces llega y se baña, se seca bien su cuerpo, se cambia y ya no se enferma, si porque se bañó y digamos que es como un baño." (comadrona de Jumaytepeque).*

54 Puede consultarse el dibujo:Linda Schele, Copán Templo 22, en FAMSI (foto universo maya) [http://research.famsi.org/spanish/schele\\_list\\_es.php?rowstart=45&search=copan&num\\_pages=9&title=Colecciones%20de%20Dibujos%20de%20Linda%20Schele&tab=schele](http://research.famsi.org/spanish/schele_list_es.php?rowstart=45&search=copan&num_pages=9&title=Colecciones%20de%20Dibujos%20de%20Linda%20Schele&tab=schele)

55 El cielo o supramundo: Es el lugar de residencia de los dioses; el Sol, la Luna, las estrellas, en esa región habitan los dioses del viento, el trueno, el relámpago y la lluvia.

56 Se concebía como el estrato que se localizaba abajo del cielo. Se imaginaba como una plancha cuadrangular con 4 esquinas sobre el lomo de una tortuga o caimán que flotaban en un lago de lirios acuáticos.

57 Es el interior de la tierra, una región fría, húmeda y oscura, recorrida por ríos subterráneos y entreverada de cuevas.

La enfermedad en la cosmovisión maya se explica por la pérdida del equilibrio entre lo frío y lo caliente, sin embargo, es una representación que está presente en toda la población guatemalteca, no importa si se es maya o no. Las abuelas en esta parte del mundo hacen la recomendación de no comer pescado en la cena porque es muy frío, pero si hay antojo, entonces que se acompañe el pescado con un traguito de licor, muchos guatemaltecos no saben que el origen, se remonta a la concepción de lo frío/caliente de la cosmovisión maya.

Se puede concluir diciendo que parte de la cosmovisión maya es entender la salud como un equilibrio perfecto entre lo frío y lo caliente, a partir de esa dualidad se explica la ideología, las representaciones y prácticas del proceso salud enfermedad atención.

### **Lo caliente es homólogo de salud:**

Día a día con las atenciones que madres, curanderas, comadronas y demás cuidadoras proporcionan a los miembros de sus familias se puede ir comprobando la importancia que tiene la dualidad frío/caliente.

En una conversación que se tuvo con una curandera y comadrona en Rabinal se le preguntó: *“¿Cuáles son las enfermedades que se dan cuando el cuerpo está caliente?, ella respondió: No porque eso no es malo. Lo que es malo, es sólo tomar helado, sólo tomar helado. Porque el cuerpo está caliente, si está todo el cuerpo normal caliente, es normal.”* Con esa afirmación ella explica que un cuerpo caliente es normal.

Pero qué pasa entonces con la premisa de que la salud es el equilibrio perfecto entre lo frío y lo caliente. En ese sentido la investigación realizada por ASECSA; explica que: “El principio es fundamental para la interpretación de la salud y la enfermedad, como una búsqueda del equilibrio entre la dualidad de principios de lo frío y lo caliente” (Eder, 2002:26). Otra

investigación realizada en México explica: “El concepto principal es que para mantener la salud debe conservarse el balance entre ambos. Así, una enfermedad que aumenta el calor del cuerpo tendrá que ser tratada con elementos fríos y viceversa.” (Romero, 2006:186)

Esa idea de lo caliente como sinónimo de salud, se retoma de nuevo en el testimonio siguiente:

*“yo me estoy dando cuenta esta mañana mi hija estaba torteando y ya se iba a la escuela y me dice que va a ir a lavar sus trastes, que no los lavó ayer, y cuando me dice mamá me duele la cabeza, ¿por qué? porque como estaba torteando y llega donde está la pila, es un pegón de aire, cosa que ya no se le puede sacar, porque eso se le va metiendo y otro día es más adentro, otro día más adentro y así es como entran las enfermedades del aire. Por ejemplo, cuando nosotros tostamos café no podemos salir porque nos da un pegón de aire, nos empieza a doler la cabeza, y nos da dolor de cuerpo y es un pegón de aire que nosotros recibimos.” (Madre de familia de Rabinal).*

Aquí la madre considera que tortear y tostar café, son actividades que se consideran calientes, condición que no provoca enfermedad. Ese estado corporal, más caliente, se considera normal.

En la década de los años setentas las estadounidenses Helen Neuenswander y Shirley Souder, realizaron una investigación en Joyabaj, en la que explican que lo normal es un cuerpo caliente<sup>58</sup>: “El punto de vista alternativo (Modelo II) se basa en el concepto de que el estado normal del cuerpo sano de un trabajador es caliente (no frío ni templado) y que se sostiene el calor deseado por medio de la ingestión de alimentos fundamentalmente calientes” (Neuenswander y Souder, 1980:147). Sin embargo, si se hace una revisión de los

58 Ellas se basan en la explicación de ese modelo en términos de una teoría de un modelo cognitivo real. Para más detalle sobre su propuesta consultar bibliografía.

resultados de investigaciones realizadas en los últimos años, la explicación del tema debe fundamentarse en la cosmovisión maya.

En ese sentido, recordemos que el sol transita durante el día en el supramundo un espacio en donde irradia calor y luz, emana energía para todos. La deidad solar en los mitos del Popol Vuh, debe analizarse en la óptica de un fuego cultural:

"El fuego domesticado del linaje K'iche' y el nacimiento del sol son el resultado de procesos cosmogónicos complejos y progresivos, que connotan el don de Tojil de los componentes culturales de la cocina y del calentamiento. De esta forma, el fuego domesticado y el sol se insertan cabalmente en el tiempo de los hombres, ya que son resultado de una interacción consciente entre los seres sagrados y las comunidades humanas. El fuego solar sale del caos de los orígenes, pasa a través de transiciones rituales y se inserta en el tiempo cronológico K'iche'. O, mejor dicho, determina, como fuego solar, el tiempo humano." (Craveri, 2012:71-72)

En el panteón maya se tiene al todopoderoso Dios Sol, Kinich Ahau (nombre en yucateco), venerado en los mitos y en los ritos del Año Nuevo Maya. En el período clásico maya, los gobernantes generalmente se representaban como reyes que tenían los poderes de la deidad solar: "En los niveles superiores del cielo mora el todopoderoso Dios Sol, que recorre su trayecto florido por el cielo una vez al día. La salida del astro es la afirmación cotidiana de la presencia dinámica y participativa de las fuerzas espirituales benéficas en la vida de la gente." (Freidel, Schele, Parker, 1999:125). Esa pervivencia de la importancia del dios solar puede explicar la representación del ¿por qué? una persona en estado caliente, tiene buena salud.

Los indígenas chortís explican que: "Observan el crecimiento paulatino del sol -o del día- así como el ascenso de la curva termométrica. Este último fenómeno se debe, en concepto

de mis informantes, a que El Señor (sol) que empezó a moverse despacio, va acelerando el paso, agarrando fuerza y acalorándose más y más, como un hombre que se agita al correr, y por esto calienta la tierra cada vez más. Inf. Fidelino Romero, de Camotán" (Girard, 1966:43)

Es interesante la comparación que hace un informante al decir: "agarrando fuerza y acalorándose más y más, como un hombre que se agita al correr". Dicha expresión toma de base esa percepción de un cuerpo caliente como normal.

Se puede decir que existen algunos estados en los cuales el cuerpo puede acumular un poco más de energía. Hay un desequilibrio por exceso de naturaleza caliente en mujeres: menstruantes, parejas que han tenido relaciones sexuales, etc., éstas poseen una condición de calor excesivo. El calor es indispensable para el desarrollo de un buen embarazo y parto, motivo por el cual los cuidados durante ese período se concentran en la vulnerabilidad hacia lo frío, pero también hay un desequilibrio por exceso de naturaleza caliente en varones y mujeres que beben alcohol.

En base a esa idea, López Austin explica que la acumulación de energía provocada por una reserva de calor en el cuerpo, puede llevar a desequilibrios. Bajo esa premisa se cree que con la edad se va adquiriendo calor, razón por la que los viejos y ancianos, adquieren sabiduría por los años lo que conlleva al poder, porque se cargan de calor en sus corazones.

Debido a la importancia de la deidad solar en la cosmovisión maya, se puede decir que muchos conjuntos sociales en el área rural guatemalteca, no importando si se identifican como mayas o no, consideran que el estado normal del cuerpo es caliente, ni frío, ni templado.

## Enfermedades y órganos del cuerpo se clasifican en fríos y en calientes:

En el año 1951, el antropólogo estadounidense Richard Adams, realizó una investigación en el pueblo de Magdalena Milpas Altas, del departamento de Sacatepéquez<sup>59</sup>, en la cual proponía un modelo condicional para explicar la dualidad frío/caliente, este consistía en explicar la condición interna del organismo, sumada a la condición externa para obtener como resultado la enfermedad. Sin embargo, a la fecha existen diversas investigaciones que se basan en la cosmovisión maya para entender esa dualidad.

De esa cuenta la polaridad frío/caliente genera toda una clasificación de las diferentes partes del cuerpo, como también un ordenamiento de las enfermedades en frías y calientes. En ese sentido se dice que las partes del cuerpo que se ven afectadas por un exceso de calor son: el estómago, la cabeza y las lombrices, mientras que los órganos del cuerpo que son afectados por el frío son: el estómago, los pulmones y la matriz.<sup>60</sup>

El calor afecta la cabeza: *"El cuerpo se enfría y la sangre busca refugio en la cabeza, el lugar más caliente, el cerebro se pone caliente y se llena de sangre, por lo que es muy difícil pensar"*. (madre de familia, Rabinal)

El estómago se enferma por lo frío de la alimentación: *"Nosotros no tomamos, agua pura que le dicen, fría, pero hay alguno que sí lo toman, es pura enfermedad. Porque se ponen piedras adentro del estómago, se pone una chibola adentro, sí. Tengo dolor de estómago dice uno, porque hay unos que he visto yo que toman caldo y después agarran el hielo encima, eso da enfermedad."* (curandera-comadrona de Rabinal).

En ese sentido, las enfermedades calientes se deben a un calentamiento excesivo, las

siguientes enfermedades se consideran calientes: Infecciones urinarias, del estómago y garganta, mientras que las enfermedades que se adquieren por un excesivo enfriamiento del cuerpo, son el paludismo o reumatismo, dolores de huesos y músculos, el resfriado, calambres y bronquitis. A continuación se presentan testimonios que explican las premisas anteriores.

Primero: se adquiere un exceso de frío, cuando constantemente se ésta en contacto con una fuente que produce frío:

*"Bueno de que se puede enfermar, se puede enfermar, veamos el caso de la refri,[refrigeradora] uno no dice que la refri es buena, pero si es muy mala porque vemos en el caso de ustedes las damas en el caso en que están en estado interesante [embarazo] toman cosas frías, el bebé va a nacer ya enfermo pues, va a nacer con la bronquitis o trae una su tosecita de nacimiento, culpa de quién de la madre."* (guía espiritual).

Segundo: las enfermedades por un exceso de calor se explican así:

*"Hay que poner un lavado para que se le baje el calor que tiene, eso se hace cuando está caliente la cabeza y tiene dolor de cabeza, póngase un lavado. Y después hay que azar un limón y se pone un pedazo aquí y otro pedazo aquí y otro aquí [en la frente] y amarrado y con eso se le quita. Por si es fuego y se lo baja."* (curandera-comadrona).

*"Hay remedio para calmar, la pomada Ignacia es fresquita para sobarlo si es fuego el que tiene"* (Comadrona-curandera)

*"Se enferma pues, porque entre caliente y frío, porque a veces si está muy caliente, está muy fuerte la temperatura, y va agua y*

59 El título del libro es: Una análisis de las creencias y prácticas médicas en un pueblo indígena de Guatemala.

60 Información recolectada en la investigación titulada: terapeutas tradicionales, terapias y racionalidad maya: elementos para su inserción y consolidación en el pluralismo del sistema de salud en Guatemala, realizada durante el año 2006 con el financiamiento de la Dirección General de Investigación y el Instituto de Estudios Interétnicos de la USAC.

*va agua y va de tomar agua, nunca se llena, aunque se llene, pero no se le quita la sed, ¿por qué? porque tiene fuego por dentro”*  
(Madre de familia)

Esta forma de clasificar enfermedades y partes del cuerpo en frío y en caliente, cambia de informante a informante y de lugar en lugar, no es algo que se pueda generalizar, es una clasificación que sí se basa en síntomas y signos.

### **A manera de conclusión:**

La pérdida del equilibrio en base a la dualidad frío caliente provoca la enfermedad, esa representación tiene su origen en la cosmovisión maya, como lo han demostrado varias investigaciones antropológicas y arqueológicas. La población que vive en Mesoamérica desde hace más veinte siglos se explica la enfermedad dentro de los parámetros de la cosmovisión maya, la conquista española poco pudo hacer para cambiar radicalmente esas ideas.

Como se explica en el capítulo esas representaciones respecto de lo frío y lo caliente han llegado al imaginario de los guatemaltecos que no se consideran mayas, también han traspasado y se han arraigado perfectamente en el pueblo xinca<sup>61</sup>, por ello se puede decir que en la actualidad esa representación de lo frío/caliente dentro del proceso salud, enfermedad, atención es un patrimonio de un territorio en particular que cuenta con un pasado en común y que en la actualidad crea identidad.

Desde la década de los años cincuenta, con las investigaciones de Adams, posteriormente en las décadas de los años setenta con los estudios de Neuenswander y Souder, los académicos extranjeros se han empeñado en proponer modelos teóricos<sup>62</sup> para explicar la dualidad frío/caliente, sin embargo a partir de los años ochenta, la evidencia arqueológica, las investigaciones sobre la cosmovisión maya y los estudios sobre la mitología del Popol Vuh han comenzado a proporcionar elementos para un camino diferenciado que se centra en explicar esa forma diferenciada de ver el mundo.

El día de hoy el territorio guatemalteco se encuentra afectado por la epidemia del COVID 19, en estas circunstancias esa forma de entender y de percibir la enfermedad entre la población guatemalteca cobra importancia, porque la toma de la temperatura corporal es la medida que el Estado utiliza para confinar a una persona en una cuarentena en su casa o en el hospital. Con esa medida, habrá que evaluar quién se encarga de la toma de la temperatura, qué educación tiene esa persona, probablemente el encargado de esa tarea sea un guardia de seguridad, quien maneja la idea de que un cuerpo caliente es normal, no se trata de discriminar a este guardia por su forma de pensar, sino las acciones deben dirigirse en pensar otras medidas o parámetros para el confinamiento. Por ejemplo, debería ser obligatorio, la toma de muestras para verificar la presencia del virus y en base a este resultado el confinamiento de la persona.

61 Como se demuestra en los testimonios de las personas de Jumaytepeque, Santa Rosa de Lima, Santa Rosa

62 Como lo explican las investigadoras Neuenswander y Souder, en la Universidad de Texas en los Estados Unidos Arthur Rubel como Richard Adams hacían cursos sobre las clasificaciones de lo frío y lo caliente.

## Una Cartografía del Empoderamiento Comunitario de Salud<sup>63</sup>

En Guatemala se celebra el 4 de agosto el día nacional de los pueblos indígenas, tanto el CECEG<sup>64</sup>, como el IDEPI<sup>65</sup> y el IUMUSAC<sup>66</sup>, todos institutos de investigaciones de la Universidad de San Carlos de Guatemala, organizaron el conversatorio titulado: Pueblos indígenas, realidades, desafíos y potencialidades. Para dicho evento se presentó la conferencia titulada: ¿Quién cura donde el Estado no llega? Ello con la intención de visualizar la importancia que tienen para las comunidades el trabajo que realizan las comadronas y los ajq'ija'.

El trabajo que día a día realizan estos terapeutas no está estadísticamente plasmado, no hay cifras que den cuenta de su trabajo, razón por la cual en este capítulo se presentará información por medio de mapas, a la vez se intentará reflexionar sobre el empoderamiento que tienen estos terapeutas en comparación con el servicio de educación que presta el Estado.

### Empoderamiento comunitario:

Para entender la importancia y demanda que tienen las comadronas y ajq'ija' en las comunidades es necesario señalar la relación tan importante que hay entre liderazgo y empoderamiento. En ese sentido todas las comadronas y ajq'ija' son líderes porque poseen conocimientos respecto de plantas

medicinales, terapias, técnicas de diagnóstico, etc., que los hace poseedores con un rol de guía respecto a las demás personas de sus propias comunidades.

FOTOGRAFÍA NO. 11

### Ajq'ija' en atrio de la Iglesia de Rabinal, Baja Verapaz



La palabra empoderamiento, puede ser definida: "como un "incremento de las capacidades de las personas", (Nareh y Vangik, 1995, SP)<sup>67</sup>, debe entenderse también como las capacidades que tienen las personas en beneficio de sus propias necesidades.

En ese camino las comadronas y ajq'ija' a lo largo de los siglos han tenido la responsabilidad de la salud de sus comunidades ante la ausencia de personal "bio-médico competente", esto es un hecho para las comunidades de hoy y se puede decir que ese papel lo han ocupado hasta el lejano período de la colonia en Guatemala.

63 Este capítulo se publicó en el Boletín Qatzij No. 11, del Instituto de Estudios Interétnicos y de los Pueblos Indígenas. Autorización Carta IDEPI214-2022.

64 Centro de Estudios de las Culturas en Guatemala

65 Instituto de Estudios Interétnicos y de los Pueblos Indígenas

66 Instituto Universitario de la Mujer

67 Esta definición es citada por J. Herrera, que hace un estudio sobre el empoderamiento, ver bibliografía.

Hoy los organismos internacionales abogan por el desarrollo humano, como el proceso que: "busca reducir la vulnerabilidad de las personas de sectores marginados," (Herrera, 2014:9) y en base a esa propuesta surgen los Objetivos de Desarrollo Sostenible -ODS-, como agenda y principal compromiso de los gobiernos de todas las naciones.

En el desglose de esas agendas y compromisos, las comunidades en el área rural de Guatemala se han ido organizando, muchas veces con la ayuda internacional que vino después de la firma de los acuerdos de Paz, esa ayuda contaba con un financiamiento económico que poco a poco se ha ido del país, de manera que las comunidades que no pudieron organizarse entorno a un liderazgo y empoderamiento consolidado han sucumbido de nuevo, por ello irónicamente se puede decir que el nuevo disfraz del asistencialismo son los ODS, porque es evidente que en países como Guatemala se han implementado muy levemente y no alcanzarán las metas establecidas, de manera que a la fecha, se puede decir que el único trabajo en materia de ODS que puede visualizarse en las comunidades del área rural en Guatemala son los esfuerzos que dejaron muchas ONG'S que estuvieron trabajando después de la firma de los acuerdos de paz.

En ese sentido las comunidades en Guatemala, tienen una gran fortaleza respecto de su organización comunitaria para poder atenderse con sus propios curadores y desde sus propios conocimientos. Esto no quiere decir que son autosuficientes ya que necesitan de servicios de salud estatales. Pero al menos el recurso humano comunitario se hace cargo de atender los partos de mujeres que han tenido un seguimiento durante su embarazo y en ese proceso se hace una contrareferencia con el centro de salud.

Existe una fortaleza consolidada en las comunidades a lo largo de su historia, porque éstas cuentan con comadronas y ajq'ija', en ese sentido Herrera explica que: "La dimensión colectiva del empoderamiento, parte de una presunción que se puede equiparar con la frase popular "la Unión hace la fuerza" se crea cuando se unen fuerzas en torno a objetivos comunes, las comunidades en situación de vulnerabilidad, tienen mayores posibilidades de defender y hacer valer sus derechos." (Herrera, 2014:10). En la actualidad, cada vez surgen más asociaciones, organizaciones, ONG'S, que aglutinan a comadronas, ajq'ija' y otros terapeutas porque hay una tradición de buscar en ellos respuestas a su problemas de salud.

#### FOTOGRAFÍA No. 12

#### Comadronas de Chinique elaborando mapa de su comunidad



#### La organización comunitaria en salud:

A continuación se presentan tres mapas, que se han realizado en base a datos de tres investigaciones<sup>68</sup>, en cada uno de ellos se presenta la distribución de comadronas en tres municipios: San Cristóbal Verapaz en Alta Verapaz, Rabinal en Baja Verapaz y Chinique en El Quiché. Estos datos están a mano en los Centros de Salud, ya que el registro de ésta información es indispensable porque el ministerio de salud les otorga un carné a las comadronas para poder ejercer.

68 Las investigaciones son: a) Diagnóstico de la medicina Maya Poqomchi' realizado por Asindi Rex We durante el año 2004, b) Lógicas y racionalidades: entre comadronas y terapeutas tradicionales realizada por mi personas durante los años 1999-2002, c) Cartografía de los ODS y el empoderamiento comunitario en Guatemala realizada por un equipo de la Universidad Miguel Hernández de Elche, Alicante España y el IDEIPI, USAC, durante el mes de febrero del 2020.



En los mapas de San Cristóbal Verapaz y Chinique se presenta información sobre los terapeutas mayas, esta información es muy difícil de recolectar porque no existe un listado, en algunos lugares en los que trabajan las ONG'S pueden tener esa información. Éste es el caso de Asindi Rex We en San Cristóbal Verapaz y de la

Asociación Médicos Descalzos en Chinique, El Quiché.

Esa información es difícil de obtener también porque en cada lugar la especialidad de los terapeutas mayas es diversa y cambia.

La intención de los mapas es visualizar la presencia que tienen a lo largo de los territorios las comadronas y los terapeutas mayas.

**Mapa No. 2.<sup>69</sup> Comadronas y Aq'q'ija' de San Cristóbal Verapaz**



Los puntos rojos del mapa corresponden a comunidades que cuentan con terapeutas mayas, mientras que los puntos verdes son comunidades que no los tienen. Hay un total de 219 terapeutas mayas entre los siguientes: Chayero, Desahumador, Curandero, Guía espiritual, Llamador de espíritu, Rezador y Comadronas.

km2, en las tablas No.1 y 2 aparece el detalle respecto de la distribución de los terapeutas.

**Tabla No. 8. Cantidad de terapeutas mayas**

Terapeuta maya	Cantidad
Comadronas	130
Comadronas y otra especialidad	13
Terapeutas mayas	76
<b>Total</b>	<b>219</b>

**Fuente:** Elaboración propia.

69 Este mapa se hizo en base al mapa localizado en la siguiente referencia (Asindi Rex We, 2004:10), pero se le agregó información que no contiene el original.

**Tabla No. 9. Características de las comunidades de San Cristóbal Verapaz**

<b>Características comunidades</b>	
Total de comunidades con comadronas	48
Total de comunidades con comadronas y terapeutas mayas	31
Total de comunidades que tienen solamente terapeutas mayas	02
<b>TOTAL de Comunidades</b>	<b>50</b>

**Fuente:** Elaboración propia.

**Mapa No. 3. Comadronas de Rabinal, Baja Verapaz**

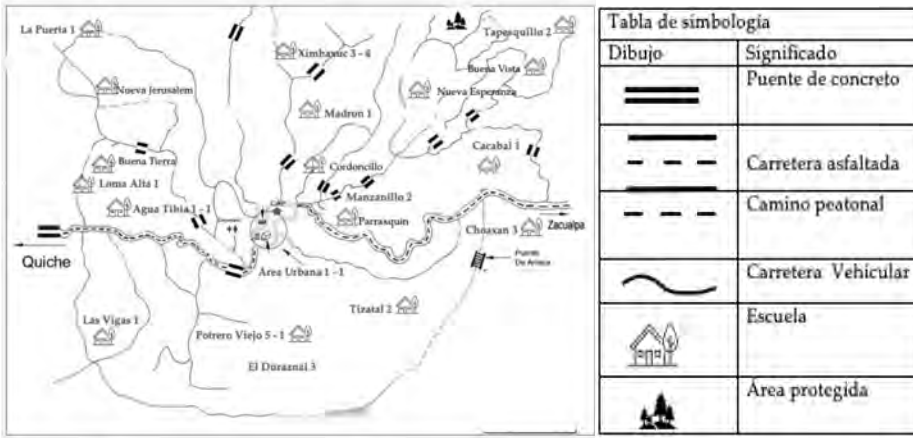


En el mapa se localizaron un total de 110 comadronas, la población en el año 2002 era de habitantes 31,168 habitantes, lo que corresponde a un total de 61 habitantes por km<sup>2</sup>, aproximadamente a dos comadronas por km<sup>2</sup>. Para éste caso no se recolectó información sobre los terapeutas mayas, sin embargo llamaba la atención la cantidad de comadronas localizadas en las comunidades Pichec con 14 y la Ceiba con 10, porque la cantidad de comadronas era muy alta para el total de habitantes de cada aldea, motivo por el cual se indagó sobre los casos.

En cada una de las comunidades había un exceso de comadronas porque durante los años posteriores a los acuerdos de Paz, algunas ONG's decidieron capacitar a mujeres para otorgarles su carné de comadrona y se aceptaron muchas mujeres de éstos dos lugares. Posteriormente la propia comunidad hizo una regulación comunitaria, que consistió en desplazar el exceso de comadronas, ya que si bien existía en el registro del Centro de Salud, al llegar a las comunidades y preguntar por las comadronas se tuvo la información siguiente: en Pichec no se localizaron a siete de esas comadronas, solamente cinco de ellas atendían a miembros de sus familias y dos eran las que atendían todos los partos de dicha comunidad. En La Ceiba: cinco comadronas no se localizaron, solo una atiende a su familia y cuatro eran las que sí atendían partos.

En ese sentido se puede decir que en cada comunidad existe la cantidad necesaria tanto de comadronas como terapeutas mayas para atenderse, o sea se da una regulación para satisfacer la demanda de los servicios.

### Mapa No. 4. Comadronas y Ajq'ija' Chinique, El Quiché



La población total de Chinique es de 11,382 habitantes, con un total de 82 habitantes por km<sup>2</sup>, lo que corresponde a una comadrona por km<sup>2</sup>. En el mapa se puede observar que las comunidades que aparecen en color morado son las que tienen comadronas o terapeuta maya, en dichas comunidades aparecen dos números; el primero corresponde al total de comadronas, mientras que el segundo número es el que corresponde a terapeutas mayas. También se observa que la mayoría de las comunidades tienen escuela. Las tablas siguientes presentan información aglutinada por comunidades.

**Tabla No. 11. Características de las comunidades**

Características de las comunidades	Can.
Total de comunidades con comadronas	13
Total de comunidades con comadrona y ajq'ija' y terapeutas mayas	05
Total de comunidades solo con terapeutas mayas	1
Comunidades con infraestructura escolar	17

**Fuente:** Elaboración propia.

**Tabla No. 10. Cantidad de terapeutas mayas**

Tipo de terapeutas	Can.
Comadronas	26
Terapeutas maya	08
Total	34

**Fuente:** Elaboración propia.

En el mapa No.3 se ha agregado el dato respecto a infraestructura escolar. De tal manera que el municipio se tiene un total de 19 escuelas<sup>70</sup> repartidas por casi todas las aldeas, en cada una de ellas se tiene presupuestado al menos entre 3 y 7 profesores, porque cada escuela tiene: plaza de educación pre-primaria y al menos 2 o más plazas de educación primaria. Mientras que la infraestructura en salud del municipio corresponde a un Centro de Atención Permanente CAP<sup>71</sup>, éste se localiza en la cabecera municipal, si la población quiere o necesita servicios de salud debe desplazarse hacia la cabecera municipal, ya que es el lugar

70 En esta cifra no se ha incluido los edificios que corresponden a la cabecera municipal.

71 Atiende 24 horas, con un total de 39 empleados.

en donde se localizan médicos, enfermeras, técnicos, etc., sin embargo en el caso de que los habitantes padezcan de empacho, mal de ojo, susto, etc. Pueden recurrir a la comadrona o terapeuta maya de su aldea, motivo por el cual en el siguiente apartado se presentan algunos datos respecto de los padecimientos que atienden las comadronas.

### **La atención en salud otorgada:**

De acuerdo a la estrategia del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social -MSPAS-, que se implementó cuando la Dra. Lucrecia Hernández Mac fue ministra de Salud, el programa llamado Modelo Incluyente de Salud -MIS-, estuvo recolectando por algunos meses datos sobre la epidemiología sociocultural en algunos distritos de salud, sin embargo esa recopilación, nunca reportó datos como lo hizo la Asociación Médicos Descalzos por medio del estudio titulado: "Mejora de los servicios de atención en salud sexual y reproductiva" del año 2013. El cual reporta un total de 6,835 atenciones dadas por las comadronas durante aproximadamente 8 meses, lo que equivale a un total de 488 atenciones dadas por cada una de las comadronas que participó en el estudio.

En dicho estudio las comadronas atendieron lo siguiente: control y complicación del embarazo, atención de parto normal, referencia de parto de alto riesgo, atención del puerperio normal, complicación de la mujer en el puerperio, atención de problemas del recién nacido, atención post aborto, descompostura o caída de la matriz, enfermedades del aparato reproductor, problemas menstruales, infección urinaria, fiebre, enfermedades digestivas, enfermedades respiratorias, empacho, ojeado, susto, caída de mollera y problemas psicológicos.

Tomando en consideración la distribución geográfica de las comadronas que se muestra en el mapa No.3 y la atención de los padecimientos del párrafo anterior se puede decir que si se hace una comparación entre

los servicios que el Estado proporciona en el municipio de Chinique respecto de Educación y Salud, se puede decir que la inversión en educación supera con creces a la de salud.

Los padecimientos que atienden comadronas y terapeutas mayas no obedecen a la lógica biomédica, sin embargo existe por parte de la población una alta demanda de esos servicios, esto explica el empoderamiento de los *ajq'ija'* y comadronas, esta palabra ahora está de moda y se vincula directamente con los Objetivos de Desarrollo Sostenible, pero si se hace un análisis a lo largo de la historia vemos que tanto las comadronas como los *ajq'ija'* siempre han tenido un rol de poder en las comunidades.

FOTOGRAFÍA No.13.

### **Comadronas de Chinique comentando su participación**



### **Una deuda rezagada del Estado: la incorporación de las comadronas y los *ajq'ija'* en el pluralismo médico:**

Los mapas presentados dan cuenta del trabajo que comadronas, curanderos, llamadores de espíritu, *ajq'ija'*, prestan a sus comunidades. La legitimidad de sus terapias, remedios caseros y plantas medicinales tienen pendiente en los ojos "del método científico" y de la población poco tolerante una barrera, ignorando que existen múltiples caminos para aliviar la sintomatología de los padecimientos.

El empoderamiento de las comadronas y *ajq'ija'* no es de ahora, como así lo han puesto de moda los ODS, las comunidades en el área rural

en Guatemala han venido dando una respuesta a la atención de su salud desde hace siglos, han creado una serie de especialistas para ello, han desarrollado diversidad de técnicas de diagnóstico y de terapia para el alivio, este no es el caso de la educación, todo lo concerniente a esta esfera se comenzó a introducir de la mano de los religiosos en el período de la colonia y casi siempre se ha hecho en idioma castellano, hasta hace algunos años que se comenzó con la educación bilingüe intercultural, esta es la razón por la cual existe una confianza y legitimidad de parte de los habitantes hacia sus terapeutas mayas, porque con el paso del tiempo la memoria colectiva respecto del proceso salud/enfermedad/atención le ha concedido el merecido empoderamiento que tienen, en comparación con el papel y rol que tienen los maestros de las escuelas en las aldeas.

Cuando se hace una comparación entre Educación y Salud, respecto a la inversión que ha hecho el Estado en todas las comunidades, se observa una gran brecha y la balanza se inclina hacia Educación, como puede visualizarse en el mapa No.3. Esta es la razón por la cual se puede afirmar que el Estado debe inclinar esa balanza e invertir mucho más en la atención de la salud.

En materia de salud, el gobierno ha hecho intentos por visualizar esa atención de los terapeutas mayas en lo que el MIS llama epidemiología sociocultural<sup>72</sup>, pero dicha acción solo sirve para contar y no por cambiar las relaciones que entre personal de salud y terapeutas mayas debe articularse. No se trata de que médicos comiencen a atender empacho, niños ojeados, etc., el pluralismo médico aboga por la existencia de múltiples opciones que deben articularse y establecer condiciones de igualdad.

---

72 Debe recordarse que este programa de atención primaria estuvo funcionando solamente por un año y en algunas comunidades todavía sigue implementándose, es necesario convencer al personal de salud, lo importante que es la atención de la salud con pertinencia cultural.

## Un proyecto de investigación que intenta dar respuestas. Una sola terapia para varias formas de enfermar: kasilab' kipan / b'enaq pamaj / descompostura / caída de la matriz.<sup>73</sup>

### El punto de partida:

En Guatemala la diversidad de sus habitantes se origina en las culturas mesoamericanas y termina de conformarse en el proceso de conquista que incorpora el elemento hispánico de la colonia. El país se caracteriza por ser una sociedad multicultural y plurilingüe, porque conviven muchos grupos de personas que tienen diferentes culturas e identidades.

La diversidad cultural es un tema que obliga a los Estados a re-plantear constantemente sus políticas públicas ya que es necesaria la inclusión del multiculturalismo y la interculturalidad como ejes transversales de dichas políticas. Ese carácter multicultural que existe en la mayoría de los Estados, provoca el surgimiento de diversos conflictos.

En ese camino de proponer políticas interculturales y de crear pluralismos verdaderos en Estados multiculturales es interesante mencionar el caso de Guatemala respecto a la inclusión de la interculturalidad en la atención de la salud de los pueblos indígenas.

La adecuación cultural de los servicios de salud es una estrategia y política que se ha implementado muy lentamente en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social -MSPAS-

de Guatemala en comparación con otros países latinoamericanos.

ISIS es la primera ONG en Guatemala que utiliza una estadística sobre padecimientos no bio-médicos, atendidos en su mayoría por terapeutas tradicionales. En la misma línea Médicos Descalzos también tiene un registro de los padecimientos que atienden algunas de las comadronas que pertenecen a la Asociación de Comadronas del Quiché.

Desde hace 10 años en el área de salud del IDEI, se ha venido trabajando en la prácticas y representaciones de algunos padecimientos que tienen su origen en la cosmovisión maya, esto se ha hecho con la intención de acercarse a comadronas y curanderos/as que trabajan en las comunidades con trabajadores de salud, para ir construyendo un diálogo que arranca en la lógica terapéutica del diagnóstico (síntomas y signos), continuando con la aplicación de una terapia. Ello con la idea de crear pluralismos de salud entre la bio-medicina y la lógica de los terapeutas tradicionales.

En una primera aproximación, se obtuvieron algunas ideas del padecimiento llamado movida/caída de la matriz en Rabinal, Baja Verapaz, pero no fue, hasta que se presentó a la Dirección General de investigación un

<sup>73</sup> Este capítulo se ha realizado de la fusión de los siguientes artículos: "Lecturas necesarias para políticas multiculturales de salud en Guatemala" EN: Revista de Estudios Interétnicos No.24, Año 19, Diciembre 2013. Pp. 44-72. Y del artículo: "Una sola terapia para varias formas de enfermar: kasilab' kipan, b'enaq pamaj, descompostura, caída de la matriz" EN Revista Estudios Interétnicos, No.27, Año 2016 pp.81-97. Autorización Carta IDEIPI214-2022.

proyecto sobre el tema que tuviera como estrategia metodológica trabajar en las comunidades donde éstas ONG'S operan y con las comadronas que pertenecen a dichos programas.

La diversidad cultural a la que se hace referencia es fundamental para la atención de la salud, es así como la bio-medicina maneja una clasificación de las enfermedades desde su lógica biológica, mientras que los padecimientos que se manifiestan en las comunidades responden a las representaciones que sobre la cosmovisión manejan los terapeutas y sus habitantes.

En ese escenario algunos síntomas y signos coinciden, pero no por ello se puede hacer una simple asimilación de la lógica bio-médica a las representaciones e ideologías de los conjuntos sociales.

Este capítulo en particular presenta el padecimiento llamado: prolapso uterino desde la lógica bio-médica, expone su atención y tratamiento por las comadronas. Pero también presenta datos desde la ideología y las representaciones de la teoría del cuerpo que tienen los conjuntos sociales y que llaman a dicho padecimiento: movida-caída de la matriz o descompostura.

Durante los años 2012 y 2013 se lleva a cabo la investigación titulada: La atención de la movida-caída de la matriz y el prolapso genital; el quehacer de los terapeutas tradicionales y del personal de salud: Elementos para políticas interculturales de salud<sup>74</sup>.

El presente capítulo presenta los hallazgos de dicha investigación, sin embargo es necesario establecer que desde la óptica bio-médica éste padecimiento se caracteriza por el descenso de los órganos pélvicos en las mujeres.

El prolapso genital en Guatemala suele ser detectado por dos importantes sectores. Uno de ellos se agrupa en los casos que

provienen de una consulta ginecológica en los ámbitos públicos y privados, en éste grupo la mayoría se resuelve por la vía operatoria de la histerectomía.

El otro grupo que ha sido poco estudiado y del cual no se poseen datos estadísticos corresponde a la población rural con poco acceso a los servicios de salud, en esta población de mujeres el padecimiento es atendido por la comadrona y la connotación de la enfermedad está enmarcada en una representación diferenciada del cuerpo humano.

Los interrogantes de la investigación fueron: ¿Los terapeutas tradicionales diagnostican el prolapso genital?, ¿Cuál es la sintomatología que manejan?, ¿Cuál es el imaginario social para la representación llamada movida-caída de la matriz?, ¿Cuál puede ser la articulación entre la movida-caída de la matriz y el prolapso genital?

El objetivo de la investigación fue analizar las estrategias de diagnóstico, cura y tratamiento que surgen en las comunidades rurales guatemaltecas para la atención del prolapso genital y la caída o movida de la matriz.

La metodología utilizada fueron grupos focales con comadronas, también se realizaron entrevistas en profundidad a madres de familia y comadronas.

Las comunidades de estudio fueron; en el Altiplano, la sede de Médicos Descalzos en el municipio de Chinique, departamento de El Quiché.

En el área de la boca costa; se trabajó en las aldeas de Tzampoj y San Miguelito del distrito de Guineales del municipio de Sta. Catarina Ixtahuacán, departamento de Sololá.

En el área de oriente se trabajó en los municipios de San Juan Tecuaco, Viñas y Nueva Santa Rosa del departamento de Santa Rosa.

<sup>74</sup> Esta investigación fue cofinanciada por la Dirección General de Investigación y el Instituto de Estudios Interétnicos, ambas instituciones de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

En las comunidades en donde se habla el idioma maya K'iche' fueron: aldea Tzampoj, San Miguelito y en la sede de Médicos Descalzos de Chinique, mientras que en San Juan Tecuaco, Viñas y Nueva Santa Rosa se habla el idioma castellano.

La intención de realizar el estudio en estas comunidades se debe a que Guatemala es una sociedad pluricultural y su diversidad lingüística es evidente, pero existen elementos de cohesión respecto de las representaciones que se tienen sobre el cuerpo humano, en ese sentido la movida o caída de la matriz, descompostura responde a la misma representación.

En las aldeas de Tzampoj, San Miguelito y en el municipio de Chinique, opera un programa de atención en salud con pertinencia cultural. Esto quiere decir que los trabajadores de salud laboran conjuntamente con los terapeutas tradicionales e intentan visualizar el trabajo realizado por ellos. Es así como los centros de salud y las Organizaciones No Gubernamentales, tienen registros respecto de la epidemiología socio-cultural de los padecimientos.

En el distrito Guineales (aldeas de San Miguelito y Tzampoj) que pertenece al municipio de Sta. Catarina Ixtahuacán, para el año 2011 se tenía que el dato de un total de 213 casos de caída de matriz. Este fue extraído de la Base de Datos de la Instancia Nacional de Salud (01/01/2010 – 31/12/2010), tomada del informe generado por ISIS. De ese total de 213 casos, 204 corresponden a mujeres y 9 a varones.<sup>75</sup>

Para el departamento del Quiché en el registro de atenciones que maneja Médicos Descalzos y que está a cargo de la Asociación de comadronas, se reportó que en 8 meses comprendidos entre el 2012 y 2013 hubieron un

total de 944 casos de descompostura o caída de la matriz.<sup>76</sup>

Para el área de Santa Rosa, no se tienen datos respecto de la atención que se hace de la caída-movida de la matriz.

### **¿Qué es el prolapso genital? y ¿qué es kasilab' kipan, b'enaq pamaj, descompostura o caída de la matriz?:**

Llama la atención que el padecimiento llamado descompostura o caída de la matriz sea el padecimiento que se encuentra en las primeras demandas de atención a comadronas por las mujeres, también sorprende que el padecimiento sea referido no solamente a mujeres, sino también a los varones.

De acuerdo a la normativa y manuales que se elaboraron en el Instituto de Salud Incluyente –ISIS– para recolectar información sobre ese padecimiento. Explican que la caída de la matriz: “ Es una de las enfermedades de filiación cultural (Maya Populares) más comunes que enferma principalmente a las mujeres en edad fértil (MEF), siendo el período del puerperio y post aborto los más sensibles; de causa relacionada con la teoría frío-caliente, la teoría de la ruptura del equilibrio mecánico del cuerpo (Movimiento brusco, cargas y trabajos pesados), la pérdida de prácticas de prevención propias de la cultura maya (Fajarse en el puerperio inmediato), o en relación a la teoría de intervenciones sobrenaturales; todo ello provoca la alteración de lugar del órgano o “piso pélvico”. (ISIS, s.f:1).

Esa definición dice que es una enfermedad de filiación cultural, pero en el manual no se tienen datos respecto de su sintomatología, diagnóstico y tratamiento, ya que de acuerdo a la OMS-OPS, todas las enfermedades de

75 A pesar de que este programa insiste en decir que trabaja con el componente de pertinencia cultural, es erróneo hablar de movida de la matriz en varones, será necesario utilizar otra categoría para nombrar el padecimiento al que se quiere hacer referencia. El presente artículo explica más adelante el tema.

76 Tomado del informe de avances relativos a los indicadores del proyecto: “Mejora de los servicios de atención en salud sexual y reproductiva y medicamentos esenciales” de Médicos descaltos, agosto 2013.



filiación cultural se definen como tales, porque cumplen con esos tres requisitos.

Es necesario presentar la definición bio-médica del prolapso genital, para hacer una comparación de las definiciones. Prolapso genital: "es la exteriorización de los órganos pélvicos por la vagina. Este se origina por la debilidad de los tejidos de soporte pélvico y de la pared vaginal, ello provoca que dichos órganos desciendan a través del punto débil de la vagina y se insinúen al exterior recubierta por ella." (Gómez, 2011:s.p.)

Es importante mencionar que éste no se ha catalogado como una enfermedad sino como una alteración propia del tejido que sostienen los órganos, motivo por el cual no se espera una rápida intervención por parte de la bio-medicina en comparación con un paciente que requiera de una cirugía del apéndice.

Al hacer la comparación de entre definiciones, se observa que se parecen mucho y no hay diferencia entre ambas. Ello se deduce porque los médicos siempre intentan encontrar una enfermedad similar entre la clasificación bio-médica que tienen. En esa lógica bio-médica no encaja de ninguna forma los mal llamados síndromes de filiación cultural. Es así como, no se entiende el por qué los terapeutas tradicionales atiendan en un varón la caída de la matriz.

Para poder explicar el padecimiento llamado: kasilab' kipan o b'enaq pamaj, descompostura o caída de la matriz es necesario explicar la percepción diferenciada que sobre el cuerpo humano tienen algunos conjuntos sociales.

### **La etimología de los órganos que se usan en la bio-medicina vrs. la percepción del cuerpo humano y los idiomas mayeses:**

Para comprender la percepción que se tiene sobre el cuerpo humano es necesario recurrir al origen etimológico de las palabras. Por ejemplo la palabra estómago procede de la palabra griega (stoma) que significa boca.

La palabra intestinos procede del latino intestina que significa las entrañas, es un adjetivo que se utiliza para decir lo que está en el interior.

La palabra hígado procede de la castellanización del latín "ficatum" el cual viene de "ficus", o sea "higo", esto se debe a que los romanos les gustaba engordar a los gansos con higos para que se les hinchará el hígado, es así como equívocamente en castellano se toma la palabra "ficatum" para referirse al hígado y no la palabra "yecur" que es hígado en latín.

La palabra matriz viene del latín matrix que se deriva de mater (madre) más el sufijo -trix-, que significa agente femenino, usado para crear adjetivos y sustantivos femeninos de quien realiza una acción.

Todos los idiomas que se hablan en el mundo han tenido una larga historia, que es tan antigua como el proceso evolutivo del hombre. Existen similitudes y préstamos de palabras entre los idiomas, ello se debe a que la evolución de los idiomas ha sido diferente. Por ejemplo la mayoría de las palabras que se utilizan en la ciencia como los órganos del cuerpo humano, la clasificación de animales y plantas, etc. tienen su origen en el latín y el griego.

Este hecho; explica por qué, muchas culturas no tuvieron el tiempo suficiente para explorar el cuerpo humano y comenzar a nombrar a las partes internas del cuerpo, es claro que en todos los idiomas existen palabras para designar las partes externas del cuerpo (ojos, brazos, piernas, dedos, etc.), pero en muy pocos idiomas existen nombres propios para designar a las partes internas del cuerpo humano. Esta es la razón por la cual, muchas palabras tienen un origen en el griego y en el latín.

Cuando se buscan los indicios sobre los términos que se usan para nombrar a los órganos internos del cuerpo humano, en el idioma castellano encontramos caminos similares, como estos:

A.- La derivación de una palabra que se utiliza para una parte visible del cuerpo, para nombrar

un órgano interno, por ejemplo la palabra boca, es lo mismo que estómago.

B.- La derivación externa de los órganos reproductivos femeninos y el uso de sustantivos-adjetivos referidos a lo femenino, por ejemplo el uso de mater y trix, para nombrar la matriz.

C.- El uso generalizado del significado “dentro”, para nombrar lo que no es visible por fuera, por ejemplo uso de intestinos, por “entrañas”.

Esa lógica explicada en los incisos a, b y c, nos remite a que no hay mucha originalidad en el momento de nombrar los órganos internos.

De igual forma en los idiomas mayenses encontramos palabras que se refieren a todas las partes externas del cuerpo (nariz, orejas, piernas, manos, etc.), pero son pocas las palabras que hacen referencia a lo interno o lo de adentro del cuerpo humano, de esa forma el cuerpo humano se va seccionando y delimitando a los términos o palabras existentes en los idiomas mayenses.

Para comprender una visión diferenciada del cuerpo humano respecto de los parámetros bio-médicos es necesario explorar el imaginario social y el uso de la lingüística de los idiomas mayenses.

Para el idioma K'iche' el término pamaj se usa para nombrar a todos los órganos que están en la parte interior de la cavidad abdominal.<sup>77</sup> Se utilizan las palabras: uchuch pamaj, upam, kipam para referirse al lugar donde se ubica la matriz, el estómago, el hígado. Las comadronas explican así la anatomía:

*“...pero qué tal si hay dolor (weneqaq'axowne le utzal), es posible que sean las mangas del uchuch pamaj, (le uq'ab' le uchuch pamaj) que tengan adentro dolor, porque a veces, un quiste sale en el corazón del uchuch pamaj y hay veces que los quistes*

*salen en las mangas del uchuch pamaj, un quiste es como un mezquino, le decimos, como una especie de roncha que de repente le sale ahí en el corazón y manga del uchuch pamaj” (Comadrona Chinique).*

*“Lo que yo sentía era que mi uchuch pamaj corría hacia un lado o se encontraba en otro lado, o se encontraba aquí o en este otro lado (señala con la mano). Si jalaba mi uchuch pamaj aquí, se sentía que estaba inflamado y eso causaba dolor. Entonces, eso fue lo que me pasó y lo que dicen es que a veces nuestro uchuch pamaj camina por otros lados.” (Comadrona Chinique)*

*“Yo le dije que lo que le pasó, fue que se le movió o se le fue el estómago por la fuerza que hizo, eso no tiene que ver con que sea hombre. El estómago está aquí, el uchuch upam le decimos nosotros (hace señas con la mano).” (Comadrona San Miguelito)*

*“Lo que quiero comentar es respecto al caso de los hombres kasilab' kipam (que se les va el estómago). ...yo le digo a mi esposo que lo que pasó a ese muchacho es que el estómago está mal (xub'an k'ax le upam)”. (Comadrona Tzampoj)*

*“Yo le digo que lo que tienen es que se les movió el estómago, les digo, su matriz se salió de su lugar, les digo, o sea, el uchuch kipam. Entonces, yo empiezo a arreglar el estómago como juntándolo (hace señas con la mano).” (Comadrona San Miguelito)*

En los testimonios se aprecia el uso de varias palabras: estómago, matriz, uchuh pamaj, kipam y upam, esto evidencia precisamente que a dicha parte del cuerpo se le nombra de distinta forma.

Otro elemento importante de tomar en cuenta y que se relaciona con el uso de la lingüística es la cosmovisión respecto del ombligo como un centro anímico (Villa Rojas, 1980; López

<sup>77</sup> En la investigación participaron algunos ajq'ija', ellos explican que existe el Aj pamaj a quienes se les llama también “sobadores de estómago”.

Austín, 1995; Viesca, 1997<sup>78</sup>; Espinoza Villatoro, 1999; Romero López, 2006; Consejo Mayor de Ancianos Mayas, 2016) “el ombligo es un punto importante en el equilibrio anímico de las personas.” (Romero, 2006 p.118), mientras que el Consejo Mayor de Ancianos Mayas dice: “El cerro sobre la cintura del niño representa el Espíritu original que aún carece de materia o carga energética. Al momento de ser concebido y nacer, el espíritu toma materia y marca el símbolo del uno en el ombligo. Este punto representa el primer nivel energético.” (Consejo Mayor de Médicos, 2016 p.64)

Tomando en cuenta el análisis lingüístico, el resultado de las entrevistas y grupos focales de la investigación como las referencias que hay respecto de dicha parte del cuerpo, es importante concluir que: alrededor del ombligo se localiza un centro energético.

Entre la población guatemalteca que no hablan los idiomas mayas, las mujeres hablan del imaginario llamado “cuajo”<sup>79</sup>. Las mujeres lo explican así:

*“El cuajo es una cosita que tenemos aquí mire... que por lo menos verdad, cuando uno tiene vacío en esta parte de aquí, esta vacío todo esto de aquí, y está embotado”. (Madre de Palín).*

*“Es el que cose las cosas. Porque si fuera solo la tripa pasa todo el largo (Se ríen las señoras)”. (Grupo Focal Jumaytepeque)*

*“El cuajo aquí, en la punta donde llega el rincón de la tortilla. Arriba del ombligo. Aquí. Cuando está normal, entonces como el cuajo tiene su salida para acá. Es donde sale la alimentación, tiene su salida para acá ve. Con que aquí, tiene congelada y tiene tres dobleces. Sí. En las tripas.” (comadróna Jumaytepeque)*

*“Los animales tienen cuajo. Está pegado con la bolsa del librillo, ese está cociendo*

*la comida y está pasando la comida a las tripas, tiene un tubo así mire, allí pasa para la mera panza, yo porque he comprado por eso le digo. (Risas). Entonces fíjese que así mire, es el grueso de la tripa del librillo y pasa para la panza y sale ella para la tripa, viera que así es. Todo animal y todo humano tiene su cuajo.” (Grupo Focal Jumaytepeque)*

De esta cuenta tenemos evidencia que tanto en conjuntos sociales hablantes de k'iche' y en otros hablantes de castellano se tiene una percepción diferenciada referida a la parte abdominal del cuerpo humano.

Esa percepción sobre la existencia de un centro energético alrededor del ombligo es necesaria para poder entender los diversos padecimientos que se ubican en dicha parte del cuerpo humano.

Ese contexto sobre el cuerpo humano es una aproximación para entender el padecimiento, sin embargo es necesario también referirse al concepto que sobre la enfermedad manejan los conjuntos sociales guatemaltecos.

La salud se entiende como un equilibrio perfecto que tiene el ser humano con la naturaleza y todo lo que le rodea, “...la importancia de mantener el equilibrio en la vida, al mantener un comportamiento correcto para gozar de buena salud y evitar caer en enfermedades” (Consejo Mayor de Médicos, 2016 p.76), en esa lógica la enfermedad se da porque ese equilibrio se rompe.

En el año de 1973 el médico Juan José Hurtado utiliza la categoría: Principio de la ruptura del equilibrio para nombrar a determinados padecimientos que sufre la población indígena. (Hurtado, 1973).

Tomando de base la ubicación de algunos órganos en el cuerpo humano, la enfermedad se da porque un órgano es desplazado de su

78 Carlos utiliza la categoría centro energético.

79 Los datos que se presentan son resultado de la investigación que se realizó en el departamento de Santa Rosa y de en el municipio de Palín, Escuintla.

lugar normal. Esa lógica es lo que da sentido a las expresiones que utilizan las madres de familia respecto de algunas enfermedades que se sufren: “se cae la mollera”, “se cae el cuajo”, “se caen las barrillas”, “se cae, se mueve la matriz”.

En esa lógica el padecimiento llamado kasilab' kipan, b'enaq pamaj, descompostura o caída de la matriz se explica porque el origen de la enfermedad se debe a que el pamaj se ha movido de su lugar debido a un resbalón, una carga pesada, por brincar. Tomando de base la lógica de que el órgano se ha desplazado de su lugar, su terapia consistirá en regresarlo a su lugar.

Tomando en cuenta éstos dos apartados; definición del prolapso y la etimología de los órganos del cuerpo, la investigación parte de la aparente relación entre éstos dos, pero es determinante entender toda la lógica del proceso salud, enfermedad, atención en torno a ellos. Esta ha sido la intensión de éstos dos apartados, en el siguiente se expone la terapia que aplican los terapeutas tradicionales para dicho padecimiento.

### **El padecimiento llamado kasilab' kipan, b'enaq pamaj, descompostura o caída de la matriz**

El uso del idioma k'iche' cambia en las diversas regiones de Guatemala, de esa cuenta en las dos aldeas de Sta. Catarina Ixtahuacán y en el municipio de Chinique, el padecimiento es nombrado de forma diferente.

En el área de Ixtahuacán lo llaman: kasilab' kipam / chaquij pamaj, mientras que en Chinique le dicen b'enaq pamaj o kb'e kipam, solo en Chinique se utiliza la palabra “descompostura” en idioma castellano para dicho padecimiento.

En el idioma k'iche' los términos pamaj / pamaaj / paam hacen referencia al vientre, la panza, barriga, abdomen, pero también se utiliza la expresión: upamm para decir fondo de barriga, panza, vientre, ya que upa es fondo, adentro,

interior. Sin embargo el uso del idioma cambia de región en región.

La investigación se basa en una metodología cualitativa motivo por el cual no se pretende generalizar los hallazgos de un lugar con los del otro, esto se demuestra en el hecho de que el mismo padecimiento es nombrado de diferente forma en un lugar y en el otro, sin embargo lo que no cambia de región en región es la sintomatología y terapias aplicadas por los terapeutas.

El diagnóstico de un terapeuta tradicional no se circunscribe a la interrogación de síntomas y signos, sino también busca una causalidad de la enfermedad, intentando determinar si hay una transgresión de la normatividad que haya podido provocar ese desequilibrio y como consecuencia del mismo el surgimiento de la enfermedad.

Tomando como base esa lógica del padecimiento “la descompostura”/b'enaq pamaj /chaquij pamaj; ocurre porque las personas cargan cosas pesadas, por una caída o resbalón brusco que sufre la persona, también porque las personas se montan en vehículos que saltan mucho, porque los jóvenes saltan en la clase de educación física, de un árbol muy alto, etc.

*“Eso es lo mismo con las demás personas, también se les baja el estómago debido a que ellos hacen trabajos pesados donde levantan cosas pesadas. Estos casos también los atendemos porque es nuestro trabajo y eso lo saben las compañeras. Entonces, yo les digo a ellos que tengan cuidado, que ya no estuvieran levantando cosas muy pesadas, ya no lo hagan, les digo; cuando van a cortar café no pongan la canasta aquí a un lado, ni en el otro. Pero ellos no hacen caso, no hacen caso”* (Grupo focal San Miguelito)

*“...porque van a sentir, se me bajó”, me dice, ¿Dios mío!, mujer qué te pasó, le pregunto yo, ella me dijo que se cayó y eso fue*

*confirmado por la mamá quien dijo que sí tuvo una caída, me dice ella.” (Grupo focal Tzampoj)*

*“Peor aun cuando somos tan jovencitas, sin tanta pena, nos gusta correr o brincar bastante y eso hace que se mueva nuestro estómago porque somos mujeres.” (Grupo focal Chinique)*

*“Lo otro es cuando ellos aún son adolescentes o jóvenes, a veces juegan brincando, tirándose, saltándose, todo eso hace que se les caiga el pamaj. Eso es lo que yo he visto y es lo que le ha pasado a un hijo mío.” (Grupo focal Chinique)*

El origen de la enfermedad se debe a que el pamaj se ha movido de su lugar por un resbalón, por una carga pesada, por brincar. Tomando de base la lógica que el órgano debe regresar a su lugar la terapia consistirá en dicha acción.

La población que se ve afectada por ese padecimiento es la siguiente de acuerdo como lo explican algunas de las comadronas:

*“Yo le dije que, lo que pasó fue que se le movió o se le fue el pamaj por la fuerza que hizo, eso no tiene que ver con que sea un hombre.” (Grupo focal Chinique)*

*“Esa enfermedad afecta tanto a las adolescentes, a las mujeres solteras, a las que tienen o no tienen hijos, es decir, afecta a todas por el tipo de trabajo que hacen, es por el tipo de trabajo, así es.” (Grupo focal Tzampoj)*

*“Los niños, las niñas padecen de eso también, porque en la escuela los ponen a jugar pelota, a veces dentro de la misma casa llegan a tener algún accidente.” (Grupo focal San Miguelito)*

Algunos testimonios del área ladina y xinca de Santa Rosa, hablantes de castellano, explican ese mismo padecimiento en los varones, pero lo llaman desvince

*“No podía caminar, viera porque decía que se había desvinzado había hecho una mala fuerza dice, y se puso bien hinchado dice. El caminaba así bien abierto.” (Comadrona de Sta. Rosa).*

*“Él no le tiene confianza a ninguno, sólo a mi persona. Fíjese que él tuvo una caída, él me dijo, mamá yo me siento mal y solamente usted, me lo puede hacer, yo tengo confianza en usted, no se la tengo a otra persona, será que usted lo puede hacer. Claro que si le dije, claro que sí, ¿quiere verme? Sin mentira sus testículos estaban inflamados del gran resbalón que llevó como dicen bien desvinzados, ellos infección tenían, ¿sabe que hice? Colgarlo tres días y lo faje bien fajado, y con lienzos de vinagre mire, calentito el vinagre, Dios primero y eso anda andando ese hombre así. Se curó sólo con lienzos de vinagre sí, fajado tres días.” (Comadrona de Sta. Rosa).*

*“La palabra se llama desvinzar los hombres. Porque fíjese que yo en mi familia pasó un caso con un mi hermano, él estuvo acarreado sacos de abono, sacos de café, entonces yo digo, que tal vez fue mucho el trabajo y él cuando mi papá se dio cuenta, a él le bajó un dolor aquí pero mi papá siempre lo siguió cargando verdad y él con el dolor aquí. ...y él al verlo así, el agarró del trabajo, porque ellos estaban trabajando aquí por el Pescador de aquí para abajo, y dice que el pidió la ayuda y lo llevaron para el hospital y allá lo fue a curar.” (Comadrona de Sta. Rosa).*



Las fotografías corresponden al grupo focal que se hizo en Viñas.

No se pretende hacer un juicio de los testimonios brindados por las mujeres, referidos a la veracidad, sino el análisis está referido a la connotación que sobre el cuerpo humano tienen.

El padecimiento se origina al hacer un gran esfuerzo para levantar una carga pesada, eso provoca “un desvinco” en los varones, que para el caso de las mujeres es llamado movida de la matriz, padecimiento que se dá por el excesivo esfuerzo de cargar leña, hacer el oficio, etc. En esta área la terapia consiste en colgar de las piernas a los enfermos para hacer el masaje y poder poner la faja.

Al plantear la pregunta ¿cuáles son las señales para saber que una persona está enferma de b'enaq pamaj /chaqij pamaj? Todas las respuestas coinciden, explican que la persona que sufre esta enfermedad reporta: dolor en el área abdominal, también en pies y “camotes” (músculos gemelos de la pierna), las comadronas más expertas palpan el área abdominal para poder hacer un diagnóstico, los enfermos reportan falta de apetito y cansancio. La comadrona intenta saber qué pasó, si hay algo (una transgresión de lo normal) que haya podido provocar ese desequilibrio que causa la enfermedad.

Tomando de base que el órgano se ha desplazado de su lugar, su terapia consistirá

en regresarlo a su lugar, para ello es necesario el uso de los siguientes materiales: jabón de coche o pomada (alcanforada, aceite) para el masaje, también se usa el temascal.

La terapia consiste en levantar y regresar a su lugar; por medio de un masaje. Las partes del cuerpo que se masajea es área del abdomen, la planta de los pies y los “camotes” (músculos gemelos de la pierna). Algunas comadronas explican:

*“Entonces, cuando se empieza a tratarlo mediante la sobada se compone. Ahora bien, las cosas que se usan para curar eso, en el caso mío, por ejemplo, yo uso el jabón de coche, es decir, el jabón negro porque es más resbaloso, lo cual te permite sobar bien los pies, te permite darle golpecitos en la planta de los pies y te ayuda a estirar bien las piernas. Para eso tienes que buscar un lugar que no esté muy plano, debes de colocar debajo del paciente alguna chamarra para que haga bulto. Para eso debes de usar jabón de coche con agua caliente para hacerle la sobada. Ahora bien, si el estómago no se mueve, pues, así como nosotros aquí en nuestra cultura, nos metemos al temascal y es la misma persona que lo está atendiendo quien entra con la persona en el temascal.” (Comadrona Guineales).*



En las fotografías se puede apreciar la técnica del masaje que se utiliza para hacer la terapia, se comienza en el pamaj y se continúa hacia los camotes y plantas de los pies.

El último paso de la terapia es el uso de una faja para inmovilizar el área tratada.

*"Se le aplica la terapia durante tres veces, un día sí, un día no. Por ejemplo, hoy lo curo, mañana no, pasado mañana sí, así sucesivamente. Además, tienes que fajarle el estómago colocándole una tela abajo para que no se lastime el estómago, porque a veces nosotros nos cuidamos más que las mujeres."(Curandero, Chinique).*

*"cuando se va el pamaj, es importante volver a levantarlo para que regrese a su lugar, en ese sentido la atención es en el temascal porque esa es nuestra costumbre. Es en el temascal donde se le calienta el pamaj a la paciente y después de eso se les faja el estómago, amarrándolo."(Comadrona, Chinique).*



La terapia concluye colocando la faja como se puede observar en las fotografías.

En los lugares en los que se llevó a cabo la investigación, la terapia que se aplica para la descompostura, caída o movida de la matriz, kasilab' kipan, b'enaq pamaj es la misma, sin embargo es importante explicar que la enfermedad la sufren tanto varones como mujeres, motivo por el cual en Chinique, se utiliza la palabra «descompostura» en castellano como la correcta traducción de las expresiones en k'iche', kasilab' kipan y b'enaq pamaj.

El padecimiento llamado b'enaq pamaj / chaquij pamaj/"descompostura" es asunto de comadronas y curanderos/as, la población no acude con un médico para curarse de este padecimiento.

La terapia que se aplica es la representación del imaginario social para dicho padecimiento, no importando si la enfermedad se presenta en hablantes de castellano o de idiomas mayas. La terapia es la misma y el conocimiento de la terapia está a cargo de comadronas o especialistas de la medicina maya.

### **La aparente relación encontrada entre el prolapso genital y la descompostura, caída o movida de la matriz, kasilab' kipan, b'enaq pamaj**

El padecimiento llamado b'enaq pamaj, kasilab' kipan, descompostura, caída o movida de la

matriz es un padecimiento diferente a lo que es el prolapso uterino.

El prolapso uterino en la lógica de las comadronas solo sucede en mujeres, esta es la razón por la cual todos los testimonios están referidos a casos de mujeres. El síntoma reportado por todas las mujeres que atienden ese padecimiento es que visualizan la matriz por el hoyo de la vagina.

*"Esta señora levantaba unas piedras, hizo un lavadero entre el río, pero esa señora me conto a mí y fijese que ella dice que se miraba en un espejo, ella lloraba y se miraba la cosa, pero ni al esposo le dijo, al fin la llevaron a un hospital a operarla por allí por la Máquina (pueblo), por allí la operaron, solo un año vivió y se murió, pero dice ella que ya la tenía blanca porque ya estaba muerta la matriz, ella blanca la tenía, la operaron, pero ya muy tarde."* (Comadrona de Sta. Rosa).

*"...incluso aquí hubo una señora que ¡huuu! tardó con eso así fijese y entre ya con el tiempo se le fue bajando más y más y le colgó como esto...y le agarro mal color a la matriz y le agarro mal olor, pero la señora nunca quiso ir, nunca, porque unas le decían que le iban a abrir el estómago y un montón de cosas que otras personas le dicen."* (Comadrona Sta. Rosa).



*"Conozco el caso de una señora a quien le salió la matriz, se le salió muy parecido a xaqxich'il chapanaq, estaba salido. Entonces me llamaron para ir a ver el caso." (Comadrona Tzampoj).*

*"Xeloq' rupam no es una descompostura, es lo que llamamos matriz caído o fuera de lugar. Cuando esto pasa lo que hacemos es metérselo de nuevo en el momento con mucho cuidado para no lastimar la matriz". (Comadrona Chinique).*

*"Ella me contó que cuando va al baño tenía que hacer uso de un palito y trapo blanco porque con eso regresaba la matriz. Yo le dije que no tenga vergüenza y se bañara conmigo en el temascal para ver lo que tenía. Entonces la señora me enseñó y yo identifique rápido que era la matriz como ya llevaba años con este problema, me asuste al ver como una bolsita colgándose."(Comadrona Chinique)*

En los testimonios se observa claramente que usan la palabra: "salida", también es interesante leer que algunos de los casos son remitidos al hospital, otros casos son atendidos por medio

de una terapia que es similar a la descrita en el apartado anterior.

La expresión utilizada en las comunidades de habla k'iche' para llamar a este padecimiento es: xel loq le pamaj, su traducción es: está a punto de desprenderse, también utilizan: nojim yab'il su traducción es: enfermedad lenta, otra expresión que utilizan es: xtaqloq su traducción es: ya se ha caído.

Los síntomas y signos que las mujeres reportaron para la matriz baja y la salida son los siguientes:

*"De que a veces tienen baja la matriz, y tienen que les baja orina, chorritos de orina, si uno se ríe le baja orina, si uno estornuda chorro de orina." (Madre de familia, Sta. Rosa).*

*"Viera que hay veces que me duele aquí y cuando me siento, siento que me siento en una chibola grande que me lastima así por dentro y hay veces que se me hincha el estómago, me duelen mucho las piernas, mucho la cabeza, aja esos son los malestares que yo siento" (Madre de familia, Sta. Rosa).*

#### FOTOGRAFÍAS No. 21 y No.22



Grupos focales que se realizaron en Tecuaco.

En los testimonios se observa que las comadronas manejan una sintomatología muy similar a la reportada por los ginecólogos: pérdida de orina por incontinencia, reporte de una sensación de tirantez no dolorosa en los genitales. Pero llama sobremanera la atención; los conocimientos patológicos que tienen esas mujeres respecto del padecimiento, la empatía que tienen con sus pacientes y la falta de medicinas que hay en los lugares.

*"Ya sobre la cama le elevó la parte trasera y con los guantes ya puestos en mis manos comencé a meterle o introducirle la matriz para que vuelva a su lugar, así lo hice (hace señas con la mano). ¿Qué use yo para eso? Como no contamos con medicina, ni remedio aquí, lo único que usé fue el jabón negro, yo le pregunté a ella si tienen jabón negro, me dijo que sí tiene. Luego, la mamá fue a traer agua caliente. Seguidamente, le subí los pies hacia arriba y le comencé a hacer así (hace los movimientos con la mano) dando golpecitos en la planta de los pies, de ahí la fui sobando así hacia abajo hasta llegar al estómago. Luego junte bien el estómago. Le pregunto ¿aguantas un poco si te amarramos / fajamos? Ella dijo que sí aguanta. Ante esa respuesta le dije que está bien y le amarré porque ya la matriz ya llegó en su lugar. Pero el amarrado tiene que ser muy tanteado. Como este amarrado, le dije, ya no va a volver a bajar la matriz, porque es gorda, es cierto dice. ¿Qué te hago? La sobé, la sobé, la sobé todo lo que es el estómago, la sobé, la sobé, la dejé bien juntado y finalmente la amarré. Similares a ese caso me he encontrado con muchas, fíjese." (Comadrona Tzampoj).*

*"Tuve otro caso el de una señora, ya mayor de edad cuando me mandó a llamar yo llegué y me dijo que tenía mucho dolor cuando yo la examiné me di cuenta que se le había caído la matriz ella me comentó que se había caído un día antes pero no era cierto porque tenía muy inflamado el*

*estómago por eso me di cuenta que no había sido un día antes sino más tiempo (palpa con la mano la matriz baja). En este caso ya no quise atenderla, sino que la mande al hospital para ser atendida por un médico especialista; por su estado yo ya no podía hacer nada por ella por más que yo hubiera querido ya no estaba en mis manos." (Comadrona Chinique).*

*"Si, sí las guindan, hay personas, yo nunca, es como le digo yo que del tiempo que soy comadrona le digo yo de meter mano no." (Comadrona Sta. Rosa).*

Las comadronas regresan a su lugar la matriz, re-introduciéndola y siguiendo la misma terapia explicada para kasilab' kipan, b'enaq pamaj, caída o movida de la matriz.

Acuestan a la mujer con la cabeza en una parte baja y las piernas en alto, si la matriz está por fuera la introducen de nuevo, para introducir la matriz pueden colgar a las mujeres, después de esa maniobra les colocan una faja y las ponen en reposo por varios días. Sin embargo, es importante mencionar que muchas comadronas dijeron que ellas remiten y no atienden ese tipo de padecimientos.

Para entender por qué algunas mujeres prefieren ser tratadas por comadronas en vez de trabajadores de salud o personal médico, es necesario explicar que muchas de estas mujeres son mayores de edad, tienen un tabú importante sobre su sexualidad y no quieren ser tratadas por un varón, viven en lugares muy lejanos a los hospitales y centros de salud, no tienen los medios económicos para pagar pasajes, ni los conocimientos suficientes para movilizarse en los lugares donde hay hospitales departamentales ya que no conocen los lugares y siempre se movilizan con un miembro de la familia que pueda conducirla, es así como los gastos (de movilización y comida) se duplican.

Como ejemplificación de dicha situación, a continuación se explica el itinerario de las mujeres que decidieron operarse, pero

también se presentan testimonios de mujeres que decidieron no hacerlo. Se analizará con detenimiento esa ruta de la enfermedad.

En el siguiente testimonio, la mujer comienza sus trámites en el IGSS<sup>80</sup> de Barranquilla, pero desistió y luego comenzó de nuevo los trámites en el Hospital de Cuilapa, Santa Rosa:

*"...la iban a operar, porque ella está afiliada al IGSS, también estuvo yendo dice, pero por los pasajes, verdad, como somos de escasos recursos, le costaba viajar hasta allá por eso mejor buscó el hospital." (Hermana, de mujer operada).*

*"Ya fui con otro doctor, a la clínica tres, ahí mismo en el hospital. Primero; fui a la clínica dos de Ginecología, verdad, y en la oficina tres de este doctor, me mandaron a sacarme sangre en una clínica que no es del hospital. El doctor de ginecología, el que la examinó, él le dijo que le salía operación. El doctor, los doctores, no sé si enfermera o doctora, pero estaban dos ahí en ginecología en la clínica dos, si me dijeron que es operación. Yo me he ido solita siempre, sigo yendo sola últimamente, ya cuando me digan que me van a operar, que me van a internar, entonces si va mi hermana Tencha, se va conmigo." (Mujer operada).*

*"... ella fue como dos o tres veces primero, ya después fui yo con ella, ya cuando la internaron." (Hermana, de mujer operada).*

En este caso, la mujer es bastante independiente, conoce muy bien Cuilapa, y también la Ciudad Capital.<sup>81</sup>

El siguiente caso se caracteriza porque son varios los trámites que tienen que realizar la interesada para culminar con su proceso de operación. Se realizó exámenes de orina, sangre, eses y SIDA.

*"A pues fíjese, que el doctor lo que me dijo, que cuanto nomás yo tuviera mis exámenes, verdad, examen de orina, de sangre, de eses, de todo eso verdad, de sida y de todo eso, que me pidieron verdad, hasta que tuviera todo eso resuelto que no llegara al hospital, me dijo, pero como en ese entonces se puso la gran llovedera y vinieron los temblores, y por eso no me podían atender, o sea que no me podían internar por eso." (Mujer operada).*

Los dos testimonios hacen énfasis respecto de los trámites necesarios para la operación de histerectomía a que se someten las mujeres con prolapso uterino. Algunas veces después de haber pasado por todos los trámites hay casos en que llegado el día y por diversos motivos las mujeres no son sometidas a la operación, también se presentan algunas complicaciones como son las condiciones climáticas que pueden convertirse en obstáculos para que las mujeres puedan operarse.

Para tomar la decisión de operarse, muchas mujeres consultan con sus familiares con la intención de obtener un apoyo económico y moral como se muestra a continuación:

*"Un hijo de ella, le ayudó con el dinero para viajar, verdad, como de todos modos, pasajes y todo hay que pagarlo, incluso también le mandaron hacer unos exámenes así, no sé si uno o dos exámenes, porque no se podían hacer allí, no sé si el aparato o como, pero ya le digo, un hijo le ayudó." (Hermana de mujer operada Sta. Rosa).*

*"Si ellos me ayudaron, el grande que está en los Esclavos (pueblo), él fue el primero, verdad, que dijo que me iba a ayudar, que él quería que yo fuera, verdad, porque yo solo le conté verdad, y él me dijo que quería, que fuera al hospital, vaya me dijo, si es de operarla que la operen, miramos como le hacemos verdad, si hay que gastar.*

80 Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

81 Por razones de espacio no se colocan los testimonios, sino un resumen.

*Vaya le dije. Y me fui de veras y este otro hijo que vive aquí también, él también me ha ayudado, entre los dos me están ayudando.” (Mujer operada Sta. Rosa).*

Debido a que el proceso que culmina en la operación se hace muy largo, de uno a tres años, las mujeres en ese interín buscan alivio o no con las comadronas:

*“Si fui con una comadrona. Me puso un remedio fíjese, de alucema, ¿no conocen la alucema ustedes? un montecito. Va alucema, que hiciera una almohadita, me dio una sobada así mire, pero entonces la tenía pequeñita la primera vez, me dio una buena sobada y me puso la almohadita aquí mire, amarradita verdad, esa alucema me iba a jalar, ya no se me bajaba y de veras me curé, fíjese, tardé un tiempo así, ya curada, ya sin nada de la chibolita, al poco tiempo me volvió otra vez fíjese. La comadrona no me colgó, sino que sólo así acostada y me sobó así para arriba mire, bien sobada de ahí ya me puso la almohadita y me puso faja. Si me fajó, me vine a guardar dieta como 8 días o 15 días con faja, y de ahí me la quite y quede bien fíjese, como tarde quizá como un año o dos años buena, fíjese, ya después volví a sentir otra vez la cosita así mire”.(Mujer operada Sta. Rosa).*

*“Está una comadrona, ella me subió la cuenta, esa es enfermedad, se me baja el cuentecito y ella me sobó el estómago, ya este, así como abajo, ya me da igual la tengo abajo”.(Mujer por operar Sta. Rosa).*

El prolapso genital es un padecimiento que está íntimamente relacionado con la sexualidad de una mujer y si se hace referencia al grupo de mujeres que actualmente tienen 60 años y más, el tema de la sexualidad para ellas es una charla que evitan y provoca una gran vergüenza. Por ello una mujer que tiene ese problema es común que lo niegue.

Los testimonios siguientes presentan tres situaciones, en un primer grupo las mujeres explican el tiempo que llevan con el padecimiento, el otro grupo de opiniones son de una mujer que a pesar de tener colgando un pedazo no tiene ninguna molestia, es asintomática y finalmente ésta misma señora explica que no se operará.

*“Hay Dios, yo llevé como 8 años. Fíjese yo lo tomé en broma, yo dije; así que se quede, ¡qué! si ahora ya lo tengo peor fíjese, porque yo, cuando iba así al baño con el papel que se secaba yo sentía la chibolita, y yo decía hay ¡Dios mío!, fui donde una comadrona, yo si fui mire.” (Mujer por operarse Sta. Rosa)*

*“Tampoco hice por..., sólo le conté a una mi hermana por ahí también, a otra y ella si me dijo; anda al hospital, no lo dejes al tiempo, después con todo lo que me dijo ella, ya no fui también, lo deje otros años viera, cuando yo le conté a ella me dijo, que fuera, pero yo no fui. Hasta ahora que ya me lastima, ahora ya agarré pena fíjese.” (Mujer por operarse Sta. Rosa).*

*“Tres años tengo, ese tiempo tengo de que no me había molestado. Yo tenía el cuento ahí, pero no me había molestado, hasta ahora... hasta el año pasado me empezó a molestar, viera que me sangraba, una señora que esta por ahí con esas medicinas que ella me dio se me quitó.” (Mujer por operarse Sta. Rosa).*

*“Pues mire, yo no siento ninguna molestia, de nada, ni dolor ni nada...No viera que no, no solo cuando de veras tengo ganas de ir a orinar voy tranquila, si saber pero yo, como me han dicho tantas cosas que me han dicho.”(Mujer que no se operará).*

*“Pues a mí no me han dicho nada, no que solo fui, a ver como estaba yo, me dijeron que me iban a operar, pero como ya uno de pobre no tiene como ir, ya no fui ya. Fui como tres veces, como no hallaba qué*

*hacer para ir, hasta que al fin, hice deirme, y me dijeron que tenía que operarme y que tenía queirme a hacer unos exámenes, pero unos si fui, los más caros ya no fui, porque como ya no tenía yo ya como hacer.” (Mujer que no se operará).*

Los testimonios de mujeres con prolapso uterino son alarmantes, los médicos no catalogan ese padecimiento como una urgencia porque es claro que las mujeres llevan años conviviendo con las molestias y la espera de meses para su operación es considerable. Por otro lado, los testimonios de las propias mujeres que llevan años con ese padecimiento y debido a que no tienen pérdidas de orina, úlceras, mal olor, tampoco consideran que su padecimiento sea urgente.

Este padecimiento en particular con rostro de mujer, que se presenta en féminas con poca escolaridad, viviendo en el área rural y muchas de ellas no hablan el idioma castellano son atenuantes determinantes para que busquen soluciones alternativas al proceso de operación. El itinerario por el cual, las mujeres consiguen una operación para solucionar el prolapso genital es de 1 a 3 años. La espera es muy prolongada en el tiempo, motivo por el cual varias mujeres deciden acudir con las comadronas cuando tienen molestias y conseguir un “alivio” a sus penurias.

La terapia aplicada por las comadronas para aliviar el prolapso genital es la misma que para kasilab’ kipan, b’enaq pamaj, caída o movida de la matriz, en todos los testimonios las terapeutas tradicionales dijeron que visualizan una masa saliendo por el hoyo de la vagina. Y utilizan otras categorías para nombrar ese padecimiento.

Las comadronas que participaron en la investigación dijeron que al menos han tratado uno o más casos de prolapsos uterinos, motivo por el cual será necesario que en los cursos de capacitación a comadronas que se imparten, abrir un espacio para poderles explicar a las comadronas todo lo necesario para que ellas

puedan remitir este padecimiento hacia los médicos y hospitales.

## **A manera de conclusión**

La investigación abordó un padecimiento que afecta los músculos del suelo pélvico; el prolapso genital, pero en los conjuntos sociales investigados esta deficiencia debe relacionarse con la cosmovisión que existe respecto de la teoría del cuerpo.

La percepción del cuerpo humano relacionada con la cosmovisión mesoamericana es diferente a la bio-médica, en ese sentido son tres los elementos a tomar en consideración:

Primero en los idiomas mayenses, se utiliza la palabra pamaj, para referirse a la cavidad abdominal. El uso de esa lingüística nos remite a una mala traducción de lo que es el padecimiento llamado: b’enaq pamaj, kasilab’ kipam. En castellano los médicos y personal sanitario hacen la traducción como: caída de la matriz en varones y mujeres, esto no tiene sentido, si se quiere utilizar una traducción del padecimiento al castellano se puede usar la categoría “descompostura” como se utiliza en la región de Chinique.

Segundo de acuerdo a la cosmovisión maya se tiene como un imaginario social al ombligo como centro anímico, es un elemento de vital importancia para entender una percepción diferenciada del cuerpo humano, ya que es un lugar en donde se concentra la energía, motivo por el cual muchas de las terapias que se aplican en el cuerpo humano se concentran en esa parte del cuerpo. La percepción de su importancia en el cuerpo humano ha traspasado las fronteras los conjuntos sociales que no hablan el idioma mayense, se habla del “cuajo” como un elemento importante de tomar en cuenta en el cuidado de la salud de los niños pequeños.

Tercero se dice que la enfermedad ocurre porque los órganos se desplazan de su lugar normal. Ese imaginario social se denomina: El

principio del equilibrio mecánico del cuerpo, (Hurtado, 1973). La enfermedad surge porque algunos órganos “centros energéticos” del cuerpo humano se ven afectados al desplazarse de su lugar normal. Este elemento es necesario de tomar en cuenta para entender los padecimientos que se dan en los grupos sociales guatemaltecos.

Tomando en consideración éstos tres elementos sobre la cosmovisión del cuerpo humano se ha explicado el padecimiento llamado descompostura, b'enaq pamaj, kasilab' kipam. En esa lógica el padecimiento ocurre tanto en varones como en mujeres, ya que la enfermedad viene porque el (pamaj, estómago, matriz) se desplaza de su lugar normal, motivo por el cual la terapia consiste en regresarlo a su lugar.

La premisa que tomó la investigación fue establecer si el prolapso genital femenino está relacionado con la movida/caída de la matriz, descompostura, b'enaq pamaj, kasilab' kipam. De acuerdo al análisis de la información se determinó que son dos enfermedades diferentes, ya que en el idioma kiche al prolapso uterino lo llama: xel loq le pamaj, (está a punto de desprenderse), nojim yab'il (enfermedad lenta), xtaqloq (ya se ha caído), sin embargo lo que sucede es que la terapia que se aplica para los dos padecimientos es la misma, no importa que la comadrona sea indígena o ladina, la representación del cuerpo que se maneja es la misma, el padecimiento es distinto pero la terapia que se aplica responde a la misma lógica.

El prolapso uterino solo sucede en mujeres, esta es la razón por la cual todos los testimonios están referidos a casos de mujeres, por ello también se concluye que se trata de un prolapso uterino.

Cuando las comadronas explican que visualizan una masa muscular saliendo por el hoyo de la vagina, saben que no es b'ena q pamaj, kasilab kipam o descompostura, motivo por el que se puede remitir a la persona a un hospital, pero

otros casos dependiendo de los recursos de la mujer son atendidos por medio la terapia explicada.

Para entender las razones del por qué las mujeres prefieren ser tratadas por comadronas en vez de trabajadores de salud se explica en los condicionantes de la salud. Finalmente, para tomar la decisión de operarse, muchas mujeres consultan con sus familiares, ello con la intención de obtener un apoyo económico y moral. Debido a que el proceso de la operación se extiende de 1 a 3 años, las mujeres en ese ínterin buscan alivio o no con las comadronas.

La experiencia del programa de Médicos Descalzos que opera en Chinique del Quiché es tan exitosa que por varios años ha sido una de las comunidades en la que la mortalidad materna ha sido cero. Motivo por el cual no es coincidencia que ellos utilicen la traducción “descompostura” como b'enaq pamaj, kasilab kipam y que en sus encuentros mensuales con las representantes de la asociación de comadronas del Quiché intercambien sus experiencias remitiendo los casos de prolapso uterino a los hospitales o centros de salud.

Caso contrario es la experiencia de ISIS en el distrito Guineales de Santa Catarina Ixtahuacán que ahora en Guatemala está introduciendo el “Modelo Incluyente de Salud” MIS, porque ellos hacen una mala traducción del padecimiento como caída o movida de la matriz en varones y mujeres, utilizando así literalmente el padecimiento en su epidemiología. En las capacitaciones que dan a comadronas no tratan el tema del prolapso uterino. Se hace referencia a éstas dos experiencias con el fin de documentar que si existen intentos en Guatemala por articular los ejes de la medicina maya y la bio-medicina con políticas de pertinencia cultural. Habrá entonces que tomar lo bueno y mejorar algunas deficiencias.

En una sociedad como la guatemalteca la falta de formación en el tema de la cosmovisión es lo que provoca un atropello, una falta de comprensión y de entendimiento del otro,

no se da una comunicación entre paciente y trabajador de salud, factor que se considera indispensable en la recuperación de la salud del paciente y en la creación de una política con pertinencia cultural.

Es necesario comenzar con pequeños pasos, y pensar en el quehacer de las políticas multiculturales para la salud. En ese sentido una experiencia desde una óptica de la inclusión de los saberes y representaciones de las comadronas para realizar intercambio de conocimientos con el personal de salud son pasos que poco a poco contribuyen con una política verdadera que se remita a la realidad pluricultural guatemalteca, son pasos pequeños que desde la investigación trata de implementar el Instituto de Estudios Interétnicos de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Para finalizar es necesario hacer un análisis de la situación de salud de Guatemala, ya que algunos informes nos dicen que "se puede afirmar que en el país existe un retraso de al menos 40 años en la dotación de infraestructura fija de servicios de salud del primero y segundo nivel de atención." (Menkos:2011:73), debido a que el país tiene una deficiente red hospitalaria y una mala atención de la salud, el trabajo de los terapeutas tradicionales es indispensable y necesario, por ejemplo el 42.4% de los partos son atendidos por comadronas<sup>82</sup>, como lo

demuestran los datos, si no hay un trabajo en conjunto entre trabajadores de salud y terapeutas tradicionales, la población no tendrá acceso a la salud.

Sin embargo, ese trabajo entre esas dos partes se debe dar en forma holística, igualitaria y de reciprocidad. Por eso los trabajadores de salud deben conocer mejor las ideas y representaciones que sobre la enfermedad tiene la población en Guatemala.

El objetivo último de un pluralismo en salud es una articulación para la atención de la población entre personal de salud y terapeutas tradicionales, es necesario el uso de los idiomas mayenses para nombrar los padecimientos, y de igual forma será necesario también observar las diferencias dialectales que hay entre ellos.

El proceso de investigación y sus hallazgos nos brindan esos puentes de comunicación entre trabajadores de salud y terapeutas tradicionales. Para que esa comunicación exista el primer paso es la investigación, pero también es necesaria la implementación de una estrategia que establezca cómo se puede generar una relación de igualdad entre ambos. Pero en ese proceso también se debe tomar en cuenta la evaluación constante de una estrategia, para que en futuros procesos, la misma investigación pueda re-alimentar o cambiar las estrategias.

---

82 Por médico es de 47%, por enfermera es de 4.5% y por familiares es de 6.2%, según datos de la ENSMI 20082009

## El quehacer de las comadronas: los programas de “capacitación” y la mortalidad materna en Guatemala<sup>83</sup>

### El adiestramiento de las parteras:

Los sistemas de salud en el mundo tienen políticas de maternidad que parten de la medicalización del parto, con el fin de asegurar la supervivencia de la madre y del hijo. Debido a esas políticas los países que tienen una mayoría de población concentrada en el área rural y una alta tasa de fecundidad, se enfrentan con la problemática que los médicos no son capaces de atender la alta demanda nacimientos, motivo por el cual es necesario aceptar a regañadientes el trabajo de las parteras adiestradas<sup>84</sup> o empíricas.

En ese escenario es pertinente visualizar la problemática guatemalteca, porque el país tiene la cuarta razón más alta de mortalidad materna en Latinoamérica (OPS, 2014, s.p.). Se intenta hacer un control de la madre embarazada durante los 9 meses, evaluado las condiciones de seguridad y riesgo tanto de la madre como del niño. Dicho control debe gestionarse en conjunto y con un trato igualitario entre comadronas y trabajadores de salud, donde no exista la discriminación.

De esta cuenta los programas de capacitación y/o adiestramiento a parteras han sido elaborados y financiados por diversos organismos nacionales e internacionales en Guatemala. Sin embargo, la mayoría están pensados desde la lógica escolarizada, se dan en idioma castellano,

utilizando carteles y pizarrón, sabiendo que la mayoría de las comadronas no hablan el español, ni saben leer y escribir.

Una tendencia en las políticas públicas y de cooperación internacional para lograr la disminución de la muerte materna, ha sido la constante lucha por “adiestrar”, “capacitar”, “equipar” o “modernizar” a las comadronas tradicionales, sin que hasta ahora este esfuerzo pueda catalogarse como una solución, ya que en la mayoría de municipios en donde esta tendencia se ha intensificado no se ha logrado disminuir significativamente la alta prevalencia de muertes maternas.

Sin embargo, en un pequeño poblado del altiplano de Guatemala, se ha venido desarrollando una propuesta que busca estimular la colaboración entre el sistema de salud oficial y el sistema tradicional indígena, partiendo de que ambos sistemas de salud deben fortalecerse, pero también de que deben reconocer sus límites y valorar sus alcances, priorizando la complementariedad.

Promoviendo este principio, la Asociación Médicos Descalzos trabaja en el municipio de Chinique, Departamento de El Quiché, fortaleciendo el conocimiento tradicional del grupo local de comadronas, así como su autoestima y empoderamiento, (lo cual ha sido factible) en una relación horizontal con los

83 Este capítulo se publicó En Revista Análisis de la Realidad Nacional, Instituto de Problemas Nacionales, Universidad de San Carlos de Guatemala.147, 2018. Pp 34-67. La autoría es de Cristina Chávez y la autora de este libro.

84 En Guatemala no se utiliza la palabra partera, sino “comadrona”. El Ministerio de Salud Pública utiliza ese término. Para más detalles sobre el origen y uso de la palabra comadrona consultar “Las parteras rurales en México” de Hiram Bravo.



servicios de salud del municipio. El resultado de este esfuerzo se observa en una disminución de la muerte materna en el municipio, logrando que en los últimos 18<sup>85</sup> años hayan sido sólo 3 muertes las que se han tenido que lamentar. Ese resultado es significativo si tomamos en cuenta los indicadores socioeconómicos que prevalecen en esa región y en el país.

### **Abordaje teórico:**

El abordaje teórico sobre quiénes asisten el proceso salud/enfermedad/atención, ha sido estudiado desde el campo de la antropología médica crítica, disciplina que se ha centrado en el “análisis de la bio-medicina como instrumento de poder y control social del sistema capitalista” (Martínez, 1,996:375). Sin embargo, muchos autores no se adscriben a una u otra escuela, sino como sugiere Martínez: “A menudo [dicha clasificación] ha sido utilizada para discriminar dos tipos de posiciones teóricas más genéricas: a) la orientación culturalista, interpretativa y/o fenomenológica que estudia la enfermedad y los sistemas médicos destacando sobre todo el juego de especificaciones/diversidades culturales y b) la orientación materialista que observa estos mismos fenómenos a partir de la clave de las desigualdades sociales” (Martínez, 1996:375)

En América latina, la antropología médica crítica ha desarrollado estudios que intentan dar cuenta de cómo las relaciones de poder en el tema de la salud tienden a invisibilizar algunos problemas. En México se ha desarrollado toda una tendencia sobre la antropología médica crítica que se basa en la propuesta de Eduardo Menéndez, él sugiere entender el proceso

salud/enfermedad/atención en el estudio de tres grandes modelos; el modelo médico hegemónico<sup>86</sup>, el modelo médico alternativo subordinado<sup>87</sup> y el modelo de auto-atención<sup>88</sup>.

Este capítulo en particular intenta hacer una comparación entre la eficacia del modelo médico hegemónico, representado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social –MSPAS<sup>89</sup> y el modelo médico alternativo subordinado, representado por la Asociación Médicos Descalzos. Con la intención de comparar lo realizado a la fecha respecto del mal tema titulado: capacitación o adiestramiento de las parteras o comadronas, porque desde la óptica de algunas organizaciones no gubernamentales y de la academia, se insiste en reconocer la sapiencia de las comadronas respecto a la atención de partos, demostrando que ellas tienen la capacidad de hacerlo igual que el médico, motivo por el cual se rechaza el uso del término capacitación o adiestramiento.

### **Abordaje metodológico:**

El tema de análisis son los programas de capacitación o adiestramiento a comadronas/parteras, motivo por el cual se considera necesario hacer una comparación entre lo que ha hecho el MSPAS y lo que hace Médicos Descalzos, basándonos en los estudios de caso.

Se hace una comparación entre el modelo médico hegemónico con el modelo médico alternativo subordinado, por ello se hizo una revisión del contenido de algunos de los manuales elaborados por el MSPAS. El documento más antiguo que se localizó, data del

85 El artículo fue escrito en el año 2018.

86 “Es el conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, que permite entender la racionalidad bio-médica y el funcionamiento de la ideología dominante y técnica del saber médico” (Menéndez 1992a:84).

87 “Es el conjunto de prácticas, saberes e ideologías que presentan rasgos no homogeneizables y que algunos no integran la totalidad de los rasgos estructurales a señalar”. (Menéndez, 1,992a:88).

88 “Todas las actividades llevadas a cabo por los miembros de un micro-grupo en particular del grupo doméstico, desarrolladas y utilizadas al interno del mismo o dentro de su red social de referencia cotidiana para poder asegurar la producción y reproducción biosocial de dicho grupo. (Menéndez 1992b: 74)

89 A partir de este punto se utilizarán éstas siglas para referirse a dicha institución.

año 1962<sup>90</sup> y el más reciente es el manual en uso del año 2016 que actualmente está en revisión.

Debido a que en el MSPAS no hay una biblioteca o archivo que almacene todos los manuales y/o guías que la institución ha elaborado para las capacitaciones a comadronas, se revisaron las tesis de los estudiantes de medicina de la Universidad de San Carlos –USAC-<sup>91</sup>.

Esa revisión documental, presenta datos acerca de las diversas políticas o enfoques que el Ministerio de Salud ha orientado respecto del tema de la capacitación a comadronas, pero a la vez devela información también del papel que la USAC tiene como formadora de los futuros médicos del país, ambas instituciones representan la postura hegemónica respecto del quehacer de las comadronas y a la vez muestran el fracaso de sus estrategias ya que Guatemala continúa con una de las tasas más altas de América respecto a la mortalidad materna.

Ese estado del arte se realizó respecto de las publicaciones de Médicos Descalzos, se hizo una revisión de los documentos de otras organizaciones no gubernamentales guatemaltecas que han abordado el tema de "capacitación de comadronas". En síntesis se puede decir que la metodología parte de un estudio de caso: la experiencia de médicos descalzos contrastada con otras experiencias de ong's y del Ministerio de Salud Pública de Guatemala.

### **MSPAS y los programas de adiestramiento:**

La historia de los programas de adiestramiento de comadronas en Guatemala se inicia con la derogación del Acuerdo Gubernativo del 16 de abril de 1935 en el cual se establece que la Dirección General de Servicios de Salud será el ente encargado de evaluar a las comadronas mediante un examen y concederles el permiso para ejercer, (MSPAS, 2006, p.10).

Años más tarde con el Decreto No.74 del año 1955 se especifica que se le otorgará a la comadrona una certificación, siempre y cuando realice y apruebe un examen de aptitud. Pero, no es hasta el año 1960 que el ministerio de salud reconoce la importancia de crear los primeros programas de adiestramiento.

A partir de esa fecha se cuenta con una serie de libros, tesis de medicina (en primera instancia) y folletos o manuales para el adiestramiento de comadronas (en segunda instancia), que comienzan a brindar información sobre ese proceso en particular. Motivo por el cual se hizo una revisión de los manuales que el ministerio de salud ha elaborado desde esa fecha hasta el presente, en igual forma se revisaron las tesis de estudiantes de medicina de la Universidad de San Carlos de Guatemala que abordaron el tema: adiestramiento o capacitación a comadronas.

El Programa Nacional de Salud Reproductiva que pertenece al Departamento de Regulación de los Programas de Atención a las Personas del MSPAS es quien se encarga del contenido del actual manual de comadronas en atención neonatal<sup>92</sup>, dicha unidad no tiene un archivo en el que se pueda consultar todas las versiones anteriores que el propio MSPAS ha elaborado, esto denota la poca importancia que la institución tiene respecto del tema.

Los primeros documentos, llevaban en su título la palabra "adiestramiento" y carecen de una metodología, se ocupan más del contenido. A partir de los años ochenta ya se habla de un "equipo adiestrador", pero en realidad es la enfermera o auxiliar de enfermería quien se encarga del adiestramiento.

Al final de los años ochentas la Agencia Internacional para el Desarrollo –AID- de los Estados Unidos en Guatemala hace una consultoría para evaluar esa capacitación y práctica de las comadronas tradicionales. Dicho documento señala que las comadronas se aburren

90 se titula: "adiestramiento de comadronas empíricas" y se localizó en una tesis de medicina.

91 A partir de este momento se utilizarán estas siglas para referirse a dicha universidad.

92 Este es el manual que a la fecha está en vigencia y está en un proceso de revisión.

y se decepcionan en dichas capacitaciones porque muchas veces ellas saben más sobre la atención de partos que las propias enfermeras.

A partir de un proceso de reflexión que OPS dirige respecto de las capacitaciones a comadronas en la década de los ochentas, los nuevos manuales de capacitación incluyen ya una guía para el docente.

Los últimos dos manuales realizados por el MSPAS que corresponden a los años 2006 y 2016 adjuntan una serie de documentos

dirigidos al encargado del proceso en el cual aparecen una serie de juegos y actividades que el mismo debe seguir, éstos no se adecúan pedagógicamente a la singularidad de la comadrona guatemalteca que en su mayoría es monolingüe, analfabeta y de la tercera edad.

Con la información contenida en dichos documentos se pudo elaborar la tabla No.12, en ella se presentan los contenidos de adiestramientos/capitaciones que el MSPAS ha elaborado en las últimas seis décadas.

**Tabla No. 12. | Contenidos de manuales de capacitación en Guatemala**

	1962 t. Diaz 1964.	1980	1993 t. Ball	2006	2016
<b>NOTAS Y OTROS</b>	Introducción	Orientación a los servicios de salud del MSP	Introducción Costumbres y tradiciones del embarazo, parto, puerperio y recién nacido	Habilidades para la capacitación de adultos: Planificación, ejecución, monitoreo, supervisión y evaluación, técnicas andragógicas y educativas	Red de servicios de salud
<b>HIGIENE</b>	Higiene personal de la vivienda, durante el embarazo Cuidados del maletín y preparación del equipo	Higiene general	Higiene Equipo de trabajo de la comadrona	La comadrona un ser transparente en el sistema de salud: importancia de su desempeño, funciones y responsabilidades, decreto ley	
<b>PRENATAL</b>	Embarazo: Alimentación de la embarazada, Molestias más frecuentes en el embarazo, señales de peligro, control.	Atención prenatal	Atención del embarazo	Participación de la comadrona en la reducción de la mortalidad materna en el país: Las 4 demoras en la atención materna y neonatal, señales de peligro durante el embarazo, parto y puerperio, recién nacido, plan de emergencia, referencia y respuesta, registro de actividades	Atención prenatal: Importancia del control prenatal Demoras en la atención prenatal Señales de peligro Calculo de edad gestacional y fecha del parto Plan de emergencia familiar y com.
<b>PARTO</b>	Generalidades del primer período del parto, del segundo y tercer periodos. Peligros durante el parto y conducta a seguir. Atención del parto en el hogar	El equipo de parto y su contenido Conceptos general del parto y atención al recién nacido Parto en la casa	Atención del parto	Uso del maletín equipado: Definición, materiales y equipo, procedimiento para su uso en el parto, limpieza del equipo antes y después del parto.	Atención del parto y posparto: Señales de peligro Parto limpio y seguro Factores de vigilancia Higiene Alumbramiento Señales de peligro del post-parto Equipo del parto Limpieza del equipo

<b>POSPARTO</b>	Cuidados inmediatos a la madre y niño después del parto Puerperio normal y cuidados que se deben prestar Complicaciones del puerperio	Puerperio	Puerperio		
<b>RECIEN NACIDO</b>	Peligros del recién nacido y conducta a seguir El recién nacido normal y los cuidados que se deben prestar Enfermedades del recién nacido	Atención al recién nacido y a los infantes	Recién Nacido		Atención del recién nacido/a Señales de peligro Referencia inmediata Lactancia materna
<b>MONITOREO</b>	Evaluación de comadronas.			Habilidades para la capacitación de adultos: Planificación, ejecución, monitoreo, supervisión y evaluación, técnicas andragógicas y educativas	Monitoreo supervisión y evaluación.
<b>NUTRICION</b>		La nutrición (lactancia materna, preparación de la formula y destete)	Elementos sobre nutrición.		
<b>TEMAS VARIOS</b>	Menstruación y Fecundación			Cuaderno de registro de actividades de la comadrona.	Aprendiendo a vivir en armonía: Derechos humanos, violencia hacia la mujer Planificación familiar Compartiendo saberes para la prevención de ITS, con énfasis en VIH, sífilis y hepatitis B Registro de la información

**Fuente:** Elaboración propia.

En dicho cuadro se puede destacar lo siguiente: son cinco los temas presentes en todos los años, éstos son: higiene, prenatal, parto, postparto y recién nacido.

En las décadas de los años ochenta y noventa se introduce una unidad sobre nutrición, que años más adelante desaparece.

A partir del año dos mil aparece en los manuales otro tema titulado: monitoreo y evaluación del trabajo de la comadrona, y “el cuaderno de la comadrona” que tiene la intención de involucrar a la comadrona en la toma de datos para el registro de los partos atendidos por ellas, aunque éstas en su mayoría no saben leer, ni escribir, en el instructivo se sugiere que algún miembro de su familia le ayude a completar dicha información.

El último manual, que actualmente está en revisión, además incluye los temas siguientes: planificación familiar, violencia intrafamiliar, prevención de las infecciones de transmisión sexual y el registro de las actividades de la comadrona<sup>93</sup>.

Del análisis del contenido de los manuales de comadronas que ha utilizado el MSPAS en Guatemala se puede decir lo siguiente: no valoran el rol que tiene la comadrona como líder, a nivel comunitario, es una persona que maneja conocimientos respecto de plantas medicinales, remedios caseros y técnicas para atender el parto (dan masajes, aconsejan a la pareja sobre su conducta después del parto, etc.) en ninguna unidad de los manuales se hace un reconocimiento a su labor.

Tampoco se avala el talento de sus conocimientos que de generación en generación se transmiten entre ellas. En la década de los años ochenta y noventa se visualiza que en los manuales existía la intención de dar una orientación a las comadronas sobre desnutrición, sin embargo en las décadas siguientes desaparece dicho contenido de los manuales de capacitación, en igual forma el último manual incluye temas como: planificación familiar, violencia intrafamiliar, enfermedades de transmisión sexual. La comadrona aconseja a sus clientes respecto de varios temas, pero no debe recaer

en ella la responsabilidad de la educación de la población respecto de dichos temas.

No se debe continuar gastando recursos para agregar contenidos ajenos al quehacer de las comadronas a menos que sean temas que las propias comadronas soliciten que sean incorporados o tengan interés ellas mismas por profundizar determinados temas.

Los organismos internacionales insisten en convertir a las comadronas en una experta sobre epidemiología local en ese sentido véase a continuación la definición que sobre partera ofrece un organismo internacional:

“Una matrona cualificada ofrece servicios integrales e información en materia de derechos y salud sexual y reproductiva, incluidos los partos sin riesgo; asesoría y servicios de planificación familiar; cuidados prenatales y postnatales; servicios para prevenir y tratar la malaria, el VIH, el tétanos, las infecciones de transmisión sexual y la sífilis congénita; ayuda para prevenir la mutilación genital femenina; salud reproductiva para los adolescentes; asistencia en casos de aborto (donde sea legal); y apoyo y asistencia respecto a la violencia contra las mujeres.” (UNFPA, et. al., s.f., p.7).

Llama la atención todos los conocimientos que debe manejar una matrona para poder trabajar en el África, sin embargo es esta la tendencia que tienen los organismos internacionales sobre el trabajo de las parteras, los contenidos ya no se restringen al período pre, parto y post, sino que se orientan cada vez más hacia las áreas de interés epidemiológico de acuerdo a la morbilidad que hay en cada una de las zonas.

A pesar de que en la metodología de los manuales literalmente dice: “...será andradógica, partiendo de la experiencia de las comadronas y enriqueciendo su desempeño

93 Debe observarse cómo se comienza a introducir una serie de actividades burocráticas a las comadronas, acciones que deberían estar cubiertas por los trabajadores de salud estatales, ya que oficialmente las comadronas no son reconocidas como “salubristas” y las pocas comadronas que reciben un estipendio, éste se proporciona con la intención de sufragar los gastos en que incurren al asistir mensualmente a la capacitación que proporciona el médico en la comunidad.

mediante el intercambio de saberes y conocimientos”(Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2016), esa metodología dista mucho de lo que en el trabajo de campo se ha podido observar en varios lugares de Guatemala.

Por ejemplo en Rabinal en el año 1999 se observó que la capacitación fue en idioma castellano, la persona que impartía la capacitación era una joven entre 18 y 20 años, utilizó el pizarrón para escribir en qué consistía la dieta de la mujer embarazada, muchas de las comadronas que asistían estaban pelando pepitoria, otras se durmieron.

De esa observación se hace la siguiente reflexión respecto de la metodología utilizada: la mayoría de esas comadronas son monolingües hablantes del idioma achí, no saben leer, ni escribir, la persona que está impartiendo la capacitación nunca ha atendido un parto y el contenido de la misma no es comprensible por las comadronas porque no entienden el castellano, razones por las cuales las comadronas se duermen y asisten porque deben cumplir con una obligación.

En ese mismo sentido una consultoría realizada en el año 1989 claramente sugiere: “...muchas de las comadronas tienen más experiencia que las enfermeras que les enseñan, con relación a la experiencia de partos en casa. Esto debilita la credibilidad del capacitador y ciertamente baja su confianza en acercarse al asunto objeto de estudio de una forma creativa, informal y espontánea” (Putney, p.5)

En el año 2013 en el distrito Guineales de Santa Catarina Ixtahuacán se hizo otra observación de una capacitación a comadronas, en esta ocasión la capacitación sí se realizó en idioma k'iche' y la impartió el médico conjuntamente con una facilitadora. En esta localidad el MSPAS por medio de la ONG Instituto de Salud Incluyente

-ISIS-, han implementado una estrategia titulada: “intercambios de experiencias y aprendizaje mutuo”, que ha reemplazado las famosas capacitaciones a comadronas, sin embargo a pesar de la implementación de esa nueva estrategia se pudo observar que durante esa actividad se repartieron a las comadronas las figuras de las señales de peligro durante pre, parto y post, se supone que el material utilizado, ya estaba evaluado y validado, de esa cuenta las comadronas ya deberían estar familiarizadas con el mismo, sin embargo se observó que algunas comadronas tomaban las figuras de cabeza, esto llama la atención porque es evidente que el material utilizado no está adaptado a la forma de aprendizaje de una persona de la tercera edad y analfabeta, situación que debería cambiar en esta nueva orientación de intercambio de conocimientos. Esa capacitación se realizó en una fecha cercana al día de la madre, se les repartió pastel a las comadronas como un homenaje y una celebración, la refacción se proporcionó en platos desechables.

En las dos observaciones que se realizaron, hay una diferencia de 15 años entre una y otra, en ese sentido se puede decir que ha habido importantes innovaciones como el uso de los idiomas mayas, pero la metodología utilizada no está adaptada al contexto cultural de las comadronas, páginas adelante se detalla la experiencia de Médicos Descalzos con importantes aportes respecto del tema.

Se han hecho muy pocas evaluaciones sobre las capacitaciones a comadronas<sup>94</sup> y sin embargo se ha invertido mucho dinero en la realización de los manuales a comadronas.<sup>95</sup>

Con fecha 29 de agosto, aparece el acuerdo ministerial 261-2016, en el cual se hace saber que se hará la implementación del Modelo Incluyente de Salud -MIS- de manera gradual

94 Véase en la bibliografía el trabajo de Putney.

95 Para este caso consúltese en la biblioteca del INCAP, la cantidad de proyectos de investigación que se realizaron para la inclusión de una unidad sobre nutrición en los manuales de capacitación a comadronas, como también las investigaciones realizadas por Bárbara Schieber respecto de las emergencias obstétricas.

y progresiva en todo el ámbito nacional. Este nuevo modelo cambia totalmente el sentido de las capacitaciones a comadronas, ya que a partir de su implementación se hace una revisión crítica de que no es necesario "capacitar" a las comadronas, sino reconocer sus conocimientos en ese sentido se habla de: "los intercambios de experiencias y aprendizaje mutuo" (Hernández, Sánchez, Verdugo, et. al., 2012,p.47).

Esta reforma del sistema de salud nace precisamente del resultado del trabajo de una ONG en Guatemala. Con este aporte se demuestra que pequeñas acciones que se han implementado en el país, en beneficio de la población, pueden ir más allá y pueden replicarse a la vez. Este es también el caso de Médicos Descalzos que se presenta en la segunda parte del capítulo.

### **La situación de salud de El Quiché y Chinique:**

El departamento del El Quiché está ubicado en la parte noroccidental del país, tiene una extensión territorial de 8,378 kilómetros cuadrados y su población es aproximadamente de 769,364 personas, cuenta con 21 municipios y su cabecera departamental es Santa Cruz del Quiché.

**Mapa No. 5. Ubicación del departamento de El Quiché.**



El municipio de Chinique es uno de los más pequeños del departamento de Quiché, de acuerdo a datos proporcionados por la Dirección de Área de Salud del Quiché, -DASQ-<sup>96</sup>, su extensión territorial es de 64km<sup>2</sup>; tiene una población total de 11,409 habitantes, de los cuales el 70% es indígena y el 82% vive en zona rural.

Las áreas de salud de Huehuetenango, Alta Verapaz, San Marcos y Quiché, son las que más casos de muerte materna reportan, acumulando entre ellas el 43% del total de casos ocurridos en el país (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2015). Para 2015, la DASQ, reportó 21 muertes maternas, de las 29 registradas en el Departamento y de las 432 registradas en todo el país (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2015) y para 2016 reportó 31 muertes, de las cuales el 100% eran mujeres indígenas (Velázquez, 2016).

<sup>96</sup> A partir de ahora se utilizará esta sigla para referirse a la Dirección de Área de Salud de El Quiché.

**Tabla No. 13. | Sala situacional de Salud Reproductiva 2012 (DASQ 2014, DASQ 2016)**

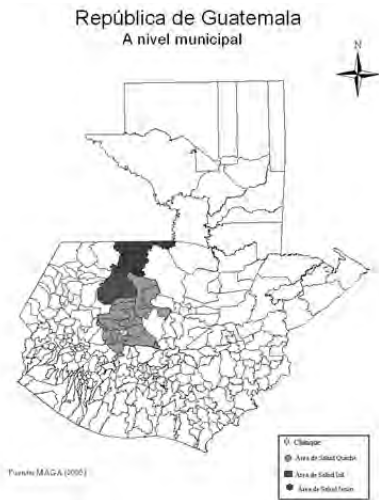
ÁREA DE SALUD QUICHÉ -MSPAS-					
Años	Nac. Vivos Censo Loc.	Pob. MEF	No. Muertes Maternas	Razón* 100	Tasa* 100
2002	21214	111112	17	80	15.3
2003	20399	115097	16	78	13.9
2004	22520	117735	11	48	9.34
2005	18756	138408	21	111	15.17
2006	20472	160564	13	63	8.1
2007	17755	157743	14	78	8.88
2008	20973	132468	36	171	27.18
2009	21161	196914	21	99	10.66
2010	21183	208826	28	132	11.97
2011	21138	208826	39	184	17.24
2012	21768	237.858	38	175	15.98
2013	31141				
2014	29663		34	114	15.87
2015	20593		21		
2016	703003		31	135	9.75

**Fuente:** elaboración propia basada en los datos proporcionados por la DASQ.

El Departamento de Quiché, está dividido en 3 áreas de salud, Ixil, Ixcán y Quiché, esta última a su vez se divide en 20 distritos, el municipio de Chinique es uno de ellos.



**Mapa No. 6. Áreas de Salud correspondiente al Departamento de Quiché.**



El ser mujer indígena, adolescente y vivir en una zona rural de un país en desarrollo, es un perfil, que aunado a una situación de pobreza, tener niveles bajos o nulos de educación, son las características que comparten las mujeres que mueren durante la gestación.

La atención que brindan las comadronas a las mujeres en zonas rurales como el altiplano de Guatemala, juega un papel fundamental, sin embargo la postura del ministerio de salud en Guatemala respecto del papel que tiene la comadrona en la atención de las mujeres se reduce a identificar las prácticas de éstas como: beneficiosas, inocuas, dañinas o indefinidas (Hurtado, 1984, p.246), haciendo a un lado los factores espirituales, simbólicos

y culturales que existen en torno a la figura de la comadrona, motivo por el cual es necesario explicar las implicaciones que tienen las prácticas y representaciones de la figura de la comadrona en las comunidades de Guatemala.

**El uso del término comadrona:**

Oficialmente en Guatemala se reconoce el uso del término comadrona. Es necesario hacer una diferenciación del término en primer lugar está vinculado a una vocación de servicio que cumple en las comunidades guatemaltecas y en segundo lugar el otro sentido que le da el MSPAS.

Guatemala es el único país en América Latina en donde oficialmente se utiliza el nombre comadrona para llamar a las parteras<sup>97</sup> tradicionales o adiestradas. Esa práctica tiene su origen en el uso de la palabra "comadre", término que se usa para llamar a la madrina de bautizo de un niño.

Sin embargo, en las comunidades guatemaltecas se hace una vinculación de esa representación que tiene la mujer que atiende todos los partos en una familia. Debido a que en el país se habla un total de 25 idiomas, 22 de ellos tienen un origen maya, también se hablan otros tres idiomas que no son autóctonos: el castellano, xinca<sup>98</sup> y garífuna hablado por los afro-caribeños.

Cada uno de esos idiomas utiliza un término para designar a la mujer que recibe los partos<sup>99</sup>, atiende el embarazo y puerperio, motivo por el cual se utiliza la palabra comadrona en español para poder unificar la figura de esta mujer.

97 En el año 2,015 el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social –MSPAS-, oficializa la "Política nacional de comadronas de los cuatro pueblos de Guatemala 2015-2025".

98 Es un idioma en vías de extinción.

99 Comadrona en los 25 idiomas que se hablan en Guatemala: Achi: IloneelTuuj; | Akateko: Sik'omUnin; | Awakateko: Xu'yum/xi'yum; | Chalchiteko: Xi'yiom; | Cho'orti: Ajk'ojb'/Irna'k/Ajk'otNa'k; | Chuj: Ik'um elunin/Si'm'unin; | Itza: Ixnana'chichonachachi; | Ixil: Loq'olnitxa'/k'uyintxa'; | Jakalteko/Popti': IlomYax'ix; | Kaqchikel: K'exelom/Iyom/Rati'tak'wal; | K'iche': Iyom; | Mam: Yoq'il/B'etx'lon; | Mopan: IxPaatz'; | Poqomam: Ahk'ululXilu'; | Poqomchi: Ilool/Ajilool/Ajloq'ool/loq'olha'lak'un/Mololha'lak'un/K'ululha'lak'un; | Q'anjob'al: Sik'omUnin; | Q'eqchi': Ajxolk'ulua'al; | Sakapulteko: Ajtuuj; | Sipakapense: Ajkuun; | Tektiteko: Yoq'ol; | Tz'utujil: Ilyoom; | Uspanteko: Iyoom; | Garífuna: Agüdahatu; | Xinka: Müyalhahana; Español: Comadrona.

Debido a la importancia que este oficio tiene en la cosmovisión maya, es necesario explicar que la vocación se adquiere a través de: señas que se revelan en sueños, se presentan enfermedades recurrentes y el proceso también se hace por medio de la selección de una hija, sobrina, nieta de la familia extensa para que ocupe el cargo (Mosquera, 2006, pp.123-131, Asociación Pies de Occidente, 2000, p.23, Médicos Descalzos 2012, pp.21-24).

En ese sentido el aprendizaje de la vocación se hereda de generación en generación, lo que incluye una serie de prácticas y representaciones referidas al proceso de salud/enfermedad/atención en el que se aprende sobre el uso de las plantas medicinales, la elaboración de remedios caseros, también se transmiten los conocimientos referentes al diagnóstico y tratamiento de los siguientes padecimientos: empacho, caída de la mollera, ojeado, caída-movida de la matriz, pujo, alboroto de lombrices, etc<sup>100</sup>.

Todos esos padecimientos se entienden desde las representaciones y prácticas que tienen los conjuntos sociales mesoamericanos. Para una comunidad la comadrona es una mujer líder, porque además de tener muchos conocimientos de diversa índole, también cumple con una serie de compromisos éticos que son reconocidos por toda la comunidad:

*"...llame al muchacho y los senté, su mamá y yo, y les dije es su primer familia, entonces va a guardar dieta tu mujer, entonces dos mes de dieta, le vas a comprar su alimento, ya vas a reponer todo y vas a guardar dieta, porque si no van a guardar dieta, entonces tal vez ustedes me van a echar*

*a mí la culpa, porque yo no arreglé bien a su enfermo, no la fajé bien, no la sobó bien y yo lo arreglé bien y la sobe 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, les va a ir más peor y tiene que guardar dieta el señor, eso les dije yo." (Comadrona de Rabinal, julio 1999)*

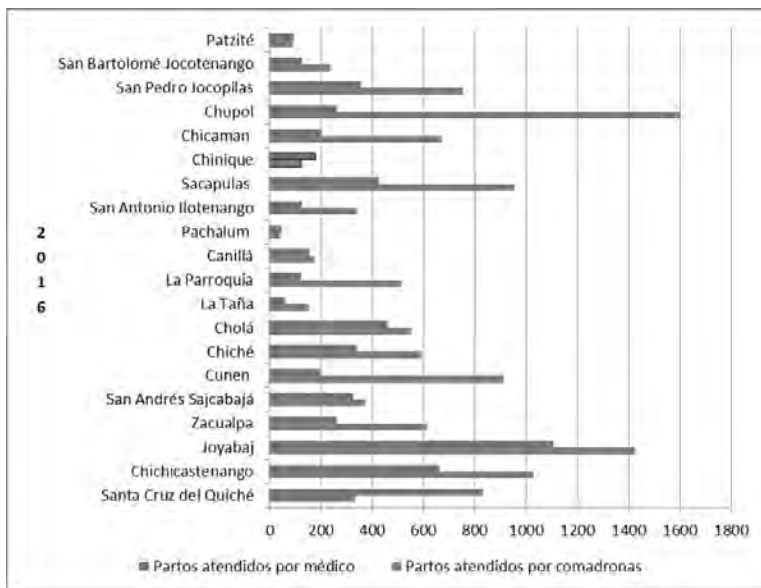
Todos los miembros de una comunidad saben que una comadrona cumple con una vocación, por ello existe la reciprocidad por sus servicios. La comadrona habla el idioma de su paciente, conoce su contexto y utiliza recursos terapéuticos accesibles y con los que está familiarizada, la atiende mediante visita domiciliar estando disponible las 24 horas del día y el cobro por servicios se adecúa a las posibilidades económicas de cada familia.

Sin tener datos precisos sobre los cuidados prenatales y de postparto que las mujeres reciben, no es descabellado asegurar que casi la totalidad de mujeres indígenas del área rural reciben atención durante el embarazo y puerperio de parte de una comadrona.

La OMS ha establecido como mínimo necesario para prestar servicios esenciales de salud materna e infantil el umbral de los 23 médicos, enfermeras y parteras por 10,000 habitantes. (Organización Mundial de la Salud, 2017). De acuerdo a las estadísticas que se tienen para el departamento del Quiché en Guatemala, la densidad de comadronas es una comadrona por cada 2 kilómetros cuadrados y la relación comadrona/habitantes es de una comadrona por cada 288 habitantes.

100 Para un mejor entendimiento sobre el diagnóstico y tratamiento de cada uno de esos padecimientos por las comadronas en Guatemala se puede consultar: empacho (Mosquera, 2008), caída de la mollera y ojo (Mosquera y Kolstrup, 2006), caída de la matriz (Mosquera, 2016), pujido (Mosquera, 2006), alboroto de lombrices (Mosquera, 2014).

**Gráfica No. 1. Partos atendidos por médicos y comadronas departamento del Quiché 2016**



La disponibilidad que hay en el departamento del Quiché de una comadrona para 288 habitantes, da evidencia del éxito de una red de terapeutas tradicionales<sup>101</sup> organizados o no, que se ocupa con sus propios recursos ancestrales del bienestar de sus comunidades. De allí la importancia del trabajo que Médicos

Descalzos está realizando con los trabajadores de salud estatales. En Chinique, por ejemplo, se tienen registradas a un total de 62 comadronas, lo que equivale a una comadrona por cada 184 habitantes y a una comadrona por cada kilómetro cuadrado.

**Tabla No. 14. | Densidad de Comadronas en el territorio del área de Salud del Quiché, año 2016**

<i>Distrito</i>	<i>Población total 2016</i>	<i>Extensión territorial en Km<sup>2</sup></i>	<i>No. de comadronas registradas</i>	<i>Relación comadronas: habitantes</i>	
1. Santa Cruz del Quiché	82,074.00	128	208	395	0.6
2. Chichicastenango	76.732	260	150	512	1.7
3. Joyabaj	87,570.00	304	305	287	1.0
4. Zacualpa	35,045.00	336	152	231	2.2
5. San Andrés Sajcabajá	27.975	446	113	248	3.9
6. Cunen	39.123	173	154	254	1.1
7. Chiché	29,876.00	144	125	239	1.2

101 Este dato no incluye información sobre los aj'k'ija' y otros especialistas que hay en las comunidades.

8. Cholá	36.916	515	79	467	6.5
9. La Taña	6,947.00	112	69	101	1.6
10. La Parroquia	19.815	238	96	206	2.5
11. Canillá	15,742.00	123	70	225	1.8
12. Pachalum	10,649.00	100	20	532	5.0
13. San Antonio Ilotenango	21,970.00	139	57	385	2.4
14. Sacapulas	46.137	213	164	281	1.3
15. Chinique	11,409.00	64	62	184	1.0
16. Chicaman	35,480.00	513	129	275	4.0
17. Chupol	62,474.00	245	256	244	1.0
18. San Pedro Jocopilas	34,043.00	578	118	289	4.9
19. San Bartolomé Jocotenango	15138.00	123	94	161	1.3
20. Patzité	7,888.00	64	20	394	3.2
<b>Total Área de Salud Quiché</b>	<b>703,003.00</b>	<b>4.818</b>	<b>2.441</b>	<b>288</b>	<b>2.0</b>

**Fuente:** Elaboración propia con datos proporcionados por la DASQ 2016.

A pesar de la gran cobertura que dan las comadronas en Chinique, es interesante observar que junto con Patzité y Santa Cruz (en donde sí hay hospital), son los municipios en los que el número de partos atendidos por médico es mayor al atendido por comadronas.

En 2016, la DASQ reportó para Chinique un total de 301 partos, de los cuales 178 recibieron atención médica y 123 fueron atendidos por comadrona, lo que representa el 59% y 41% respectivamente (DASQ, 2016).

El incremento de partos atendidos por médico, ha sido notable en Chinique, tenemos que para 2008 por ejemplo, de un total de 273 partos, 240 fueron atendidos por comadrona y 33 por médico, esto es el 88% y 12% respectivamente (DASQ, 2008). Este aumento, revela mejoras sustanciales en el relacionamiento con comadronas, y no significa que las comadronas estén dejando de atender, puesto que actualmente se registran 64 y en 2008 eran solamente 50.

### **La Asociación Médicos Descalzos:**

En el año de 1993 la asociación se consolida como entidad local legalizada, aunque su trabajo en el municipio data desde 1989. El acercamiento con las comadronas, tuvo desde el comienzo dos aspectos que creemos importante destacar:

Primero, el objetivo fue investigar y valorar sus conocimientos sobre el uso de plantas medicinales a fin de promoverlas para atender las enfermedades comunes y para la salud de la mujer.

Segundo, los equipos de trabajo siempre fueron multidisciplinarios y multiculturales, incluyendo profesionales no sólo del ramo médico, sino sobre todo antropólogas y botánicos entre otros; y multiculturales porque participaron terapeutas indígenas (no sólo como informantes sino como investigadores), profesionales nacionales y extranjeros.

Desde los inicios, gracias a este trabajo multidisciplinario, se constató la eficacia, pertinencia y lógica cultural de los tratamientos

que utilizaban tanto las comadronas como otros terapeutas mayas.

También se observó la depreciación de estos saberes en las comunidades en dos ámbitos importantes: el primero referido a los jóvenes que experimentaban el proceso de escolarización, y el segundo fue el rechazo y los prejuicios de parte del personal de los servicios de salud pública (aún siendo éstos indígenas) hacia la medicina tradicional y hacia los conocimientos populares para la salud.

En esta fase inicial se identificaron diversas problemáticas que afectaban la actividad de las comadronas: el aislamiento y la falta de coordinación entre ellas, la falta de motivación para estar organizadas e intercambiar sus conocimientos.

Su relación con el sistema de salud pública se centraba únicamente en los procesos de capacitación que impartían los servicios, en los que las comadronas percibían el intento de sustituir sus conocimientos tradicionales por "conocimientos de la medicina moderna", y de controlar su accionar, bajo la premisa de que ellas son las responsables del elevado número de muertes maternas debido a que son quienes más cantidad de partos atienden.

Por estas razones, la investigación en Médicos Descalzos tuvo como objetivo inicial generar material educativo y dinámicas para divulgar el conocimiento de las comadronas tanto en las comunidades como en los servicios de salud.

### **El programa de salud materno infantil de Médicos Descalzos:**

En su componente de investigación las orientaciones fueron cambiando y adecuándose a las necesidades de las comadronas. Fue prioridad la reflexión colectiva sobre los numerosos casos reportados por las comadronas, de maltrato y discriminación al momento de relacionarse con el personal sanitario, tanto al acompañar a una paciente al servicio de salud tras una emergencia

obstétrica como al momento de asistir a las capacitaciones mensuales.

Ante este panorama, Médicos Descalzos desarrolló procesos de incidencia para mejorar el relacionamiento entre las comadronas tradicionales y los servicios de salud pública (Asociación Médicos Descalzos, 2014) trabajando con ambos grupos.

Por el lado de las comadronas fue necesario comenzar por fortalecer su autoestima, su capacidad de expresarse en colectivo y de dimensionar el valor de sus conocimientos, pero también, reconocer sus límites y aprender a buscar ayuda sin dejarse intimidar por la exigencia de los familiares de las parturientas para que forzosamente den a luz en casa.

Fue necesario apoyar la construcción de una identidad como gremio, experimentar y apreciar los beneficios de actuar de manera organizada.

Por el lado del personal de los servicios de salud, Médicos Descalzos desarrolló procesos de capacitación sobre las prácticas tradicionales en salud de las comadronas, sobre el uso del tuj o temazcal (Chávez, Morales, y Pol, 2007), plantas medicinales y conocimientos tradicionales de anatomía, ciclos menstruales, atención del embarazo, parto, puerperio y salud mental materna (Asociación Médicos Descalzos, 2012).

### **Un encuentro al mes entre comadronas:**

Las comadronas de Chinique se involucraron plenamente en lograr ganarse el respeto de las autoridades de salud sin tener que dejar de lado su tradición. Una decisión de mucha trascendencia, ha sido la de reunirse el primer viernes de cada mes, lo han hecho desde hace casi 20 años, a fin de aprender unas de otras a compartir conocimiento, hablar de dificultades del oficio y analizar errores cometidos, buscar respuestas a nuevas inquietudes, actualizarse y hacer acuerdos.

En las reuniones se hace una reflexión del progreso o retroceso de los servicios de salud

en cuanto a la calidad de la atención y a su disposición para coordinarse con ellas respecto de dos temas: atención de partos y sugerencias para los temas de las capacitaciones mensuales que imparte el centro de salud de Chinique.

Para que comadronas y ajq'ija' puedan reunirse por lo menos una vez al mes, Médicos Descalzos planificó la construcción de unas instalaciones adaptadas al medio ambiente y a la cultura del lugar. En ese sentido es necesario explicar que los edificios están contruidos de adobes con las técnicas de construcción ancestrales, en las instalaciones se puede hacer uso de un temascal, hay siembras de plantas medicinales, se cuenta también con secadores para las plantas medicinales con la intención de que las comadronas puedan contar con las plantas que necesitan para las afecciones de las mujeres, también hay un altar para las ceremonias mayas, las comadronas pueden escoger entre sentarse en una silla o en el suelo en una estera, existen letrinas y servicios sanitarios, el agua caliente que se utiliza en las duchas se calienta por medio del fogón de la cocina, hay una cocina que funciona con leña y en la cual se preparan las comidas del lugar como atoles, tortillas, pepianes, tamalitos, etc. para repartir la comida no se usan vasos ni platos de duroport<sup>102</sup>, el agua de lluvia se recolecta y se vuelve a utilizar.

Las instalaciones también cuentan con luz, agua potable, teléfono, oficinas y servicio de computación. Todo ello se ha planificado con la intención de que las comadronas cuenten con un lugar digno para que se reúnan. Sin embargo, es necesario explicitar que tanto las instalaciones y la forma de organización de comadronas y ajq'ija' responde a la lógica comunitaria del lugar, es el resultado de años de trabajo con la comunidad.

### **Diversos padecimientos atendidos por comadronas: Xib'irikil / Susto, b'enaq pamaj / descompostura:**

Médicos Descalzos ha apoyado la investigación y preparación de temas para ir buscando soluciones cuando las comadronas tienen dificultades con alguna paciente. En el área rural las comadronas atienden muchos padecimientos que no están relacionados con la atención del pre-parto, parto y post-parto, aunque el ministerio de salud en Guatemala no quiera reconocer un sin fin de prácticas y representaciones del proceso salud/enfermedad/atención atendidos por comadronas es necesario subrayar el trabajo que hacen las comadronas respecto de una diversidad de diagnósticos y tratamientos.<sup>103</sup>

A continuación se detallan brevemente dos padecimientos xib'irikil (susto) y b'enaq pamaj (caída de la matriz).

“El Xib'irikil es un padecimiento que se origina por la vivencia de una situación altamente amenazante, de miedo, catástrofe violenta o muy sorpresiva” (Asociación Médicos Descalzos, p.37). Los sustos pueden ser provocados por espantos, por acciones violentas, inundaciones, terremotos, erupciones volcánicas, etc.

Para entender el padecimiento es indispensable entender la entidad llamada jaleb', es una entidad abstracta e inmaterial que habita en el cuerpo humano y tiene la capacidad de dejar el cuerpo humano, cuando la persona experimenta un susto, el jaleb' abandona momentáneamente el lugar que le corresponde, motivo por el cual es necesario que éste regrese a su lugar, la terapia consiste en regresar al jaleb' a su lugar de origen.

Los síntomas que sufren las personas con xib'irikil son: frío en la espalda, escalofríos y palpitaciones en la boca del estómago,

102 Poliestireno

103 Por motivos de espacio solamente se exponen brevemente dos padecimientos, sin embargo hay otros más que son tratados por las comadronas.

desmayos, náuseas y vómitos, falta de apetito, dolores abdominales, biliares o intestinales, irritación gástrica, espasmos fuertes. Todos esos síntomas aparecen tiempo después del susto, el diagnóstico del padecimiento lo puede sugerir una comadrona, pero quien debe confirmarlo es un ajq'ij, éste con sus herramientas de diagnóstico que son: uso del calendario maya, las semillas de Tz'ite', la interpretación de los sueños, signos y síntomas que presenta el paciente, determina si las manifestaciones son psicosomáticas, psicológicas o emocionales, para su tratamiento se utilizan recursos de origen vegetal, animal como mineral, pero es indispensable hacer una ceremonia ritual, algunas de los nombres de las ceremonias rituales que se hacen son: Yikb'al, Sik'b'al, Tzuqb'al.

Debido a que el padecimiento es provocado por diferentes hechos, el tratamiento va de la mano con el diagnóstico, para atender los aspectos emocionales se pueden hacer también los siguientes tratamientos: una limpia o utilización de los siete montes para saturar a la persona, también se utiliza la kuxa<sup>104</sup> o alcohol, el tabaco y el ajo, también pueden utilizarse baños con la planta Uwa k'sik', infusiones con la planta Té de Monte, con las cáscaras de la corteza de Amate, también se puede consumir la carne de zorro, coyote o tacuazín porque se dice que éstos animales no tienen miedo, son fuertes, por ello comer su carne ayuda con el padecimiento<sup>105</sup>. (Asociación Médicos Descalzos, 2015).

La comadrona ayuda a diagnosticar xib'irikil y puede comenzar con el tratamiento, en caso de no conseguir alivio ella refiere al enfermo con un Ajq'ija'.

El padecimiento llamado b'enaq pamaj / descompostura ya fue expuesto en el capítulo número dos de este libro, motivo por el cual ya no se expone.

Los dos padecimientos que se exponen no se pueden entender, sino se hace referencia al

contexto cultural, esta es la razón por la cual la existencia de equipos multidisciplinarios en la atención a la salud en Guatemala debe ser una prioridad.

### **La ética de una comadrona:**

Uno de los productos del esfuerzo agremiante en el que ha colaborado la Asociación Médicos Descalzos, más digno de mencionar, es el consenso sobre los principios éticos que debe practicar una comadrona para no "ensuciar la profesión", quien los cumple garantiza su legitimidad en la comunidad, el respeto y reconocimiento de las demás comadronas.

En síntesis, estos compromisos éticos de comportamiento, buscan salvaguardar y respetar la intimidad de la paciente y la información sobre su estado de salud; también buscan evitar cualquier daño físico o moral hacia éstas, evitando, por ejemplo, emitir juicios morales sobre el comportamiento de las mujeres y no causarles daño por ningún motivo; al mismo tiempo, buscan respetar las creencias religiosas de sus pacientes sin que esto las ponga en riesgo, es decir, se trata de no imponer las propias costumbres e ideas religiosas, se intenta que por motivos religiosos no se retrase o impida un traslado de emergencia al hospital; dar libertad a la paciente de escoger la posición que prefiera durante el parto y no aprovecharse de las personas enfermas haciendo cobros exagerados o injustos, estas son algunas de las pautas que debe regir el oficio de comadronas (Asociación Médicos Descalzos, 2012).

Cuando se ha requerido, Médicos Descalzos ha respaldado y representado al grupo de comadronas ante las autoridades de salud, y en los comités departamentales y distritales de análisis de muerte materna. Asimismo, se han establecido acuerdos que surgen a partir del análisis de los tres casos de muerte materna que han ocurrido en el municipio.

104 Bebida fermentada elaborada por los mayas.

105 Para más detalles sobre el padecimiento consultar el libro de Médicos descaltos 2015.

En el primer caso se presenta la reticencia de los familiares del esposo para permitir que la mujer fuese llevada de la casa a un hospital, ya que se presentó una complicación durante el parto, esta acción hizo que las comadronas repensaran el papel de su autoridad ante las familias y en la gran responsabilidad que sobre ellas recae al atender a una mujer en riesgo de muerte, por lo que decidieron ante una situación semejante, reportar inmediatamente a las autoridades de salud, o en su ausencia al juez de paz o a la alcaldía indígena, para dejar claro que a partir de ese momento la vida de esa mujer quedaba bajo la responsabilidad de los familiares.

Ese acuerdo se ha llevado a cabo y en algunas de estas emergencias las comadronas recurren primero a Médicos Descalzos para comunicar lo que ocurre, pues de esta manera sí pueden expresarse en su idioma, a lo cual se les apoya en coordinarse con el servicio de salud o bien con los bomberos voluntarios para agilizar la llegada de la ambulancia si ésta está disponible.

Otra lección aprendida, tras conocer lo acontecido con una de las muertes maternas ocurridas, fue la de no atender el parto en casa cuando no se ha hecho ningún tipo de control prenatal, ni por la comadrona, ni por los servicios de salud pública o privados, esto es, cuando en fechas muy cercanas al parto o durante el trabajo de parto mismo, se les solicite su servicio para atenderlo.

Ante una situación semejante, han acordado, referir a la embarazada para que su parto sea atendido en un servicio de salud y comprometerse únicamente con la atención del puerperio.

Por último, han acordado declarar como señal de peligro ciertos comportamientos, emociones y situaciones que delatan un problema psicológico o psicosocial que puede causar una complicación al momento del parto. Este acuerdo se fundamenta en

numerosas experiencias en las que, durante el embarazo, no se presentan las señales de peligro físicas reconocidas médicamente, pero sí surgen complicaciones durante el parto. Estas complicaciones, las comadronas las atribuyen a esa inestabilidad psicológica que están aprendiendo a identificar durante la visita domiciliar y que les permitirá hacer una referencia de manera oportuna. (Asociación Médicos Descalzos, 2017)

### **¿Qué se puede decir sobre las mal nombradas capacitaciones a comadronas?:**

Guatemala tiene una de las tasas más altas de mortalidad materna en Latinoamérica motivo por el cual es necesario implementar diversas acciones, las estadísticas demuestran, que un porcentaje del 29.1% (ENSMI, 2014-15, p.38) de partos son atendidos por comadronas, en ese sentido el Ministerio de Salud de Guatemala reconoce que debe desarrollar "intervenciones que permitan fortalecer el conocimiento y la participación de individuos, familia y comunidad para implementar acciones que faciliten que las mujeres accedan a servicios de salud reproductiva". (SMPAS, 18).

Entonces ¿Cuál es el camino a seguir? En primera instancia existe un importante recorrido a cargo de las organizaciones no gubernamentales en Guatemala, por ejemplo la propuesta del Modelo Incluyente de Salud -MIS- en la incorporación de los ejes: género, interculturalidad, medio ambiente, derecho a la salud, en la atención a la salud se ha ido gestionando poco a poco<sup>106</sup>, pero esta propuesta tiene varias limitaciones, una de ellas es la falta de conformación de equipos multidisciplinarios, no es suficiente que médicos, enfermeras y trabajadores de salud puedan gestionar la atención del proceso salud/enfermedad/atención tomando en cuenta las prácticas y representaciones de los conjuntos sociales.

106 Se ha mencionado la propuesta del Modelo Incluyente de Salud -MIS-



En segunda instancia la metodología sobre las capacitaciones debería cambiar y tomar nota de las estrategias que ha implementado la Asociación Médicos Descalzos comenzando por cambiar el nombre, se ha demostrado que las comadronas tienen muchas capacidades para la atención de la salud reproductiva motivo por el cual se debe retomar la idea del MIS para denominar a ese proceso como intercambios de experiencias y aprendizaje mutuo.

La planificación y los contenidos para la elaboración de ese proceso de intercambios de conocimientos debería realizarse conjuntamente con las comadronas, ellas son quienes deberían priorizar las temáticas de acuerdo a sus intereses y problemáticas que día a día se les presentan, todo esto enfocado en la conformación de equipos multidisciplinarios en los cuales las comadronas deberían ser parte integral de los mismos.

No está demás sugerir que el equipo que promueva el intercambio de conocimientos con las comadronas debe hablar el idioma maya de la localidad, pero también debe manejar los factores espirituales, simbólicos y culturales con la intención de que los temas de los intercambios de conocimientos cuenten con elementos de las prácticas y representaciones de los conjuntos sociales referidos al proceso salud/enfermedad/atención.

En la medida de lo posible las instalaciones en donde se realicen los intercambios de conocimientos deberían contener elementos de identidad cultural, por ejemplo al disponer la comida o el almuerzo que se otorga, se tomen en cuenta las preferencias que para la alimentación tienen las comadronas (tamalitos, chuchitos, atoles, frutas, etc.), otro pequeño cambio que se puede implementar es la posibilidad de que las comadronas se sienten en esteras, otras acciones pueden implementarse si existe la voluntad para el cambio y para el reconocimiento del trabajo de la comadrona, es difícil imaginar que el MSPAS realice en las direcciones de área análisis de las

muerres maternas ocurridas en sus distritos sin la presencia de las comadronas.

Finalmente es determinante combatir la discriminación que sufren las comadronas en los hospitales, centros y puestos de salud, estas mujeres son líderes ante sus comunidades por el oficio que desempeñan, aunque no saben leer, ni escribir, ellas son reservorios de la memoria histórica de un sinfín de conocimientos y prácticas de plantas medicinales, terapias y tratamientos; el trabajo que realizan en sus comunidades es bien valorado por sus pacientes, motivo por el cual existe una reciprocidad de la comunidad hacia éstas mujeres que son líderes, éstas son razones suficientes para que éstas mujeres sean respetadas y tratadas con alta estima por los trabajadores de salud estatales.

Tampoco se debe olvidar que por medio de su trabajo, a veces no remunerado, el MSPAS en Guatemala obtiene al menos el 30% de los datos de los niños nacidos en el país, sin embargo es necesario replantear el uso del "cuaderno de registro de actividades de las comadronas" ya que ésta debe ser una responsabilidad de los trabajadores de salud estatales que sí reciben un pago por ello.

El trato que debe dársele a una comadrona es de respeto y admiración, el personal médico debe dejar de lado sus prejuicios y reacciones discriminatorias. En ese sentido la dinámica que ocurre entre comadronas y personal de los servicios de salud de Chinique, ha contribuido de manera innegable a que las muertes maternas que se han tenido que lamentar en este municipio de Quiché, durante los últimos 18 años, sean apenas tres. En ese sentido el esfuerzo continuo tanto de las comadronas como del personal sanitario, para lograr una transformación positiva de relaciones de colaboración, es lo que evita que mueran mujeres y que mejore en términos reales su acceso a la salud. La complementariedad de estos dos sistemas de salud mediante relaciones de respeto mutuo, es a lo que podríamos llamar una atención verdaderamente intercultural.

## Comadronas: Política Nacional y Ley de Dignificación<sup>107</sup>

### ¿Qué se dice del trabajo de las comadronas?

En Guatemala existen algunas Asociaciones y ONG'S que aglutinan a diversos terapeutas tradicionales, (Asindi Rex We, ASECSA, Pies de Occidente, Médicos Descalzos, Consejo Mayor de Ancianos Mayas Médicos por Nacimiento, etc.) desde su punto de vista ellos explican la importancia que tienen sus conocimientos sobre medicina ancestral y la necesidad de conservarlos:

*“En las casas o aldeas no teníamos mucha idea sobre como curarnos y eso fue lo que motivó a decir que rescatáramos algo de medicina tradicional porque nuestros ancestros mayas vivieron años y años. Ellos tenían su sistema, su remedio, su forma de curar entonces fue eso, era el objetivo, de tratar de rescatar algo de la medicina ancestral. La sobrevivencia de Médicos Descalzos no es la presencia de las comadronas, sino que es por la salud. Está claro el dicho que dice: uno no es santo en su tierra. Nos quedamos por la salud de la gente a parte que la gente nos busca, sea por plantas medicinales, por productos, consultas, masajes, temascal, rituales mayas, por todo lo que nos buscan los usuarios. Los usuarios que nunca se han curado con la medicina convencional, entonces prefieren buscar, a la medicina tradicional o sus problemas de salud psicológica y mental, nunca han*

*logrado entender lo que les pasa, aquí creen y sienten que los ayudamos, hablo de la gente de Chinique, aparte vienen otras personas de otros lugares como Chiché, Joyabaj, alrededor e incluso otros departamentos. Entonces nosotros vamos a seguir por los usuarios que necesitan de nosotros. Lo interesante para nosotros es que actualmente jóvenes, mujeres, estudiantes, catedráticos o instituciones dentro y fuera de Guatemala nos buscan por talleres, capacitaciones, intercambio de experiencias, entonces nosotros vamos a seguir apoyando, dando y enseñando lo que hemos aprendido, a la gente”* (Entrevista con Felipe Pol, 11/2/2020)

En el testimonio está clara la razón del por qué los terapeutas continúan dando sus servicios a la población en general, la puesta en marcha en Guatemala de un pluralismo médico intentará realizar una articulación con éstos. Seguidamente se analizan tres documentos que son base para la implementación de ese pluralismo. Dichos documentos dan esos primeros pasos en Guatemala.

### **Ruta crítica para la construcción de la Política Nacional de Comadronas:**

Este es el título de un documento realizado por el MSPAS. Es clave porque proporciona la logística que se siguió en la convocatoria de las mesas de diálogo, ya que se realizaron alrededor de 33 mesas, para discutir la política nacional

<sup>107</sup> Este capítulo se publicó En Revista Análisis de la Realidad Nacional, Instituto de Problemas Nacionales, Universidad de San Carlos de Guatemala.No. 186, 2020. Pp16-28. También se incluyó información del Boletín Qatzij No. 22, del Instituto de Estudios Interétnicos y de los Pueblos Indígenas. Autorización Carta IDEIPI214-2022.

de las comadronas. En dicho documento se presenta información sobre el marco legal que orienta la política<sup>108</sup>, la propuesta de la ruta que se seguirá (cronograma de actividades para 2 años)<sup>109</sup>, pero la mayor parte del documento está enfocado en presentar los principios generales de la cosmovisión maya dentro del proceso salud/enfermedad/atención.

#### FOTOGRAFÍA No.23

### Portada del documento: Ruta crítica para la construcción de la Política Nacional de Comadronas.



En dicho documento se puede localizar un apartado que se titula: Principios generales a considerar en la política. En cinco páginas se hace el intento de definir y explicar diversos términos como: Xiku'b', limpieza espiritual, Ch'umilal, Pixab', Awas, etc. El contexto cultural que ésta detrás de dichas categorías es complejo, razón por la que consideramos erróneo; el intento que se hace, al tratar de explicarlos en unos cuántos párrafos.

Para poder entender la connotación de los padecimientos en la cosmovisión maya, es necesario partir de una concepción diferente del cuerpo humano, un análisis lingüístico de las palabras, la causalidad del padecimiento y la racionalidad de las terapias, etc. El abordaje analítico de las diversas formas de enfermar no puede, ni debe ser explicado en una ruta para una política, tampoco debe hacerse de forma escueta.

La información enriquecedora del documento es la que se refiere al marco legislativo y la que contiene la metodología a seguir con el cronograma. Ya que se tenía toda la intención de que la política fuera el producto de un diálogo con participación de la población civil, sin embargo, no se planificó la última fase en donde de nuevo se presentaba la política para que la población civil pudiera aprobarla.

### Política Nacional de Comadronas de los cuatro pueblos de Guatemala 2015-2025

El documento final se publica en el año 2015 y fue elaborado por la –UASPIIG-. La política es resultado de dos años de trabajo, se dice que parte de su metodología se realizó por medio de un proceso de consulta a nivel nacional con 33 mesas de trabajo, esa es la razón por la cual el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala –MSPAS-<sup>110</sup> señale que la política fue un proceso de diálogo.

Efectivamente ese proceso de diálogo se llevó a cabo. Al Instituto de Estudios Interétnicos, de la USAC, llegó una comitiva de la UASPIIG para conocer nuestras opiniones y sugerencias sobre la política. En igual forma nos han contado otras instituciones que fueron invitadas a las mesas de diálogo. Pero, "del dicho al hecho hay mucho

108 El origen de la política, es el artículo 17 de la Ley para la Maternidad Saludable decreto 32-2010, en dicho artículo se dice que el MSPAS debe formular dicha política.

109 En dicho documento no se menciona el total de mesas y diálogos que se piensan realizar, sólo aparece la estrategia a seguir. Una ruta debería de contener ese tipo de información, como la siguiente nota informativa: "La Política Nacional de Comadronas de los Cuatro Pueblos de Guatemala fue creada a partir de 33 mesas de diálogo en las que participaron representantes regionales de las comadronas, entes estatales, y organizaciones de la sociedad civil e internacionales." (Latinno data set, 2017) <https://www.latinno.net/es/case/10085/>

110 A partir de ahora se utilizarán estas siglas para referirse a esta institución en todo el documento.

trecho”, porque comentarios y sugerencias que se proporcionaron no fueron incluidas.

Algunas sugerencias que el área de salud del IDEI proporcionó en el año 2015, sobre la política fueron las siguientes: respecto al eje uno, sobre la promoción y divulgación de los saberes de las comadronas, se propuso la realización de investigaciones entre universidades e instituciones públicas, en ese sentido se sugirió la necesidad de que estas investigaciones tuvieran como fin último el cambio de contenido de los pensum de estudios de todas las carreras del sector salud en Guatemala.

También se sugirió una actualización de las estrategias de comunicación, se hizo la observación de la necesidad de ir más allá, no debería perseguirse solo la publicidad, sino fomentar y reforzar las buenas prácticas que tiene la población, como por ejemplo el uso del temazcal, remedios a base de plantas medicinales, etc. Porque muchas veces los trabajadores de salud son quienes más critican y discriminan ese tipo de prácticas.

El segundo eje, sobre el fortalecimiento de las comadronas con el sistema de salud, se recomendó que era necesario reconocer que las comadronas en Guatemala, atienden muchos padecimientos que no tienen que ver con el pre-parto, parto y post-parto, porque la visión del MSPAS y los normativos del mismo reducen enormemente el rol de una comadrona en las comunidades. Y en ese sentido, es necesario reconocer por parte del MSPAS que las comadronas tienen conocimientos diversos que deben ser reforzados en las capacitaciones.

También, se hicieron observaciones a esa política por varias instituciones, a continuación la opinión de un Ajq'ij:

*“¿ustedes participaron en los diálogos? No, a nosotros nos mandaron el documento después, cuando ya estaba terminado, era solo para revisarlo y dijimos que había aspectos que realmente no caben. Nosotros*

*hicimos comentarios a esa política, pero ya no cambiaron nada, era solo para cumplir. La presentación fue en Chichicastenango con el Consejo de Comadronas, pero para nosotros fue humillante porque acarrearon cientos y cientos de comadronas, vino el presidente y la vicepresidenta porque cuando la presentaron era el último año de ese gobierno. Eran un desastre, el director de área no estaba de acuerdo con ese punto [con la política], pero como era una orden, ni modo, tenía que estar allí, si vino el Ministro. Algunas comadronas sabían a que iban, otras no sabían a que iban, era como una propaganda política, se veía así porque allí estaba la vicepresidenta y viceministros, seguramente con la intención de llevar a toda esa gente al partido.” (Entrevista con Felipe Pol, 11/2/2020).*

Efectivamente la política fue presentada y discutida por muchos actores, pero queda la sensación de que las observaciones y sugerencias no fueron escuchadas, permanece la idea de que algunas instituciones prestaron su nombre para que apareciera en los documentos, pero al final se han sentido engañadas como lo han manifestado en entrevistas.

Se dice que la presentación de la política a nivel nacional, fue un evento que sirvió a muchos partidos políticos como una campaña anticipada al proceso electoral del año 2019, pero sin duda la iniciativa de Ley 5357, fue un evento muy politizado, desde su propuesta con el veto presidencial, hasta las lecturas que aún se están realizando en el Congreso de la República.

### **Iniciativa de Ley 5357, Dignificación de las comadronas :**

A partir de la política de comadronas, algunos diputados impulsaron la ley que contempla varios puntos, los más importantes son: decretar el 19 de mayo como el día de la dignificación nacional de la comadrona,

evitar la discriminación hacia ellas, valorar las actividades que realizan y otorgar un incentivo económico de 3,000 quetzales anuales a cada comadrona.<sup>111</sup>

A la fecha el camino recorrido en el Congreso de la República por la ley es el siguiente: 26 de octubre 2017 la conoció el pleno del congreso, el 8 de noviembre 2017, se emitió dictamen favorable, 6 de febrero 2018 se aprobó en primer debate, 8 de febrero se aprobó en segundo debate, 24 de abril fue aprobada en tercer debate. La ley fue aprobada el 16 de marzo del 2022, mediante el Decreto 22-2022, el Congreso de la República de Guatemala.

El planteamiento y el proceso de seguimiento de la ley ha sido polémico. Algunas opiniones de importantes y diversos sectores del país se presentan a continuación:

### **Opinión técnica del MSPAS:**

Desde antes que se presentara en el Congreso, con fecha del 6 de marzo del año 2017, la UASPIIG, por medio de la Ministra de Salud emitió opinión técnica:

“se considera que la misma ley atenta contra el don y misión de vida de las legítimas comadronas... La certificación a través de las filiales del MSPAS a nivel departamental no es viable y no es del todo legítimo, las experiencias de programas sociales y de gobiernos anteriores demuestran con claridad comadrazgos y corrupción, en todo caso serán las autoridades ancestrales, indígenas, o comunitarias y las mismas asociaciones de comadronas quienes extiendan este reconocimiento. El Ministerio de Salud Pública y AS, no debe certificar a las abuelas comadronas porque no tiene la competencia, debido a que cada comunidad reconoce la labor y servicio de las abuelas comadronas porque conoce su propia lógica de vida, como se indicó en apartados anteriores serán las autoridades comunitarias quienes

deberán legitimar su labor y servicio.” (MSPAS, 2017:2-3)

### **Veto Presidencial y resolución de la Corte de Constitucionalidad:**

Se emitió, el 13 de marzo 2017, en el cual se decía que era excluyente porque no se tomaban en cuenta a las comadronas xincas, mestizas y garífunas, por ello la Corte de Constitucionalidad, con fecha 8 de noviembre 2017 emitió dictamen que dice:

“Referido al nombre a la denominación de la Iniciativa en idioma K'iche', no resulta en ningún momento una acción de discriminación, sino que permite que la valoración idiomática del país. Si bien existe una discriminación positiva, la misma constituye la necesidad de valorar el servicio que toda mujer en ámbito presta a la comunidad, siendo esta, originaria de cualquiera de los cuatro pueblos que sustentan la identidad de la sociedad guatemalteca por lo que la incitativa, refleja esa diversidad, cultural.”(CortedeConstitucionalidad,2017:10)<sup>112</sup>

### **Asociaciones de terapeutas tradicionales:**

Debido a que muchas asociaciones y ONG'S participaron de la propuesta de la política de comadronas, en igual medida están pendientes respecto de las disposiciones de la ley. Las opiniones son las siguientes:

a) consideran que se ha politizado:

*“El dirigente o líder de las comadronas de Chichicastenango, se aliaron con la asociación Ixmukane en Quiché, entonces lo que entendimos es que, gracias a esa política de comadronas, más el consejo, van a lograr que las comadronas sean beneficiadas con mil quetzales. Lo que entendimos es que Ixmukané se fue de municipio en municipio como a buscar que las comadronas se alíen con ellas*

<sup>111</sup> La ley puede consultarse en la siguiente dirección electrónica: <https://leyes.infile.com/idl/2017/registro5357.pdf>

<sup>112</sup> En el siguiente enlace se puede leer el dictamen favorable: [https://www.congreso.gob.gt/assets/uploads/info\\_legislativo/dictamen/1517265978\\_Dictamen%205357.pdf](https://www.congreso.gob.gt/assets/uploads/info_legislativo/dictamen/1517265978_Dictamen%205357.pdf)

*para poder exigir ese dinero y algunas comadronas se aliaron, dijeron que ellos si luchaban por ellas, mientras que Médicos Descalzos no, y prefirieron ir o unirse con ellos, pero no con nosotros. Pienso que nosotros no somos políticos, quizá hacemos un poco de política de salud.” (Entrevista con Felipe Pol, 11/2/2020).*

b) El incentivo económico de las comadronas desvirtúa el trabajo comunitario y organizativo ancestral de la comadrona:

*“La idea nuestra, no es buscar como el Estado reconozca o pague sueldos a las comadronas. Pensamos que en el momento que la comadrona empiece a recibir dinero del Estado, se pierde todo, porque ya lo hacen por un sueldo que tienen y no por la vocación, esta es una **primera** cosa.” (Entrevista con Felipe Pol, 11/2/2020).*

c) El incentivo económico puede ocasionar una excesiva oferta de comadronas, provocando el aumento de las muertes maternas:

*“lo **segundo** es que los que van a salir beneficiadas, no son comadronas porque en Chichicastenango, de un momento a otro llegaron hasta cuatrocientas comadronas, como que, si para hacer comadrona como que no se necesita experiencia y empezaron a trabajar, pero aumentaron las muertes maternas porque la comadronas que atendían eran inexpertas, hacían lo que hacían, ya no querían que el Ministerio de Salud, se mentía a trabajar con ellas, porque no eran comadronas tradicionales, expertas, con dones entonces, las muertes subieron y el Ministerio de Salud no podía hacer nada.” (Entrevista con Felipe Pol, 11/2/2020).*

d) La burocracia del Estado sumada a otras acciones y la poca transparencia que tienen sus programas puede provocar corrupción:

**“tercero**, van a salir aprovechados otras personas, porque el Estado no va a aceptar a ninguna persona sin ningún contrato, de lo que sabemos, es de que se debe laborar con el Estado por medio de un contrato, se debe firmar un contrato con el Estado y en el contrato hay condiciones como saber leer y escribir, un informe mensual ¿ustedes señoras tienen capacidad a eso? ¿pueden hacerlo? Piénsenlo, porque el Estado es quien está haciendo esto, lo que está haciendo es una trampa donde ustedes caen y después ya no pueden salir de esa trampa y detrás de ese Estado están las instituciones como Ixmukané, no sé quiénes están, pero de que hay algo, hay algo. Y ustedes que no saben leer y escribir, no saben que es un contrato, no saben firmar, entonces ustedes ya están excluidas, entonces se van a aprovechar las que no son, pero si saben leer, escribir, o poder hacer informes y las que salen excluidas son las comadronas reales y va a parecer como comadronas falsas e inexpertas.” (Entrevista con Felipe Pol, 11/2/2020).

Todas las reacciones que ha ocasionado la ley, se deben orientar y entender que el trabajo de los terapeutas tradicionales es un tema controvertido, difícil de articular entre el Estado y la racionalidad que se tiene de la cosmovisión maya. En un principio se hizo bien, ya que se buscó el camino de las mesas de diálogo, pero una vez realizadas esas mesas ya no se continuó un proceso que implicara la negociación entre las partes. De esa cuenta ese proceso legislativo se visualiza de nuevo con la exclusión de muchos sectores.

### **¿Qué se puede decir de la política de comadronas y de la iniciativa de ley 5357?**

Sólo en la medida en que se realicen investigaciones, podemos dar respuestas a determinadas situaciones que se están dando en la sociedad. En el Instituto de Estudios Interétnicos desde el año 2000, en

el área de salud se han venido realizando diversas investigaciones<sup>113</sup>. La investigación se ha orientado hacia la incorporación de las representaciones y prácticas que tienen los diversos conjuntos sociales para incidir en las condiciones de vida y salud de los diversos grupos étnicos. Toma de base las lógicas y racionalidades de la cosmovisión de los grupos étnicos mesoamericanos, para evaluar cómo la pertinencia cultural es el vínculo articulador entre la bio-medicina y los saberes indígenas.

A la vez intenta construir un pluralismo de la salud que oriente las políticas y estrategias del Estado Guatemalteco, en donde el tema de la interculturalidad de la salud se propone como base para el entendimiento del proceso salud/enfermedad/atención. La orientación teórico-metodológica del área intenta crear una discusión que permita la presencia de profesionales de la salud y de ciencias sociales.

En toda Latinoamérica se utiliza el término parteras, para referirse a las mujeres que han sido capacitadas por el sector salud, para atender un parto. Guatemala es el único país de Latinoamérica que utiliza la palabra comadrona<sup>114</sup> para referirse a dichas mujeres, aunque cada uno de los 22 idiomas mayas, garífuna y xinca, poseen un término para dicha profesión. De esta cuenta, se usa el término comadrona en la política, esto se hace para reconocer el rol que éstas mujeres tienen en sus comunidades.

Tomando en cuenta las recomendaciones que da el MSPAS y la Asociación Médicos Descalzos para la ley 5357. Es necesario entender el rol que las comadronas cumplen en la sociedad, no importa si éstas son indígenas o no. El

trabajo de la comadrona es indispensable, pues a la fecha sigue siendo el único elemento con que cuenta el MSPAS, para recabar datos sobre los nacimientos de la mayoría de madres excluidas<sup>115</sup>, motivo por el cual el MSPAS se ve obligado a trabajar con ellas.

Sin embargo, esa relación que se establece con ellas, no se da en igualdad de condiciones, lamentablemente muchas comadronas son discriminadas por el personal de salud.

El MSPAS, debe partir entendiendo que la comadrona no se restringe a la atención pre-parto, parto y post-parto, ella sabe y atiende muchos otros padecimientos, motivo por el que no se le puede otorgar un carné que la autoriza para atender lo que al MSPAS le conviene, en ese sentido la propuesta de hacer mesas de diálogo para el planteamiento de la política de comadronas era un camino esperanzador para que a muchos sectores de la sociedad civil, (ONG'S, Universidades, Alcaldías, etc.) se les tomara en cuenta.

Se ha evidenciado, al menos que Médicos Descalzos y el área de salud del IDEI<sup>116</sup>-USAC, participaron con diversos aportes, al final lamentablemente no se tomaron en cuenta. La política nacional de comadronas es puesta en escena por el gobierno de turno, sin reconocer el rol que tiene la comadrona.

En el año 2017 se comienza a impulsar la ley de la dignificación de las comadronas, como una antesala de la campaña electoral de algunos diputados y partidos políticos. Ese proceso acelerado que la ley ha tenido en el Congreso se explica dentro del contexto de la campaña electoral, ya que una vez pasado ese proceso y después de una serie de artículos y

113 Durante ese período de tiempo se han realizado al menos 15 investigaciones sobre terapeutas tradicionales, los resultados de las mismas se pueden leer en la revista Estudios Interétnicos, en la página web del instituto se pueden consultar también libros y últimamente una serie de diversos artículos se han publicado en la revista Análisis de la Realidad Nacional IPNUSAC, véase los números: 144, 147-1, 161, 182, 184, 186, 198, 201

114 En el documento ruta crítica; utilizan 3 categorías: comadrona de doble formación, comadrona capacitada, partera, partero y comadrón.

115 A la fecha las estadísticas nos dicen que los partos atendidos por comadronas corresponden a un 49.3% de madres con más de 6 hijos, y a un 50.1% de madres analfabetas, según datos de la ENSMI 2014-2015.

116 No se utiliza las siglas IDEIPI, porque en ese entonces no había cambiado de nombre.

pronunciamientos en contra de la ley por parte de asociaciones de terapeutas tradicionales y hasta el propio MSPAS, la ley ha permanecido estática hasta este año. De nuevo estamos ante un nuevo proceso electoral, el 16 de marzo se aprueba la Ley por el Congreso de la República.

### **Se aprueba la ley y comienza una expectativa:**

El área de salud del IDEIPI, actualmente está desarrollando la investigación titulada: Las comadronas y su participación en acciones de salud: Un análisis desde los ODS y la igualdad de condiciones para las mujeres. Punto de partida para la implementación del plan de acción 2021-2025 de la Política Nacional de Comadronas de los Cuatro Pueblos de Guatemala.

**FOTOGRAFÍA No.24**  
**Reunión con comadronas en**  
**Departamento de El Quiché.**



A principios del mes de abril, durante una estancia en el departamento del Quiché, se asistió a una reunión con comadronas, la noticia sobre la aprobación de la ley comenzaba a circular en las redes sociales y televisivas de todo el país. Las opiniones de las comadronas respecto de la noticia son diversas, algunas reflexiones son las siguientes:

A dicha reunión llegó una comadrona de 92 años de edad, ya que vio la noticia en la televisión, por su edad dicha comadrona no está activa, no se encuentra en el listado. El personal del CAP explica que probablemente a ella no se le dé el incentivo porque no está activa.

Esto quiere decir que las comadronas de edad avanzada que ya no tienen su carné activo, no van a recibir el incentivo económico. ¿Cómo negarle ese incentivo a una persona que dedicó toda su vida a recibir partos? Existen vacíos sobre la forma en que se va a proceder a repartir el incentivo.

En las comunidades las madres de familia y sus respectivos esposos saben que las comadronas no son empleadas del Estado. Existen normativos sociales establecidos que se basan en la reciprocidad, esta es la razón por la cual si una madre no tiene suficientes recursos económicos, el pago que se le hace a la comadrona por haber atendido un parto se puede hacer con gallinas, pollos, con almudes de maíz<sup>117</sup> o de frijol. Sin embargo, cuando la familia tiene la posibilidad de pagar a la comadrona ésta cobra 300 quetzales. Esta es una práctica ancestral, aceptada por todos los miembros de una comunidad.

Existe mucha preocupación de parte de las comadronas porque consideran que habrán familias en las comunidades que les digan que ahora ellas son trabajadoras del Estado y es él quien les tiene que pagar. Las comadronas han hecho cálculos y en el caso de que ellas atendieran un parto por mes<sup>118</sup>, el bono incentivo del Estado, reduciría su cobro a 250 quetzales, (porque sería:  $250 \times 12 = 3,000$ ).

Elas consideran que hubiera sido mejor, si antes de legislar sobre el asunto, les preguntaran su opinión al respecto. Ellas explican que dentro del calendario maya existe

117 El almud es una medida que equivale a 3.5 kilogramos de maíz desgranado o 4 kilogramos de frijol.

118 La mayoría de las comadronas atienden entre 2 o 3 partos al mes, todo depende de la demanda que haya en la comunidad.



un día que está destinado para celebrar a la mujer, B'elejeb' B'atz, ese día se celebra "el comienzo y el principio del poder y la acción de la energía femenina, el día de la creación de la mujer"(tomado de: [www.mayatecum.com](http://www.mayatecum.com)) de acuerdo a la cosmovisión maya ese día es propicio para hacer ceremonias que se vinculan con la energía femenina. El 19 de mayo del calendario gregoriano, nada tiene que ver con ellas, no tiene sentido decir que ese es el día de las comadronas porque es vacío de contenido para ellas.

Las comadronas opinan que debido a los niveles de corrupción que se manejan en el Estado de Guatemala, no es conveniente para ellas poner su huella, ya que muchas de ellas no saben leer, ni escribir, pero también son monolingües hablantes de idiomas mayas, no hablan ni entienden el castellano. La mayoría de ellas ponen su huella en su carnet de comadrona, también ponen su huella en el acta que se levanta mes con mes en el Centro de Atención Permanente -CAP-, éstos no son procesos que ellas conocen, pero tienen cierto temor de colocar su huellas en listados que son sabidos para que se utilizarán, razón suficiente para entender los temores de éstas mujeres y sugerir a quienes vayan a realizar ese proceso de recolección de listados de comadronas sean lo suficientemente cuidadosos para informar a estas mujeres para qué servirán esas huellas.

En la reunión que se realizó con comadronas, algunas opinaron que sí quieren el dinero, otras comadronas explicaron que muchas veces cuando ellas acompañan a las mujeres embarazadas al CAP, hay veces que el personal les dicen que compren algunos insumos básicos o medicamentos para las pacientes, algunas comadronas terminan pagando y comprando lo que se solicita, motivo por el cual muchas opinaron que el dinero del incentivo económico podría entregarse a los trabajadores de salud para que se utilizará en la compra de dichos insumos. Explicaron que desde tiempos

ancestrales su oficio es reconocido por todos los miembros de la comunidad, motivo por el cual todos los comunitarios tienen un trato de respecto hacia ellas, por ser ellas las primeras manos que reciben a los niños que nacen, son consideradas como las segundas mamás, para muchas de ellas el trato es especial.

La reunión que se realizó con comadronas a inicios de éste mes de abril, tenía como objetivo dar a conocer la Política Nacional de Comadronas de los Cuatro Pueblos de Guatemala, otro de los puntos de la agenda también fue la aprobación por parte del Congreso de la República del día 19 de mayo como el día de la comadrona y la entrega del incentivo económico.

Debido a que en esos días se comenzó a conocer en los medios de comunicación y redes sociales la noticia sobre el incentivo económico que será entregado a las comadronas, se acordó trabajar en la redacción de un comunicado, para recoger las opiniones más importantes que fueron tratadas por ellas. El IDEIPI con fecha 7 de abril en su facebook publicó el comunicado que se presenta a continuación.

### **COMUNICADO<sup>119</sup>**

El 16 de marzo del 2022, mediante el Decreto 22-2022, el Congreso de la República de Guatemala aprobó que el 19 de mayo de cada año, se celebrará el "Día Nacional de la Comadrona Guatemalteca, Iyom y/o Rati't Ak'al". Esta disposición involucra también la entrega a las comadronas de un incentivo económico de tres mil quetzales durante el presente año, según lo estipulado en el artículo 113, del Decreto 16-2021, del Presupuesto General del Estado para el Ejercicio Fiscal 2022.

Ante dicho acontecimiento, durante una asamblea desarrollada desde sus formas propias de organización, un grupo de comadronas del departamento del Quiché, intercambiaron criterios que las llevó a

119 Este comunicado fue publicado en el Boletín Qatzij No. 22 Autorización Carta IDEIPI214-2022.

compartir su sentir ante la aprobación del Decreto 22-2022 descrito a continuación:

Primero. Que están de acuerdo con el hecho de que el Congreso de la República haga un reconocimiento de su labor, sin embargo el reconocimiento y honorabilidad ya han sido otorgadas desde tiempos inmemorables por las comunidades en Guatemala. Se tiene un trato de respeto hacia ellas y existe una reciprocidad, puesto que no hay dinero de por medio, sino consiste en la entrega de animales domésticos como pollos o gallinas, granos básicos como maíz, frijol y otros productos.

Segundo. Es necesario entender que las comadronas no son trabajadoras del Estado, porque habrá que recordar que la mayoría comenzó su trabajo por una emergencia en la familia o comunidad, o por el “don” o “misión de vida” que le fue revelado.

Tercero. Que el incentivo económico que se otorgará afectará su trabajo, porque las comunidades pueden identificarlas como trabajadoras del Estado, situación que ya se está viviendo en algunas comunidades, a partir del anuncio de este “incentivo” en los distintos medios de comunicación, incluyendo redes sociales y otros medios digitales. No se debe confundir a la población, el Estado no debe pagar por el trabajo que ellas realizan como comadronas al servicio de las comunidades.

Cuarto. Debido a los niveles de corrupción manejados en algunas organizaciones no gubernamentales, la entrega del incentivo económico podría ser aprovechada para vincular a las comadronas a dichas entidades, o afiliarlas a partidos políticos en el presente año preelectoral, siendo mayormente vulnerables quienes no saben leer ni escribir.

Quinto. Ya se escucha en distintas comunidades que el personal que labora en los Centros de Atención Permanente -CAP-, será responsable de la entrega del incentivo económico. En caso de que el dinero no llegara a manos de las comadronas, serán responsabilizados

directamente los trabajadores de servicios públicos de salud, lo cual también preocupa y afecta las dinámicas diarias en nuestras comunidades.

Sexto. Existen comadronas en las comunidades, que por su edad ya no atienden partos, motivo por el cual ya no están activas, no cuentan con carnet actualizado o vigente. En las comunidades ellas han dedicado su vida al oficio de comadrona. Al ser comadronas retiradas no aparecen en los listados actuales del CAP o servicio de salud correspondiente, por lo que serán excluidas de los listados de beneficiarias del incentivo económico. Dicha situación es lamentable porque en su mayoría se trata de adultas mayores o mujeres con problemas de salud y en situación de pobreza o pobreza extrema.

Séptimo. Este tipo de acciones deben ser consultadas con las propias beneficiarias para escuchar sus opiniones. Algunas comadronas que participaron en la reunión en el departamento de Quiché, sugirieron que el dinero se quede en el CAP o servicios de salud con los que trabajan de la mano, para atender necesidades de las pacientes que acompañan, principalmente para la compra de medicamentos (suero por ejemplo) e insumos básicos. Actualmente son frecuentes los casos en que las comadronas cubren gastos para adquirir medicamentos y otros implementos agotados en los servicios públicos de salud.

Con el respaldo de la Asociación Médicos Descalzos, más el acompañamiento del Instituto de Estudios Interétnicos y de los Pueblos Indígenas -IDEIPI-, de la Universidad de San Carlos de Guatemala -USAC-.

### **SOLICITAMOS:**

Primero que no se haga uso político de una loable labor o profesión ancestral, con alto prestigio en las comunidades de Guatemala.

Segundo plena transparencia durante el proceso de entrega del incentivo económico.

Tercero una campaña masiva de información sobre el mismo, tomando en cuenta que el mencionado incentivo únicamente será entregado este año 2022. Dicha campaña debería incluir aspectos de interculturalidad, por lo que se debe difundir no sólo en español, sino también en los idiomas mayas, Garífuna y Xinka.

Cuarto solicitamos que, con el pretexto de dar cumplimiento al Decreto 22-2022, ley que

declara cada 19 de mayo "Día Nacional de la Comadrona Guatemalteca, Iyom y/o Rati't Ak'al", la entrega del incentivo económico a comadronas no se convierta en una forma de comprar votos por parte del gobierno central o partidos políticos, para el proceso electoral que se avecina en el país.

Guatemala, Jueves 7 de abril del 2022, Día Mundial de la Salud.

## Juan José Hurtado, un pionero de la antropología de la medicina<sup>120</sup>

El 22 de mayo del 2022 muere el Dr. Juan José Hurtado Vega, académico, pediatra y amigo, al que considero el pionero de la medicina de la antropología en Guatemala, pues fue el primer guatemalteco que, atendiendo cara a cara a sus pacientes mayas en San Juan Sacatepéquez, escuchó con atención los recursos de los remedios caseros, las plantas medicinales y elementos de algunos animales que las mujeres mayas le decían que utilizaban para combatir algunos padecimientos.

Lamento no haber escrito antes estas palabras, porque considero que los homenajes y reconocimientos se deben hacer en vida, pero cierto es que, Juan José siempre tenía una sonrisa en la boca para recibirte y en lo personal, a mí me contó algunas de sus anécdotas vividas en relación con las enfermedades atendidas con población maya.

FOTOGRAFÍA No.25.

Dr. Juan José Hurtado Vega.



Foto: cedida por Elena Hurtado.

A la fecha, para hablar de antropología de la medicina en Guatemala, debemos hacer una importante referencia a la cosmovisión maya, por lo que debemos recurrir y escuchar a los Ajq'ijja', a las comadronas y curanderos/as de las comunidades, porque ellos tienen las representaciones del proceso salud/enfermedad/atención que se deben tomar en consideración para obtener un buen diagnóstico de las enfermedades en nuestro país.

En ese sentido, quiero resaltar la importancia del trabajo de Juan José Hurtado al comparar sus aportes y publicaciones con los antropólogos norteamericanos que en la década de los años setentas del siglo veinte se consideraban los únicos referentes sobre el tema.

<sup>120</sup> Este capítulo se publicará como artículo en la Revista Estudios digital, a la fecha se tiene el dato que el número de la revista es 28, pero no las páginas del artículo, ya que será publicada en noviembre del 2022. Pero el artículo se envió desde el mes de agosto.

El presente capítulo es un homenaje y reconocimiento a los aportes que hiciera Juan José Hurtado Vega para el desarrollo de la antropología médica en Guatemala. Por ello se hace un pequeño repaso de los primeros antropólogos extranjeros en Guatemala (alemanes y estadounidenses), tomando en consideración sus aportes respecto del proceso salud/enfermedad/atención y en una segunda parte del capítulo se hace un repaso de los aportes de Juan José Hurtado durante la década de los años setentas en Guatemala.

### Antropólogos estadounidenses en Guatemala:

En esta sección se exponen, brevemente las publicaciones elaboradas por antropólogos

suizos, alemanes y estadounidenses sobre antropología de la medicina y cosmovisión maya, con la intención de que el lector conozca brevemente la importancia de dichos aportes.

En la historia de la antropología médica en Guatemala, se visualizan dos caminos: el primero fue el seguido por los antropólogos estadounidenses que comienzan a venir a Guatemala en la década de los años cuarenta del siglo pasado y el segundo camino fue el seguido por los propios guatemaltecos, que se interesaron por el tema. En la tabla 15 se presenta información respecto de dichas publicaciones.

**Tabla No. 15. | Aportes de antropólogos tema cosmovisión maya y proceso salud/enfermedad/atención**

Nombre	Tiempo / Lugar / Grupo	Tema	Publicación*	
Oliver La Farge Douglas Byers	Feb-jun. 1927. Santa Eulalia y Jacaltenango, Huehuetenango. Jakalteco	Monografía	1931	1994 1997
Leonhard Schultze Jena	Agosto de 1929 a marzo de 1931. Chichicastenango, Quichés	Monografía	1933	1933
Ruth Bunzel	1930 y 1932. Chichicastenango, Quichés	Monografía	1936	1981
Charles Widson	May-oct. 1931, jun-sep. 1932, jul-oct. 1933. Jocotán y Olopa, Chiquimula, Chortís.	Monografía	1939	1961
Rafael Girard	30 años, 1935-1965, Chiquimula, Honduras. Área Chortí	Varios temas	'49, '51, '59, '60, '62	
John Gillin	Jun-sep de 1942, 1946 y 1948. San Luis Jilotepeque, Jalapa, área pokoman.	Susto	1945	1956
Richard N. Adams	Feb-jun. 1951. Magdalena Milpas Altas, Sacatepéquez, área Kaqchikel	Prácticas médicas	1952	
E. Michael Mendelson	Julio-oct de 1952 y 1953. Santiago Atitlán, Sololá, área Tz'utujil	Religión y cosmovisión	1956	1965
Benson Saler	1958-1959. El Palmar, Quetzaltenango.	Nawalismo	1964	1969

\* En esta columna aparecen dos filas, la primera corresponde a la fecha de publicación del documento en idioma inglés y la segunda la que corresponde al idioma castellano. En los autores donde las casillas no aparecen divididas se debe a que los documentos se publicaron en castellano.

**Fuente elaboración propia.**

Del cuadro se hacen las siguientes observaciones:

Primero, se puede ver la diferencia que hay respecto de tres hechos: la fecha en que se hace el trabajo de campo, la fecha en que se publica en inglés y finalmente la fecha en que se publica en idioma castellano. Este hecho es determinante porque hace una diferencia importante entre los académicos guatemaltecos que saben inglés y los que no, pues el tiempo de la traducción de los documentos a veces es de 50 años, véase la obra de Ruth Bunzel y Oliver La Farge.

Segundo. Otro hecho importante es que los primeros trabajos son etnográficos y hacen una descripción de la cultura y las prácticas de los indígenas, de allí la importancia de dichos estudios. Menciona un traductor que: "Desafortunadamente la ceremonia del cargador del año entre los jakaltekos fue erradicada poco después de la publicación de la obra de La Farge." (La farge, Byers, 1997:XV).

Tercero. Las publicaciones que corresponden a las décadas de los años cuarentas, cincuentas y sesentas se concentran en temáticas como: el susto (Gillin), la dualidad frío/caliente (Adams), dualidad visible/invisible (Mendelson), nawalismo (Saler), todas temáticas de la cosmovisión maya referidas al proceso salud/enfermedad/atención.

Todos estos investigadores extranjeros viajaron a Guatemala con el objetivo de realizar trabajo de campo con indígenas, véase lo que comenta uno de ellos al respecto:

"...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." (Adams 1,956:15-16).

Brevemente se puede decir que el documento escrito por La Farge y Byers aporta esas primeras miradas etnográficas y arqueológicas de los elementos de la cosmovisión maya referidos a la mitología y al tzolkin. De igual forma, Shultze Jena y Ruth Bunzel aportan información muy similar respecto de los días y ceremonias del Tzolkin. En forma breve explican los procesos de adivinación que se realizan en torno a los días del calendario maya para intentar explicar la importancia que tienen los Ajq'ija' en la cotidianidad de los pueblos de Chichicastenango y Jacaltenango.

De suma importancia para el tema de este artículo son los capítulos titulados: Enfermedad y medicina de la monografía de Charles Wisdom, y la etnografía del susto que hace John Gillin en San Luis Jilotepeque en la cual explica la adquisición de conocimientos, terapias y uso de plantas medicinales entre los curanderos. Éste autor señala la importancia de la memoria histórica colectiva de la comunidad.

E. Michael Mendelson en su libro intenta explicar el polémico significado que tiene la figura de Maximón como una deidad sincrética en Guatemala, lo que constituye un primer acercamiento a la cosmovisión maya, como también lo es el estudio realizado por Benson Saler en el Palmar, en el que intenta explicar lo que es el cruce entre hechicero/nawal/brujo y su proceso de transformación.

Es importante explicar que la propuesta de Richard Adams en su libro respecto al modelo condicional de la enfermedad. Adams propone un modelo basado en el esquema operativo de las ecuaciones, en donde la primera parte de la ecuación es una condición interna en el organismo<sup>121</sup>, a la que se suma, en la segunda

121 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 1,952:17)

parte de la ecuación, una condición externa<sup>122</sup> experimentada por la persona, dando como resultado una enfermedad, en este caso una enfermedad tradicional.

El estudio se basa 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, por ello la propuesta de Adams responde al equilibrio frío/calor: lo que investiga es la explicación simbólica de la eficacia de la medicina folk.

La intensión de éste apartado fue presentar muy brevemente los aportes respecto a la temática de la cosmovisión maya en el proceso salud/enfermedad/atención que elaboraron los antropólogos extranjeros en Guatemala.

Es claro que también hubo escritos de académicos guatemaltecos, formados en la óptica de estos extranjeros, que desde los años cincuenta ya estaban escribiendo. Un ejemplo de esto son las publicaciones de Antomio Goubaud Carrera, Joaquín Noval, Gustavo Correa, etc.

Pero es la en la década de los años setentas cuando ya comienzan a conocerse otras publicaciones de académicos en la línea de la antropología de la medicina. Dos publicaciones respecto del tema son importantes: la de Juan José Hurtado titulada "Algunas ideas para un modelo estructural de las creencias en relación con la enfermedad en el altiplano de Guatemala" y la de Azzo Ghidinelli titulada "El sistema de ideas sobre la enfermedad en mesoamérica".

A continuación se presenta la obra de Juan José Hurtado, para resaltar la importancia de sus aportes y así brindar un merecido homenaje.

## **El primer médico-antropólogo guatemalteco**

### **Juan José Hurtado:**

Juan José Hurtado fue pediatra, licenciado en Historia y estudió una maestría en antropología, estuvo trabajando como director de la clínica en San Juan Sacatépequez y es allí donde comienza atender población indígena. En sus propias palabras, Hurtado decía que su trabajo consistía en el: "El arte de escuchar, el arte de observar, el arte de observar con los cinco sentidos, el arte de tratar de aliviar y eventualmente curar". (Recuperado de: [https://www.google.es/url?sa=t&rc=tj&q=&src=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEw-jp7rafhuf4AhVMn4QIHScDIUQwqsBeggQICBAB&url=https%3A%2F%2Fvimeo.com%2F110436805&usg=AOvVaw35Dz\\_WuH-TjtIVzCgiao9j4](https://www.google.es/url?sa=t&rc=tj&q=&src=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEw-jp7rafhuf4AhVMn4QIHScDIUQwqsBeggQICBAB&url=https%3A%2F%2Fvimeo.com%2F110436805&usg=AOvVaw35Dz_WuH-TjtIVzCgiao9j4))

Toda su vida la dedicó a la pediatría, pero también se interesó por la docencia, trabajando en las siguientes instituciones: Instituto de Nutrición para Centroamérica y Panamá -INCAP-, Universidad del Valle de Guatemala y Universidad Francisco Marroquín.

La razón por la cual un médico comienza a realizar aportes en el campo de la antropología médica, debe explicarse en que la carrera de antropología surge en el país hasta el año 1974. En esa perspectiva Hurtado nos dice que al terminar sus estudios de medicina, se incorpora a un proyecto de salud comunitaria y es cuando él hace una reflexión de que la universidad no le había preparado para eso:

*"...pero conocí a Joaquín Noval, que fue un excelente antropólogo, él fue quien me guió en mis primeros pasos y él me orientó en el proceso de mi tesis de historia, dado que la facultad de humanidades en ese entonces no había antropología, sólo historia, yo tengo un título de licenciatura en Historia, que fue el que me dieron*

122 En palabras de Adams: "...condición externa, se refieren 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 1,952:18)

*porque no tuve la posibilidad de sacar un título en Antropología y posteriormente me fui a los Estados Unidos a estudiar mi Maestría."*

El espíritu de investigador que ha caracterizado al Dr. Hurtado, lo lleva a complementar su formación médica con estudios en el campo de las ciencias sociales y como conocedor de la cosmovisión maya nos dice:

*"a mí me impresionó mucho el final de ese artículo<sup>123</sup> cuando describen a los shamanes como esquizofrénicos, este es uno de los primeros artículos sobre antropología médica, es un estudio muy profundo en San Luis Jilotepeque, me impresionó enormemente la descripción tan maravillosa que él hace del problema del susto. ...es una visión biomédica total, de un siquiatra sin ninguna mala intención, sino su visión total es mirarlos como esquizooides, y esto no es posible, esto es un ejemplo total... pero estamos hablando de 1948, es un artículo muy viejo".*

Algunos artículos de Juan José Hurtado de los años setentas fueron publicados en la revista Guatemala Indígena, entre ellos están: "Algunas ideas sobre el culto a los animales y el nahualismo en el siglo XVIII" 1971, "La importancia de llaves, tipologías, jerarquías taxonómicas y la orientación etno-genealógica en la investigación en las ciencias sociales" 1975, "Práctica relacionada con el embarazo, parto y crianza del niño y su efecto sobre la salud y el estado nutricional de las madres y niños de edad baja" 1979.

En el cuadro No.1 se presenta un resumen de la propuesta de clasificación de las "enfermedades de la población indígena", como aparece en el artículo de la revista.

Juan José en sus investigaciones no se conforma con recoger y recolectar la información, la analiza y así propone una posible clasificación de las enfermedades:

*"Como bio-médico encontré una posibilidad de comparación con ciertas bases lógicas y por eso llegue a la conclusión de lo mecánico. Primera cosa que me llamó la atención los nombres que la gente le daba, niño con las varillas rotas, con las varillas caídas, con la mollera hundida, con la mollera caída, me llamó la atención de que todas las denominaciones tenían un componente mecánico, como parte de la lectura de ese libro sobre antropología cognitiva, comencé a pedirle a la gente que me dibujarán y que me explicarán cómo concebían la mollera, entonces ya comencé a relacionar eso con los tratamientos, porque los tratamientos son absolutamente mecánicos, le meten el dedo en la boca al niño para empujarle el paladar, le succionan la parte de la fontanela a los niños, entonces había una correlación y fue por eso que se ocurrió llamarlas así. Los mismos médicos cuando yo estudiaba medicina hablaban de estómago caído, entonces dentro de la bio-medicina estaban esos conceptos, después se fueron abandonando."*

123 "El mágico temor" de J. Guillin, EN: Cultura Indígena de Guatemala, Richard Adams comp. Guatemala:1956.



Propuesta de Juan José Hurtado para la clasificación de las enfermedades



Sobre el documento titulado: "Algunas ideas para un modelo estructural de las creencias en relación con la enfermedad en el altiplano de Guatemala" 1973. A continuación se hacen algunas reflexiones:

Primero: dichas enfermedades no son únicas y exclusivas de la población indígena, sino que también las padecen los ladinos, mestizos, etc. Como el fin último del artículo no es la discusión indígena/ladino, basta con decir que estas enfermedades se presentan en los conjuntos sociales que habitan el área mesoamericana y se relacionan estrechamente con la cosmovisión maya, misma que es patrimonio de todos sus habitantes. Por esta razón la clasificación de las enfermedades propuesta por Juan José Hurtado continúa teniendo vigencia, porque toma de base elementos de la cosmovisión maya.

Segundo: En la clasificación llamada; la ruptura del equilibrio mecánico del cuerpo, se sitúa: mollera caída, cuajo caído, cachetes caídos, etc. En idioma Kiche', la descompostura o caída de la matriz se le dice: kasilab'kipam, b'enaq

pamaj. En la actualidad muchas personas se enferman y consultan a las/os curanderas/os que pueden hacer la terapia. La propuesta de Hurtado corresponde a la lógica de la terapia aplicada por los terapeutas tradicionales y que en la actualidad tiene un amplio uso. Las cifras más recientes sobre la atención de este padecimiento corresponde a un estudio realizado por Médicos Descalzos en el año 2013, en él se afirma que las comadronas dieron un total de 244 consultas para la mollera caída y 944 consultas para la descompostura a lo largo de 8 meses.

Tercero: Hurtado propone otras clasificaciones de las enfermedades, las causadas por la ruptura del equilibrio emocional, y explica que "el estar chipec" sería una de ellas y el "sobrepardo" o fiebre puerperal, otra categoría. La pérdida del alma, en donde se ubica "El susto". Una tercera categoría son las enfermedades causadas por la influencia de otros seres, naturales o sobrenaturales. Hurtado explica que el "ojo"<sup>124</sup>, "castigo de dios", "el mal hecho" pertenecen a ésta categoría. Agrupo estas tres clasificaciones porque considero que

124 Considero que el padecimiento llamado "ojo" o "mal de ojo" no debería clasificarse dentro de esta categoría.

éstas deben ser abordadas desde la óptica de la salud mental como lo hace Médicos Descalzos en su publicación: *¿Yab'il xane K'oqil? ¿Enfermedades o consecuencias?: seis psicopatologías identificadas y tratadas por los terapeutas*. Cada una de éstas se vincula estrechamente con la cosmovisión maya y ésta es la razón por la cual un médico que no conoce esta forma de ver el mundo, no puede entender a cabalidad el padecimiento. La propuesta de Hurtado comienza a abrir puertas para entender elementos de las creencias que son indispensables para tener un diálogo y así poder atender los padecimientos.

Cuarto: la dualidad frío/caliente se había trabajado según el modelo condicional de Richard Adams, como se mencionó en la primera parte del artículo. Juan José explica: "una enorme cantidad de enfermedades, precauciones, que se tomen, indicaciones dietéticas e indicaciones terapéuticas puede ser explicadas con base a este concepto de equilibrio calor y frío" (Hurtado, 1973:19).

Considero que la dualidad frío/caliente sólo puede entenderse y tiene validez desde la óptica de la cosmovisión maya. Lo caliente se relaciona con el sol, el día y la vida, todo lo que se relaciona con el astro es caliente (supramundo). Lo frío se relaciona con el inframundo, con la noche y la muerte (cuevas, aguas subterráneas) en el sentido que todo lo cercano a ello se le considera frío.

En caso de que se pierda el equilibrio entre lo frío y lo caliente viene la enfermedad. La cura consiste en restablecer ese equilibrio perdido por un exceso de frío/caliente. López Austin explica que se da una relación de poderes del cosmos con la enfermedad: "las enfermedades de naturaleza fría están relacionados con los seres acuáticos, mientras que el sol y el cielo se les atribuyen enfermedades calientes" (López, 2004:308)

Existen varias condiciones que rompen el equilibrio frío-caliente. Éstas son: las condiciones climáticas, condiciones de

los seres humanos (funciones fisiológicas, condiciones transitorias, partes del cuerpo humano), ingesta de alimentos, ubicación de plantas, animales y minerales respecto del supramundo (cielo-sol) e inframundo (agua, subterráneo).

Otro hecho importante sobre esta dualidad es que la polaridad no se refiere únicamente a un estado térmico de los cuerpos, sino las calidades son diversas. Por ejemplo: las frutas catalogadas como frías se debe a que son demasiado acuosas. Los alimentos que son picantes son calientes. El granizo es caliente porque quema las plantas. En ese sentido las características determinan la posición de los cuerpos en uno u otro lado del sistema clasificatorio.

La diversidad de los criterios taxonómicos es grande, razón por la cual, en la actualidad, una especie vegetal puede ser considerada "fría" por algunos informantes, mientras que otros afirman que es "caliente". Por ejemplo, la ruda es fresca y sirve para hacer limpias en el cuerpo, pero cuando la ruda se usa en un remedio casero, mezclada con otras plantas medicinales como el pecón y la manzanilla, se vuelve caliente.

Juan José Hurtado no llegó a profundizar tanto sobre la dualidad frío/caliente, pero a diferencia de Adams, no busca un modelo para entenderla, sino busca su validez en la cosmovisión maya, de allí la importancia de esta primera aproximación que él hace en la década de los años setentas en Guatemala.

### **El médico antropólogo:**

Toda persona que conoció a Juan José guarda un grato recuerdo de él, sobre todo como el médico que ante todo dialogaba de tú a tú. En San Juan Sacatepéquez fue una persona muy querida, que no dudó en llevar urgentemente ayuda en el terremoto de 1976. En sus últimos años, cuando fue docente de antropología de la medicina en la Universidad Francisco Marroquín, no se cansaba de explicarles a sus estudiantes:

"Comprendan que están en un situación de interculturalidad es decir que comprendan que están trabajando con personas que tienen creencias muy diferentes respecto de la medicina" (palabras tomadas del Homenaje, Recuperado de: [https://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjL5LOI-tL4AhUFlmoFHfB9DZIQwqsBegQIBhAB&url=https%3A%2F%2Fvimeo.com%2F110436805&usg=AOvVaw35Dz\\_WuHTjtIVzCgiao9j4](https://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjL5LOI-tL4AhUFlmoFHfB9DZIQwqsBegQIBhAB&url=https%3A%2F%2Fvimeo.com%2F110436805&usg=AOvVaw35Dz_WuHTjtIVzCgiao9j4) )

Hurtado es quien comenzó abrir brecha en ese campo de la bio-medicina que es tan hegemónico, lamento que se dedicara tanto a sus pacientes, porque considero que como investigador hubiera podido escribir más.

Una faceta poco conocida de él es su valiosa trayectoria como docente, en la década de los setentas y ochentas en el Instituto Guatemalteco de Nutrición para Centro América y Panamá y posteriormente en la Universidad del Valle, para terminar finalmente en la Universidad Francisco Marroquín.

Como docente pudo expresar y enseñar a sus alumnos esa cara de las creencias que son tan importantes para que una madre de familia

pueda entender cómo debe administrar los medicamentos.

Si a inicios del siglo XX los antropólogos estadounidenses fueron quienes en Guatemala comenzaron a preocuparse por las creencias en torno a la cosmovisión maya, en la década de los años setentas los primeros académicos guatemaltecos toman los aportes de estos primeros y continúan contribuyendo con sus publicaciones buscando una forma de articular diversos pluralismos. Esa trayectoria continúa en la décadas de los años noventas, sumándose el movimiento maya con sus propios intelectuales. A la fecha de hoy, al hacer un repaso de esos aportes en esta Guatemala multilingüe y pluricultural, es necesario detenerse y dar un justo homenaje a quienes han contribuido en ese camino.

Hoy en día la propuesta de Juan José Hurtado sobre la clasificación de las enfermedades se le pueden hacer algunas observaciones, debido a los aportes de los nuevos estudios que se han hecho sobre el tema, pero lo importante es que él propone la importancia que tiene la cosmovisión maya para la atención de los diversos padecimientos que por siglos han estado en la población indígena, ladina, xinca y garífuna de Guatemala.

# Bibliografía

- Adams, R. (1952) Una análisis de las creencias y prácticas médicas en un pueblo indígena de Guatemala. Guatemala: Ministerio de Educación Pública.
- Ajxup P., Virginia et. al. (2003). Concepción Maya del Tiempo y sus Ciclos. Guatemala, Consejo maya "Jun ajpu" ixb'alamke.
- AsindiRexWe. (2,005). Diagnóstico de la medicina maya poqomchi' en San Cristóbal Verapaz. Guatemala. AsindiRexWe.
- . (2007). Experiencia con médicos mayas poqomchi' en San Cristóbal Verapaz, Guatemala. AsindiRexWe.
- Asociación de Servicios Comunitarios, Asociación Pies de Occidente (2008) Propuesta para la relación entre la medicina maya y medicina oficial en los distritos de salud. Guatemala: Autor.
- Asociación Pies de Occidente.(1999).*El rol de la comadrona en su contexto sociocultural*. Guatemala: Los altos.
- . (2,005). Lineamientos para un modelo de servicios de salud culturalmente adecuados en el altiplano occidental de Guatemala. Encuentro de dos sistemas médicos maya y occidental. Guatemala. Asociación Pies de Occidente.
- . (2006). Redes de médicos mayas en San Andrés Xecual. Guatemala. Pies de occidente-Asociación de Servicios Comunitarios de Salud.
- (2,008). Propuesta para la relación entre la medicina maya y medicina oficial en los distritos de salud. Guatemala. Pies de occidente-Asociación de Servicios Comunitarios de Salud.
- (2010) Sistematización de las principales enfermedades caracterizadas desde el sistema médico maya. Guatemala. Pies de occidente-Asociación de Servicios Comunitarios de Salud.
- (2018) El sistema de salud maya, una práctica de salud vigente. Guatemala: Autor.
- . s.f. Conociendo la medicina maya en Guatemala. Guatemala. Pies de occidente-Asociación de Servicios Comunitarios de Salud.
- Asociación Médicos Descalzos (en prensa). *Mejora de los servicios de atención en salud sexual y reproductiva y medicamentos esenciales*. Guatemala: Médicos Descalzos.
- (2012). *Conocimiento tradicional de las comadronas sobre salud reproductiva*. Guatemala: Chosalmaj.
- (2012) *¿Yab'il xane K'oquil? ¿Enfermedades o consecuencias?, seis patología indentificads y tratadas por los terapeutas Maya'ib' K'iche'ib*. Guatemala: Cholsamaj.
- (2014). *Lineamientos para el personal de salud en el relacionamiento con comadronas*. (M. d. Social, Ed.) Guatemala: Autor.

- (2015). *¿Yab'il xane k'oqil? ¿Enfermedades o consecuencias?.* Guatemala: Autor.
- (2017). *Salud mental materna. Desde la experiencia de las comadronas de El Quiché.* Guatemala: Autor
- Ball, G. (1993). *Lenguaje como barrera para la adquisición de conocimientos en comadronas tradicionales kaqchikeles adiestradas del área kaqchikel.* (Tesis de licenciatura, no publicada). Universidad de San Carlos de Guatemala. Guatemala.
- Baudez, Claude-Francois. (2004). Una historia de la religión de los antiguos mayas. México: UNAM, Centro Francés de Estudios Mexicanos y Centroamericanos.
- Bello, Álvaro (2004) Etnicidad y ciudadanía en América Latina. Chile: CEPAL.
- Boixareu, Rosa (coord.) (2008). *De la antropología filosófica a la antropología de la Salud.* España: Herder.
- Bunzel, R. (1981) Chichicastenango. Guatemala: José de Pineda Ibarra
- Cabrera, M. (1995). *Otra historia por contar promotores de salud en Guatemala.* Guatemala: Fondo de Cultural Editorial.
- Cabarrús, Carlos R. (1979). La cosmovisión q'eqchi' en proceso de cambio. Guatemala, Cholsamaj.
- Car, Glendy et. al. (2005). La herencia de las abuelas y los abuelos en la medicina indígena maya. Guatemala, ASECSA.
- Congreso de la República de Guatemala, (2017) Iniciativa No. 5357, ley que declara el diecinueve de mayo de cada año "día de la dignificación nacional de la iyom y /o rati't ak'al comadrona de Guatemala. Guatemala: Autor. [https://www.congreso.gob.gt/assets/uploads/info\\_legislativo/dictamen/1517265978\\_Dictamen%205357.pdf](https://www.congreso.gob.gt/assets/uploads/info_legislativo/dictamen/1517265978_Dictamen%205357.pdf)
- Corte de Constitucionalidad, (2017) Dictamen a la Iniciativa No. 5357, ley que declara el diecinueve de mayo de cada año "día de la dignificación nacional de la iyom y /o rati't ak'al comadrona de Guatemala. Guatemala: Autor <https://leyes.infile.com/idl/2017/registro5357.pdf>
- Consejo Mayor de Médicos Maya'ob' por Nacimiento (2016). *Raxnaq'il Nuk'aslema!, Medicina Maya' en Guatemala.* Guatemala: Cholsamaj.
- Craveri, M. (2012) Contadores de historias, arquitectos del cosmos. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Chávez, C., Morales, E., y Pol, F. (2007). *El uso del Tuj.* Guatemala: Cholsamaj.
- Dirección de Área de Salud del Quiché. (2008). *Memoria de Estadísticas Vitales y Vigilancia Epidemiológica.* El Quiché: Autor.
- Dirección de Área de Salud del Quiché. (2014). *Memoria de Estadísticas Vitales y Vigilancia Epidemiológica.* El Quiché: Autor.
- Dirección de Área de Salud del Quiché. (2016). *Memorias de Estadísticas Vitales y Vigilancia Epidemiológica.* El Quiché: Autor.
- Díaz, R. (1964). *Consideraciones sobre el adiestramiento de comadronas empíricas en Coatepeque.* (Tesis

- de licenciatura, no publicada). Universidad de San Carlos de Guatemala. Guatemala.
- Dietz, G. (2001). "Del multiculturalismo a la interculturalidad: un movimiento social entre discurso disidente y praxis institucional". En: De Prado R., J. (ed.). *Diversidad cultural, identidad y ciudadanía*, Córdoba, Instituto de Estudios Transnacionales.
- Eder, K. et. al. (2002). *Modelo de la medicina indígena maya en Guatemala*. Guatemala, Asociación de Servicios Comunitarios de Salud ASECSA.
- , (2004). *Modelo de la medicina indígena maya en Guatemala: Expresiones del modelo en el grupo étnico q'eqchi'.* Guatemala, ASECSA.
- Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil. (2011). *Encuesta Nacional de Salud Materna e Infantil*. Guatemala: Instituto Nacional de Estadística.
- Espinoza, E. (1999). *Rejqalem ri wa'ix, Dimensión cero: filosofía maya, etnomedicina y física moderna*. Guatemala: Cholsamaj.
- Flores, W. (2008) El sistema de Salud en Guatemala, 4: ¿Así... funcionamos?. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo.
- Florescano, E. (2000). "la visión del cosmos de los indígenas actuales" EN: Descatos No.5, año pp.15-29
- FONAPAZ y UNICEF. (1993). *Proyecto capacitación, equipamiento y seguimiento de comadronas tradicionales*. Guatemala: Autor.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas, Agencia Española de Cooperación Internacional. (2010) *Sistematización de servicios de salud con pertinencia cultural*. Guatemala: Autor.
- Freidel, D., Schele, L., Parker, J. (1999) *El cosmos maya*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Freyermuth, G. (1993). *Médicos tradicionales y médicos alópatas: Un encuentro difícil en los ritos de Chiapas*. México, CIESAS.
- Girard, R. (1966) *Los mayas: su civilización, su historia, su vinculaciones continentales*. México: Libro Mex editores.
- Gillin, J. (1956). *El temor mágico*. En *Cultura indígena de Guatemala*. (pp.151-183). Guatemala: Ministerio de Educación Pública.
- Ghidinelli, A. (1986) El sistema de ideas sobre la enfermedad en mesoamérica EN: *Tradiciones de Guatemala*, (26), 69-89.
- Girard, R. (1966) *Los mayas*. México: Mex editores.
- Gómez B., Ricardo (s.f.) *Prolapso de la pared vaginal*. Recuperado de <http://www.ginecoweb.com/0prolapso.html> [Consultado el 12 de julio del 2011].
- González G. (2011). *Protocolos de derivación en ginecología; prolapso genital*. Chile: servicio salud araucanía sur.
- Grupo de Estudio Proyecto Menopausia Italia (2001). *Factores de riesgo de prolapso genital en mujeres no histerectomizadas cercanas a la menopausia, resultados de un estudio transversal de gran tamaño en clínicas de la menopausia en Italia*. European Journal of Obstetrics

- & Gynecology and Reproductive Biology, 1, 226-231.
- Guzmán, J. (2017) *Análisis de situación: mortalidad materna Guatemala* <http://epidemiologia.mspas.gob.gt/files/Publicaciones%202017/MM/Situacion%20de%20MM%20junio%202017.pdf>
- Harris, J. (2018) "Alguien lo está enfermando: conceptos de la enfermedad en Santa Catarina Ixtahuacán" En: *Los cuidados de salud en la Guatemala maya*. (pp.41-57) Guatemala: Piedra Santa.
- Herrera, J. (2014) Empoderamiento desarrollado en mujeres y jóvenes a través de su formación como defensores/as comunitarias y juveniles, y su aporte en las defensorías conformadas. España: Universidad Jaume I ([http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/113761/TFM\\_2013\\_herreraJ.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/113761/TFM_2013_herreraJ.pdf?sequence=1&isAllowed=y))
- Hernández, L., Sánchez, C., Verdugo, J., Morales, L., Arriaga, A., Hernández, Z. (2012) Transformando el sistema público de salud desde el primer nivel de atención. Guatemala: Serviprensa.
- Hurtado, J. (1973). *Algunas ideas para un modelo estructural de las creencias en la relación con la enfermedad en el altiplano de Guatemala*. Revista Guatemala indígena, 1(1-2), 7-22.
- Hurtado, E. (2005). En *Entomedicina en Guatemala*. (pp.235-247). Guatemala: Editorial universitaria.
- ICEFI-UNICEF, (2011) El remedio de nuestros males: un análisis sobre los mecanismos, costos y formas de financiamiento para mejorar el sistema de salud pública en Guatemala, 2012-2021. Guatemala:ICEFI-UNICEF.
- International Confederation of Midwives, Fondo de Población de las Naciones Unidas. (s. f.) *Guía para programas integrales sobre partería*. Recuperado de:[https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/Midwifery%20Programme\\_Guidance%20Spanish\\_Final%202014.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/Midwifery%20Programme_Guidance%20Spanish_Final%202014.pdf).
- Instituto Centroamericano de Nutrición para Centro América y Panamá. (1992). *Capacitación a capacitadores de comadronas*. Guatemala: ProyectoMotherCare/Jhon Snow Inc.
- Jiménez, E. (2012). *Prolapso uterino, pesario y medicina de familia*. Recuperado de <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/4060/1/Prolapso-uterino-pesario-y-Medicina-de-Familia.html> [Consulta 18 de octubre del 2012]
- Junge, P. (2001) *Nuevos paradigmas en la antropología médica*. IV Congreso Chileno de Antropología, 19-23 noviembre, Chile, Recuperado de <http://www.aacademica.com/iv.congreso.chileno.de.antropologia/4.pdf> [Consultado 15 de agosto de 2012]
- La Farge, O. y Byers, D. (1997). El pueblo cargador del año. Guatemala: CIRMA.
- Latino Dat set. (s. f.) Proceso de Diálogos de la Política Nacional de Comadronas de los Cuatro Pueblos de Guatemala, tomado de <https://www.latinno.net/es/case/10085/>
- León-Portilla, M. (1986). *Tiempo y realidad en el pensamiento maya*. México:

- Universidad Nacional Autónoma de México.
- López, A. (2004). *Cuerpo humano e ideología*. México: Universidad Autónoma de México. Tomo I y II.
- Martínez, A (1996). *Antropología de la salud*. En Ensayos de antropología cultural. Barcelona: Ariel, pp.369-381.
- Médicos del Mundo, (2013) Compendio de investigaciones, diplomado en epidemiología sociocultural: una experiencia para repetirse. Guatemala: Autor.
- Mendelson, E. (1965). Los escándalos de Maximón. Guatemala: Tipografía Nacional.
- Menéndez, E. (1992a). *Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de auto-atención; caracteres estructurales y auto-atención y auto-medicación; un sistema de transacciones sociales permanentes*. En Roberto Campos. La antropología médica en México. México: Universidad Autónoma de México, pp 97-114 y pp 141-185
- Menéndez, E. (1992). *Autoatención y participación social: estrategias o instrumentos en las políticas de atención primaria*. En Medicina Tradicional 500 años después. México: Instituto de Medicina Dominicana. Pp.63-104.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (2015) . *Estadística de Mortalidad Materna. Guatemala, enero a diciembre 2014-2015*. Recuperado de: <http://epidemiologia.mspas.gob.gt/files/Publicaciones%202016/Salas%20Situacionales/INFORME%20MM2014-2015.pdf>
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (1962). *Guía de instructivo para capacitación de comadronas empíricas*. Guatemala: Autor.
- . (1980). *Manual para el Equipo Adiestrador de Comadronas Tradicionales*. cuarta revisión. Departamento de Materno Infantil. Guatemala: Autor.
- . (1986). *Normas y Guías de Atención en Centros de Salud*. Programa de Salud Materno Infantil; Departamento Materno Infantil. Guatemala: Autor.
- . (1988). *Capacitación y Seguimiento de Comadronas Tradicionales*. Departamento Materno Infantil, Dirección General de Servicios de Salud. Guatemala: Autor.
- . (1989). *Guía del docente para la capacitación a comadronas*. Dirección General de Servicios de Salud. Departamento Materno Infantil. Guatemala: Autor.
- y UNICEF. (1990). *Curso de capacitación de comadronas tradicionales de Guatemala con enfoque participativo*. Guatemala: Autor.
- y Proyecto de Salud Materna-Perinatal/ Departamento Materno Infantil, (1996). *Guía para facilitadores de comadronas: contenidos técnicos para comadronas*. Guatemala: Autor.
- . (2,002). Programa Nacional de Medicina Popular Tradicional y Alternativa, Guatemala, s.e.
- . (2006). *Manual para la intervención corta en la capacitación a comadronas tradicionales*. Guatemala: Autor.
- . (2007) *Conociendo la medicina tradicional en Guatemala*. Guatemala: Autor.



- . (2010) V Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2008-2009. Guatemala:MPSAS.
- . (2010). *Sistematización de servicios de salud con pertinencia cultural*. Guatemala: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
- , (2010) Normas con pertinencia cultural ... hacia la interculturalidad. Guatemala: Autor.
- , (2011) Recomendaciones para la adecuación de los servicios de salud hacia la pertinencia cultural con enfoque intercultural en el primer nivel de atención en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guatemala: Autor.
- , (2011) Manual de adecuación cultural del parto natural/vertical y sus distintas posiciones en el marco multicultural de Guatemala. Guatemala: Autor.
- , (2014) Ruta crítica para la construcción de la Política Nacional de Comadronas. Guatemala: Autor.
- . (2014-2015). *Sexta encuesta nacional de salud materno infantil, informe de indicadores básicos*. Guatemala: Autor.
- , (2015) Política nacional de comadronas de los cuatro pueblos de Guatemala 2015-2015. Guatemala: Autor.
- .(2016). *Manual para capacitar comadrona en atención materno neonatal*. Guatemala: Autor.
- Morante, R. (2000) "El universo mesoamericano: conceptos integradores." EN: Descatos No.5, año 2000 pp.31-44.
- Mosquera M. (2000) Antropología de la Medicina. Guatemala:Serviprensa.
- , Gaspar M. y Sucuquí, I. (2001). Conociendo la sabiduría achi': salud y enfermedad en Rabinal. Guatemala:Serviprensa.
- . (2006). Lógicas y racionalidades; entre comadronas y terapeutas tradicionales. Guatemala: Serviprensa.
- , y Kolstrup, N. (2006) La comunicación entre paciente y trabajadores de sal en una sociedad multiétnica. Guatemala:Serviprensa.
- . (2013) "Lecturas necesarias para políticas multiculturales de salud en Guatemala" *Revista Estudios Interétnicos* 24 pp.44-72.
- . (2014) Una sola terapia para varias formas de enfermar: kasilab'kipam, b'enaq pamaj, descompostura, caída de la matriz. *En Revista Instituto de Estudios Interétnicos* (27) 81-97.
- . (2016) "Una sola terapia para varias formas de enfermar: kasilab' kipan, b'enaq pamaj, descompostura, caída de la matriz." *En Estudios Interétnicos* No.27 Pp.81-97.
- Neuenschwander, H., Souder, S. (1980) "El síndrome caliente-frío, húmedo-seco entre los quichés de Joyabaj" *En Guatemala Indígena*, vol.XV, pp.141-169.
- Organización Mundial de la Salud. (2002). *Estrategia de la OMS sobre la Medicina Tradicional 2002-2005*. Ginebra. Organización Mundial de la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud. (1,999) *Sistemas tradicionales*

- de salud en América Latina y el Caribe: información base. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2014, mayo 6). *Once países de América Latina y el Caribe registraron avances en la reducción de la mortalidad materna, según nuevo informe de la ONU*. En sitio web OPS/OMS Uruguay. Recuperado de [http://www.paho.org/uru/index.php?option=com\\_content&view=article&id=839:once-paises-de-america-latina-y-el-caribe-registraron-avances-en-la-reduccion-de-la-mortalidad-materna-segun-nuevo-informe-de-la-onu&Itemid=340](http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=839:once-paises-de-america-latina-y-el-caribe-registraron-avances-en-la-reduccion-de-la-mortalidad-materna-segun-nuevo-informe-de-la-onu&Itemid=340).
- Organización Mundial de la Salud. (2017, mayo15). *El personal sanitario es imprescindible para lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud*. Recuperado de Organización Mundial de la Salud: [http://www.who.int/hrh/workforce\\_mdgs/es/](http://www.who.int/hrh/workforce_mdgs/es/)
- Palma P., Riccetto C., Hernández M., Olivares J.M. (2008) *Prolapsos urogenitales: revisión de conceptos*, Actas Urológicas Españolas, v. 32, n. 6, 618-623.
- PNUD, (2006). *Cosmovisión maya, plenitud de la vida*. Guatemala, PNUD.
- Puney, P (1989) *Capacitación y práctica de las comadronas tradicionales en Guatemala*. Recuperado de: [http://pdf.usaid.gov/pdf\\_docs/PNABF276.pdf](http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNABF276.pdf)
- Romero, L. (2006) *Cosmovisión, cuerpo y enfermedad*. México: Instituto Nacional de Antropología e Historia.
- Romero, W. y Orantes A. (2018). *Estudio sobre racismos, discriminación y brechas de desigualdad en Guatemala*. México: Naciones Unidas.
- Saler, B. (1969). *Nagual, brujo y hechicero en un pueblo quiché*. Guatemala:Ministerio de Educación.
- Schieber, B. Solorzano, J. (1995). *Evaluación de la efectividad de comadronas tradicionales en incorporar espaciamientos de embarazos y prevención-detección de enfermedades de transmisión sexual en su trabajo obstétrico*. Guatemala: Instituto de Nutrición para Centroamérica y Panamá.
- Schieber, B. (1992) *Manual pictórico para comadronas sobre las principales emergencias obstétricas y neonatales*. Guatemala: Instituto de Nutrición para Centroamérica y Panamá.
- Schieber, B. (1992). *Rotafolio para el curso de capacitación de comadronas sobre las principales emergencias obstétricas y neonatales: área de salud de Quetzaltenango*. Guatemala: Instituto de Nutrición para Centroamérica y Panamá.
- Schultze, Leonar. (1947). *La vida y las creencias de los indígenas quichés de Guatemala*. Guatemala:Tipografía Nacional.
- Tedlock, B. (2002). *El tiempo y los mayas del altiplano*. Guatemala: FundaciónYax te´.
- UNESCO (2010). *Invertir en la diversidad cultural y el diálogo intercultural*. Guatemala, UNESCO.

- UNICEF. (1993). *Metodología participativa de capacitación a comadronas tradicionales; documento técnico*. Comisión coordinadora de comadronas Región Noroccidental. Guatemala: Autor.
- Velázquez, G. (2016). *Muertes Maternas*. El Quiché: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala.
- Verdugo, J., Miranda, J., Albizu, J., Morales., L., Hernández. L. (2002) *Hacia un primer nivel de atención en salud incluyente*. Guatemala: Maya terra editores.
- . (2008) *Del dicho al hecho... Los avances de un primer nivel de atención en salud incluyente*. Guatemala: Medicusmundi Navarra.
- Viesca, C. (1997). *Ticiotl: conceptos médicos de los antiguos mexicanos*. México: Facultad de Medicina Universidad Autónoma de México.
- Villa Rojas, A. (1980). *La imagen del cuerpo humano según los mayas de Yucatán*. Revista Anales de Antropología, 17, t.II, 31-46.
- Villatoro, E. (1994) *Comadrona a través de la historia en las prácticas obstétrico pediátricas una experiencia en el área ixil Quiché*. Guatemala: CEFOL, USAC.
- Widson, C. (1961). *Los chortis de Guatemala*. Guatemala: Ministerio de Educación Pública.
- Xitumul, L., (2015) *Interculturalidad en salud: un problema a resolver en Guatemala*. (Doctorado en Investigación Social) Universidad Panamericana. Guatemala.
- Unidad de Atención a la Salud de los Pueblos Indígenas e Interculturalidad de la Salud, (2017) *Informe cuantitativo y cualitativo sobre de avances sobre servicios de salud con pertinencia cultural*. Recuperado de: [https://www.alianmisar.org/userfiles/Respuesta%20del%20MSPAS%20x%20rendici%C3%B3n\(3\).pdf](https://www.alianmisar.org/userfiles/Respuesta%20del%20MSPAS%20x%20rendici%C3%B3n(3).pdf)



Impreso en los talleres de

**CHOLSAMAJ**

5a. Calle 0-47, Zona 1, Guatemala, C. A.

Teléfonos: (502) 2232 5959 - 2232 5402

E-mail: [editorialcholsamaj@yahoo.com](mailto:editorialcholsamaj@yahoo.com)

[www.cholsamaj.com](http://www.cholsamaj.com)



Este libro reúne siete artículos publicados en diversas revistas. Todos son resultados de investigaciones que se han realizado en el área de salud del IDEIPI. Se han seleccionado estos porque reflexionan la relación estrecha entre pluralismos e interculturalidad en el proceso salud/enfermedad/atención.

